



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

Rapport final

Février 2015

Inca Ruiz, *Conseillère technique CREA-ORS LR*

Bruno Foucard, *Directeur adjoint CREA-ORS LR*

Appui commandité par l'ARS Midi-Pyrénées



SOMMAIRE

1. Contexte de la démarche.....	5
2. Objectifs de la démarche.....	7
3. Méthode	7
3.1 METHODOLOGIE GLOBALE DE LA DEMARCHE	7
3.2 POPULATION CONCERNEE.....	8
4. Calendrier.....	9
5. Résultats : ELEMENTS DE CADRAGE.....	10
5.1 DONNEES DE CADRAGE	11
5.1.1 Données de cadrage sociodémographiques	11
5.1.1.1 Population des adolescents	11
5.1.1.2 Adolescents vivant dans une famille monoparentale.....	13
5.1.1.3 Adolescents non scolarisés et non diplômés	14
5.1.1.4 Adolescents accompagnés par le secteur de la protection de l'enfance .	16
5.1.1.4.1 Adolescents bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance	16
5.1.1.4.2 Adolescents bénéficiaires d'actions éducatives de la protection de l'enfance	20
5.1.1.5 Adolescents accompagnés par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).....	22
5.1.2 Offre et équipement en établissements et services pour enfants à difficultés multiples	24
5.1.2.1 Offre en accueil dans l'aide sociale à l'enfance	24
5.1.2.2 Offre en accueil pour enfants et jeunes en situation de handicap.....	27
5.1.2.3 Offre en accueil pour jeunes en difficultés psychiques	31
5.1.3 Santé mentale des adolescents : affections psychiatriques de longue durée.	36
5.1.4 Autres dispositifs existants d'accompagnement des adolescents dans le département de la Haute-Garonne	38
5.1.4.1 Réseau Adolescence Partenariat 31.....	38
5.1.4.2 Maison des adolescents (MDA 31).....	39

5.2 CARACTERISTIQUES PRINCIPALES DE LA POPULATION ACTUELLEMENT ACCUEILLIE EN ETABLISSEMENT	39
5.2.1 Données issues de l'enquête ES2010	39
5.2.2 Profil et prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP dans le département de la Haute-Garonne (Analyse départementale réalisée par l'ORS et le CREAI Midi-Pyrénées en 2013).....	44
5.2.3 Informations issues de rapports d'activités d'établissements médicosociaux	46
5.3 ORIENTATIONS DES POLITIQUES PUBLIQUES	47
5.3.1 Diagnostic au préalable du PRSP	47
5.3.2 Les orientations prévues dans les différents schémas : analyse transversale	48
5.3.2.1 Pilotage régionale par le PRSP	48
5.3.2.2 Analyse transversale des orientations prévues dans les différents schémas dans le domaine de la prévention	49
5.3.2.3 Analyse transversale des orientations prévues dans les différents schémas dans le domaine de l'accompagnement des adolescents	51
5.3.2.4 Analyse transversale des orientations prévues dans les différents schémas dans le domaine du passage d'adolescent vers l'âge adulte	54
5.4 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS DE CADRAGE	55
6. Résultats : CONCERTATIONS : Déroulement, diagnostic partagé et propositions	57
6.1 OBJECTIFS ET METHODOLOGIE RETENUE	58
6.2 CONSTITUTION DES TROIS GROUPES	60
6.3 DES ÉCHANGES ANIMÉS ET RICHES	61
6.4 SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC PARTAGÉ	61
6.5 PROPOSITIONS D'ACTION ISSUES DES GROUPES DE TRAVAIL	65
7. Arbitrage du comité de pilotage	66
8. Table des illustrations	73
9. Annexes	75

1. CONTEXTE DE LA DÉMARCHE

La première phrase introductive de Mr PIVETEAU dans son rapport¹ - « *N'avoir plus aucune solution d'accompagnement, pour une personne en situation de handicap dont le comportement est trop violemment instable ou le handicap trop lourd, et dont en conséquence « personne ne veut plus », c'est inadmissible et cela se produit* »- résume bien la réflexion engagée aujourd'hui par les différents acteurs des pouvoirs publics et associatifs du département de la Haute-Garonne, comme la plupart des départements de l'hexagone, sur l'accompagnement des adolescents à difficultés multiples.

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

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

Dans le département de la Haute-Garonne, la nécessité de mettre en place une réflexion commune pour aboutir in fine à des pistes de travail opérationnelles pour faciliter la continuité du parcours de ces adolescents a été soulignée, d'une part par les travaux engagés par l'ARS Midi-Pyrénées depuis 2010 (Diagnostic territorial², dans le cadre de l'élaboration du Plan Régional de Santé et Enquête 2012, réalisée par l'ORS et le CREAI Midi-Pyrénées auprès des ITEP³), et d'autre part, par le Conseil Général de la Haute-Garonne, dans le cadre de l'élaboration du Schéma Départemental de l'Enfance 2014-2019⁴.

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

² ARS Midi-Pyrénées, Les éléments d'un diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées. 2011/11. 264 p.

³ ORS et CREAI Midi-Pyrénées – Etude commanditée par l'ARS Midi-Pyrénées : Profil et prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP en Midi-Pyrénées – Dossier Départements. 2013/09. 22 p.

⁴ Conseil Général de la Haute-Garonne – Schéma Départemental de l'Enfance 2014-2019. 71 p

Ce besoin s'inscrit entièrement dans les axes de travail développés par l'ARS Midi-Pyrénées Siège. Dans ce cadre-là, l'ARS a fait réaliser, en 2012 par l'ORS et le CREAI Midi-Pyrénées, une étude portant sur la population accueillie dans les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP) de la région Midi-Pyrénées⁵. Ce travail a notamment mis en exergue le caractère multiple des difficultés rencontrées par les adolescents accueillis : troubles mentaux associés au trouble principal, difficultés familiales, carences affectives, difficultés socio-économiques... En amont de leur accueil en ITEP, ces adolescents bénéficiaient fréquemment d'accompagnements socio éducatifs combinés à une prise en charge médicale et parfois un suivi socio-judiciaire.

Au regard des situations complexes qui mettent en difficultés les différents dispositifs existants et des échanges qui ont suivi la présentation des résultats de cette étude, avec les ITEP et leurs partenaires présents, il a semblé nécessaire de mettre en place une concertation multi-partenaire sur le territoire de la Haute-Garonne autour de la problématique des jeunes à difficultés multiples.

De plus, dans le département de la Haute-Garonne, l'UNIFAF a mandaté l'ANCREAI, pilote de la délégation CREAI en Midi-Pyrénées, pour mettre en place sur la période 2013-2014, une formation-action de type « Actions Prioritaires Nationales (APN) » intitulée « Adolescents en difficultés : quel accompagnement sur le territoire de la Haute-Garonne ? ». Cette formation-action a consisté à amener les équipes professionnelles participantes (SAEMO, MECS, FAE, CER, CEF, ITEP, SESSAD, IME) à échanger sur leurs constats, leurs interrogations et leurs analyses afin de co-construire des références professionnelles partagées et de favoriser une coopération interinstitutionnelle autour des situations de jeunes à difficultés multiples. Les préconisations issues de ce travail ont servi de point d'appui à l'élaboration des fiches-actions réalisées dans le cadre de cette démarche.

Face aux différents besoins repérés, la Délégation Territoriale ARS de la Haute-Garonne (DT ARS 31) a saisi l'opportunité de participer à cette démarche expérimentale au vu des difficultés rencontrées dans le département et des attentes fortes des partenaires. Au départ, le territoire retenu dans la démarche choisie en Haute-Garonne était composé de quatre bassins de santé (Toulouse, Saint – Jean - L'Union, Cornebarrieu et Villefranche Lauragais). Puis, suite aux différents échanges qui ont eu lieu lors du premier comité de pilotage de la démarche, la DT ARS 31 a décidé d'étendre cette démarche à l'ensemble du département de la Haute-Garonne.

La mise en œuvre de cette démarche et sa réalisation ont été confiées au CREAI-ORS Languedoc-Roussillon mandaté par l'ANCREAI pilote de la délégation CREAI en Midi-Pyrénées.

⁵ ORS et CREAI Midi-Pyrénées – Etude commanditée par l'ARS Midi-Pyrénées : Profil et prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP en Midi-Pyrénées – Dossier Départements. 2013/09. 22 p.

2. OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE

La démarche proposée sur le territoire de la Haute-Garonne et présentée, lors du lancement le 1er octobre 2014 auprès de l'ensemble des partenaires, s'est inscrite dans une démarche concertée et partagée. Elle a conforté la mobilisation et le dynamisme des acteurs locaux sur cette problématique. Elle s'est inscrite dans un objectif de consolider l'ensemble des travaux engagés, au préalable, par l'ensemble des partenaires, sur la problématique des adolescents à difficultés multiples et de faciliter la continuité du parcours des jeunes à difficultés multiples.

Les objectifs de travail attendus étaient :

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

3. MÉTHODE

3.1 Méthodologie globale de la démarche

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

La démarche proposée s'est découpée en deux temps :

- le premier temps a consisté à mobiliser des données de cadrage à partir de sources existantes dont une partie a été fournie par l'ARS Midi-Pyrénées siège et la Délégation territoriale de la Haute-Garonne et l'autre partie a fait l'objet d'une collecte spécifique auprès de sources existantes telles que l'Insee, la Drees,... Ce premier temps avait pour objectif de mieux appréhender la problématique dans le département de la Haute-Garonne et de servir de point d'appui aux échanges avec les acteurs, lors des premières séances de concertation.

- Le second temps s'est appuyé sur des concertations en groupe de travail et s'est déroulé sur la base de deux demi-journées, par groupe, par axe :
 - o 1^{ère} demi-journée : établir un diagnostic partagé et échanger sur des premières pistes de travail ;
 - o 2^{nde} et dernière demi-journée : tendre vers la finalisation des propositions de travail sous forme de « Fiches-Actions ».

Le rapport, proposé ici, est le rapport final de la première phase engagée dans le département de la Haute-Garonne, dans une démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples, confié au CREAI-ORS LR. Ce rapport reprend d'une part, dans sa première partie, les éléments de cadrage et d'autre part, dans sa seconde partie, les éléments travaillés en groupe de travail.

3.2 Population concernée

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

- âgés entre 12 et 20 ans ;
- placement précoce dans une famille d'accueil, placements multiples ;
- relevant d'une notification MDPH ;
- présentant des troubles de la conduite et du comportement ;
- suivis ou ont été suivis sur le plan psychiatrique ;
- rupture de scolarité, échec scolaire ;
- passages à l'acte, mise en danger, parfois délinquance...

4. CALENDRIER

Juin 2014	Réunion du comité de coordination régional : le 04/06. Présentation de la démarche, de la méthodologie et validation.
Juillet-Septembre 2014	Eléments de cadrage – Collecte des informations auprès de la Délégation Territoriale de la Haute-Garonne et d'autres sources et analyse.
Septembre 2014	Première réunion du comité de pilotage : le 09/09. Présentation de la démarche, des objectifs et de la méthodologie aux membres du comité de pilotage – Echanges et discussion sur les thématiques à travailler en groupes - Validation des trois axes de travail.
Octobre 2014	Lancement de la démarche : le 01/10. Présentation de la démarche, des objectifs et de la méthodologie à l'ensemble des acteurs concernés – Présentation des trois axes de travail proposés par le comité de pilotage.
	Rédaction du rapport de la première phase « Eléments de cadrage » (transmission à la DT ARS 31 effectuée mi-octobre 2014).
Novembre 2014	Concertations 1 : 24/11 et 25/11. Rédaction d'une synthèse de chaque groupe et diffusion par mail à chaque groupe.
Décembre 2014	Concertations 2 : 15/12 et 16/12. Rédaction d'une synthèse globale reprenant les propositions des groupes de travail – Diffusion à l'ensemble des participants
Janvier 2015	Seconde et dernière réunion du comité de pilotage : le 12/01 – Présentation des propositions des groupes de travail – Echanges et discussion – Validation des propositions retenues par le copil pour les mettre en œuvre dans une deuxième phase.
Février 2015	Rédaction d'une version provisoire du rapport final et envoi à la délégation de l'ANCREAI Midi-Pyrénées (début février).
	Restitution à l'ensemble des acteurs : le 23/02. - Présentation des propositions des groupes de travail - Présentation des actions retenues par les membres du copil - Présentation par la DT ARS 31 du programme prévisionnel de mise en œuvre de ces actions
	Envoi rapport final
Mars 2015	Réunion du comité de coordination régional : le 04/03

5. RÉSULTATS : ELEMENTS DE CADRAGE

5.1 Données de cadrage

Avec une superficie de 6 309 kms², le département de la Haute-Garonne occupe la 18ème place des départements les plus vastes de la France métropolitaine. La Haute-Garonne est l'un des départements les plus peuplés en nombre d'habitant par km² (199,7) du territoire national.

5.1.1 Données de cadrage sociodémographiques

Avertissement : les données de cadrage sociodémographique présentées ci-après sont les dernières données disponibles. Selon le type d'information, les tranches d'âges varient d'une source à l'autre. Il n'a pas été toujours possible d'isoler la tranche d'âge 12-20 ans.

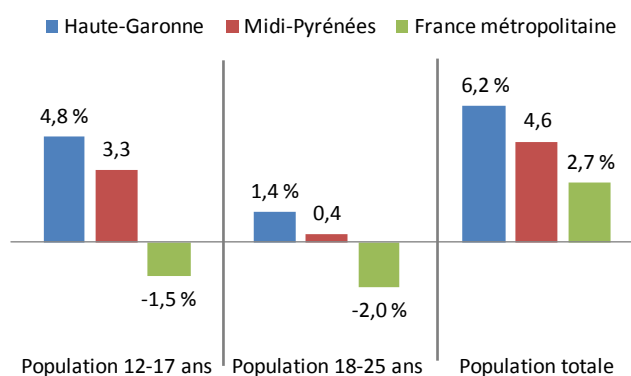
5.1.1.1 Population des adolescents

Tableau 1. Principales caractéristiques démographiques des adolescents du département de la Haute-Garonne (Effectifs arrondis à la dizaine supérieure)

Au 1 ^{er} janvier 2011		Haute-Garonne	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Population totale	En effectifs	1 260 230	2 903 419	63 070 350
Population âgée entre 12 et 17 ans	En effectifs	86 940	197 788	4 547 570
	En %/Population totale	6,9 %	6,8 %	7,2 %
Population âgée entre 18 et 25 ans	En effectifs	158 420	275 683	6 181 520
	En % /Population totale	12,6 %	9,5 %	9,8 %

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

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



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

Au 1^{er} janvier 2011, le département de la Haute-Garonne concentre à lui seul 44 % des jeunes âgés entre 12 et 17 ans de la région Midi-Pyrénées. Il dénombre près de 90 000 jeunes mineurs âgés entre 12 et 17 ans représentant 7 % de la population départementale. Cette proportion est inférieure à celle observée au niveau national (7,2 %). Sur les cinq dernières années, comme en population générale, le département de la Haute-Garonne continue de connaître un essor démographique chez les adolescents âgés entre 12 et 17 ans : + 1 % par an en moyenne entre 2006 et 2011.

Pour les jeunes plus âgés, le département de la Haute-Garonne reste un des départements les plus attractifs du territoire national par son offre importante en matière d'enseignement supérieur et par un tissu économique d'entreprises dynamiques concentrées principalement sur l'agglomération de Toulouse. Attirant de nombreux jeunes originaires de départements voisins, le département de la Haute-Garonne présente une proportion de jeunes âgés entre 18 et 25 ans supérieure à la moyenne nationale (12,6 % contre 9,8 %). Cette proportion a également augmenté, entre 2006 et 2011, mais de manière moins vite que celle notée pour les jeunes âgés entre 12 et 17 ans.

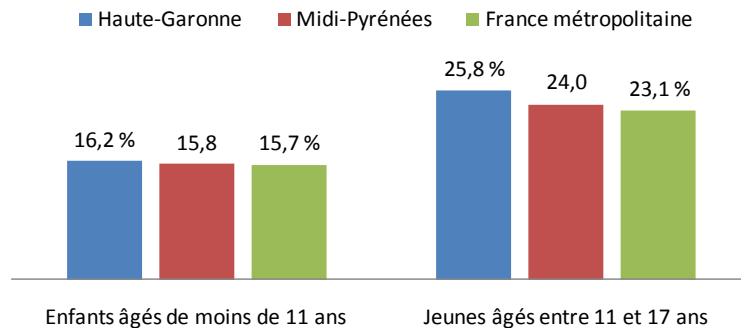
Faits marquants

Entre 2006 et 2011, une augmentation importante est observée du nombre de jeunes adultes âgés entre 12 et 17 ans dans le département de la Haute-Garonne.

Cette augmentation démographique des jeunes âgés de 12 à 17 ans induit-elle, dans le département de la Haute-Garonne, une augmentation de situations complexes d'adolescents à difficultés multiples ?

5.1.1.2 Adolescents vivant dans une famille monoparentale

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



Source : Insee RP 2011, exploitation complémentaire

Au 1^{er} janvier 2011, près de 25 230 adolescents âgés entre 11 et 17 ans vivent dans une famille monoparentale, dans le département de la Haute-Garonne, représentant un quart de l'ensemble des adolescents du même âge. Cette proportion est supérieure à la moyenne nationale (23,1 %).

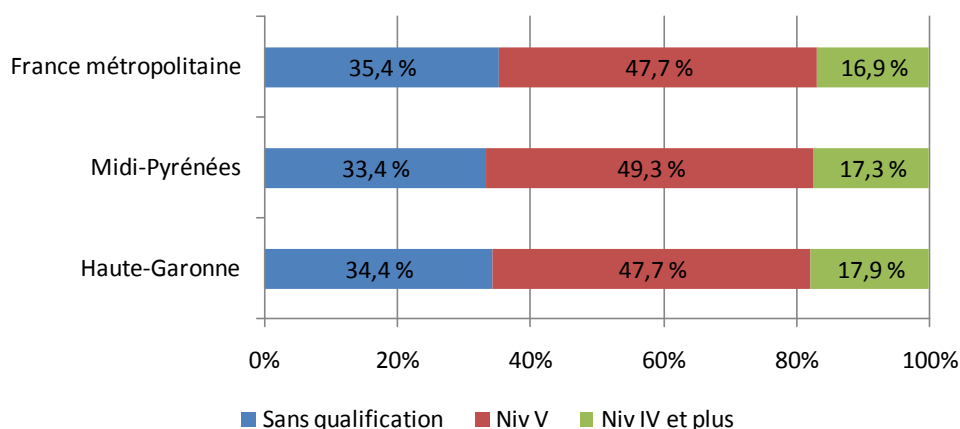
Faits marquants

Les jeunes qui vivent dans une famille monoparentale vivent plus souvent dans un environnement familial plus exposé à des difficultés socio-économiques : 25 230 jeunes âgés entre 11 et 17 ans concernés, dans le département de la Haute-Garonne, représentant une proportion supérieure à celle notée au niveau régional.

5.1.1.3 Adolescents non scolarisés et non diplômés

Dans le département de la Haute-Garonne, environ 7 000 jeunes âgés entre 15 et 19 ans ne sont pas inscrits dans un établissement scolaire ou de formation qualifiante au 1^{er} janvier 2011. La proportion départementale de ces jeunes parmi la population du même âge est en dessous de celle notée au niveau régional (8,3 % des jeunes âgés de 15-19 ans du département contre 9,9 % en Midi-Pyrénées). Parmi ces jeunes, non scolarisés au 1^{er} janvier 2011, 2 400 n'ont aucune qualification et aucun diplôme (34,4 % proportion proche à celle notée au niveau régional - 33,4 %).

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



Source : Insee RP 2011 – Exploitation CREA-ORS LR

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

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

Des Plates-formes de Suivi et d'Appui aux jeunes Décrocheurs (PSAD) ont été mises en place dans l'Académie de Toulouse depuis 2011 proposant aux jeunes décrocheurs des accompagnements adaptés à leur situation. Dans le département de la Haute-Garonne, 369⁷ jeunes âgés de plus de 16 ans ont été accompagnés en 2013-2014 par les PSAD.

Faits marquants

2 400 jeunes âgés entre 15 et 19 ans ne sont pas scolarisés en 2011 dans le département de la Haute-Garonne et sont sans qualification.

Dans le Schéma départemental de l'enfance 2014-2019 du Conseil général, du côté de l'Education nationale, il a été repéré des carences ou des difficultés parentales graves entraînant de l'absentéisme scolaire important. Les points à améliorer énoncés⁸ sont, notamment, de travailler le lien entre les Maisons Départementales des Solidarités (MDS) et l'Education Nationale pour prévenir en amont l'absentéisme scolaire, de formaliser les articulations, et de développer des formations communes visant à une meilleure connaissance des rôles et missions de chacun.

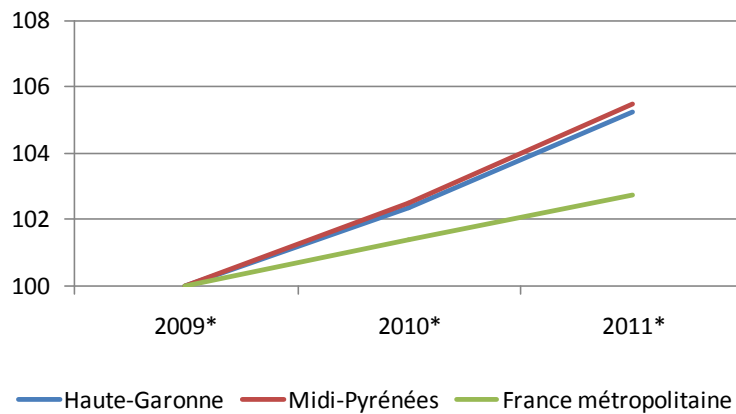
⁷ Source : Rectorat de l'académie de Toulouse – L'académie en chiffres 2013/2014 – juin 2014 – p64-67

⁸ Conseil général de la Haute-Garonne, Schéma Départemental de l'Enfance 2014-2019. 69 p.

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

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

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



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

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

Sur la période 2010-2012, l'aide sociale à l'enfance (ASE), dans le département de la Haute-Garonne, a accueilli en moyenne annuelle 2 240 enfants. Le nombre de jeunes accueillis par l'ASE, dans le département de la Haute-Garonne, évolue aussi vite que celui noté au niveau régional.

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

Au 31 décembre 2012		Haute-Garonne		Midi-Pyrénées		France métropolitaine ^e	
		Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Enfants confiés à l'ASE		2 061	88,2*	5 468	89,7	134 781	89,6
Mesures judiciaires	Placement ASE	1 419	60,7*	3 842	63,0	94 463	62,8
	DAP ¹ -Tutelle- Retrait partiel	100	4,3	262	4,3	6 981	4,6
Mesures administratives		542	23,2	1 364	22,4	33 337	22,2
Enfants placés directement		276	11,8*	628	10,3	15 565	10,4
Ensemble des enfants accueillis à l'ASE		2 337	100,0	6 096	100,0	150 346	100,0

1 : Délégation de l'Autorité Parentale

e : Les chiffres pour la France métropolitaine sont des estimations

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

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

Fin 2012, dans le département de la Haute-Garonne, le juge des enfants a décidé dans la majorité des cas (88,2 %) de confier des enfants à l'ASE, proportion inférieure à la moyenne notée au niveau régional (89,7 %). Six enfants accueillis par l'ASE sur dix le sont par mesure judiciaire et pour un placement, proportion inférieure à celle notée au niveau régional (63,0 %).

Pour un peu moins d'un quart des enfants confiés à l'ASE (23,2 %), ces enfants l'ont été par mesures administratives décidées par le président du Conseil général du département de la Haute-Garonne à la demande ou en accord avec la famille, proportion proche de celle notée au niveau régional (22,4 %).

Dans un cas sur dix, dans le département de la Haute-Garonne, les enfants ont été placés directement par un juge auprès d'un établissement ou un tiers digne de confiance sans passer par l'ASE qui reste, néanmoins, le financeur de l'hébergement. Cette proportion est au dessus de celle notée au niveau régional (11,8 % contre 10,3 %).

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

Au 31 décembre 2012	Haute-Garonne		Midi-Pyrénées		France métropolitaine ^e	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Familles d'accueil	1 024^e	49,7*	3 348	61,2	69 753	51,8
Etablissements	1 002^e	48,6*	1 952	35,7	52 941	39,2
Maisons d'enfants à caractère social (MECS)	771 ^e	37,4*	1 507	27,6	38 422	28,5
Lieu de vie	108 ^e	5,2*	209	3,8	3 402	2,5
Foyer de l'enfance	92	4,5*	171	3,1	7 458	5,5
Pouponnière à caractère social	17	0,8	20	0,4	1 242	0,9
Etablissement d'éducation	7	0,3*	35	0,6	1 905	1,4
Etablissement sanitaire	7	0,3	10	0,2	512	0,4
Adolescents et jeunes majeurs autonomes	14	0,7*	88	1,6	4 867	3,6
Autres	21	1,0*	80	1,5	7 220	5,4
Ensemble des enfants confiés à l'ASE	2 061	100,0	5 468	100,0	134 781	100,0

e : les chiffres indiqués sont des estimations

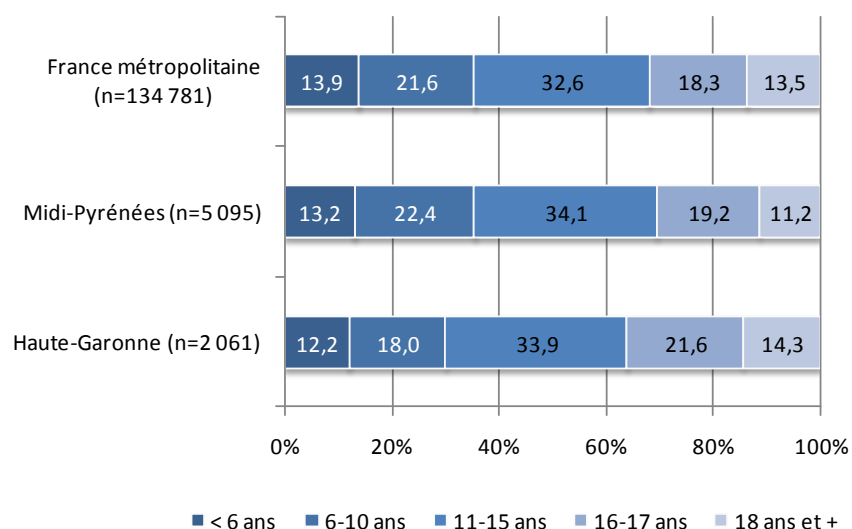
* : indique une différence significative entre le département analysé et la région Midi-Pyrénées selon le test de Khi-2

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

Fin 2012, dans le département de la Haute-Garonne, la moitié des enfants confiés à l'ASE sont hébergés par des familles d'accueil, proportion estimée en dessous de la moyenne notée au niveau régional (61,2 %). Dans un peu moins de la moitié des cas (48,6 %), les enfants confiés à l'ASE sont accueillis dans des établissements et le plus souvent dans des maisons d'enfants à caractère social (MECS) (37,4 %), proportions estimées au-dessus de celles notées au niveau régional (respectivement 35,7 % et 27,6 %).

Le département de la Haute-Garonne se distingue du niveau régional par une proportion estimée plus élevée d'enfants confiés à l'ASE et hébergés dans des lieux de vie (5,2 % contre 3,8 %).

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



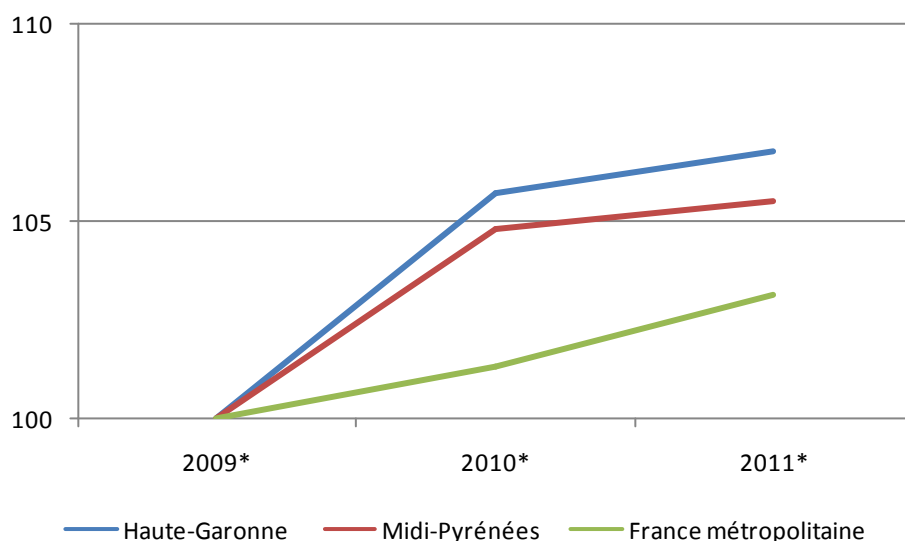
Source : Drees, Conseils généraux – Enquête sur les bénéficiaires - Exploitation CREAM-ORS LR

L'ASE peut prendre en charge les jeunes en difficultés sociales jusqu'à l'âge de 21 ans. Dans le département de la Haute-Garonne, 55,5 % des enfants confiés à l'ASE sont des adolescents âgés entre 11 et 17 ans au 31 décembre 2012, proportion supérieure à celle notée au niveau régional (53,3 %). Les jeunes majeurs représentent 14,3 % des enfants confiés à l'ASE dans le département de la Haute-Garonne proportion au dessus de celle notée au niveau régional (11,2 %).

En revanche, la proportion des enfants âgés d'au plus de 10 ans est au-dessous de celle notée au niveau régional (30,2 % contre 35,6 %).

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

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



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

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

Sur la période 2010-2012, l'aide sociale à l'enfance (ASE), dans le département de la Haute-Garonne, a réalisé, en moyenne annuelle, 2 950 suivis auprès d'enfants dans le cadre d'un maintien à domicile via une mesure d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) ou à domicile (AED). Ce chiffre est en progression régulière depuis 2008 et de façon plus accentuée (+ 19,4 % entre 2008 et 2012) qu'au niveau régional (+ 15,5 %) et national (+ 6,9 %).

Dans le département de la Haute-Garonne, six actions éducatives sur dix (59,5 %) sont des actions éducatives en milieu ouvert, proportion au dessus de celle notée au niveau régional (55,5 %). Le reste sont des actions éducatives à domicile (40,5 % - proportion au dessous de celle notée au régional 44,5 %).

Faits marquants

Le département de la Haute-Garonne se distingue de la région Midi-Pyrénées :

- par un recours plus fréquent à l'ASE :
 - pour des jeunes enfants âgés de plus de 10 ans,
 - pour des placements en établissement comme mode d'hébergement conformément à la structure de l'équipement dans le département de la Haute-Garonne,
 - pour le maintien à domicile par la mise en place d'actions éducatives en milieu ouvert (AEMO),
- par une progression des mesures d'action éducative (AED et AEMO) depuis 2008 (+ 19 % entre 2008 et 2012 contre + 16 % au niveau régional).
- D'autre part, les services de la Protection de l'enfance du Conseil général de la Haute-Garonne sont en difficultés aujourd'hui pour assurer la continuité d'accompagnement d'un nombre important d'adolescents à difficultés multiples. Parmi les jeunes confiés à l'ASE, 15 % à 20 %⁹ ont posé de réelles difficultés dans la continuité de l'accompagnement. Ces jeunes présentent très souvent des troubles sévères du comportement qui nécessitent la mise en place d'un suivi par le secteur sanitaire et/ou le secteur médicosocial. Dans un cas sur cinq, il a été préconisé pour ces jeunes une orientation en ITEP ou en IME. Ces situations difficiles amènent à des ruptures de prise en charge et une mise en échec de la réponse institutionnelle apportée individuellement. Elles sont la conséquence en 2011⁹ :
 - d'une augmentation constante du nombre de jeunes souffrant de « *troubles de nature psychiatrique* » ;
 - des délais d'attente pour la réalisation d'un bilan de santé psychiatrique ;
 - d'une augmentation des actes de violences (en 2011, environ 200 jeunes confiés à l'ASE ont mis à mal au moins deux lieux d'accueil depuis le début de leur placement).

La problématique de ces adolescents constitue un axe central dans plusieurs fiches d'action validées dans le Schéma départemental de l'enfance 2014-2019 du Conseil général.

Les points à améliorer énoncés⁹ sont de :

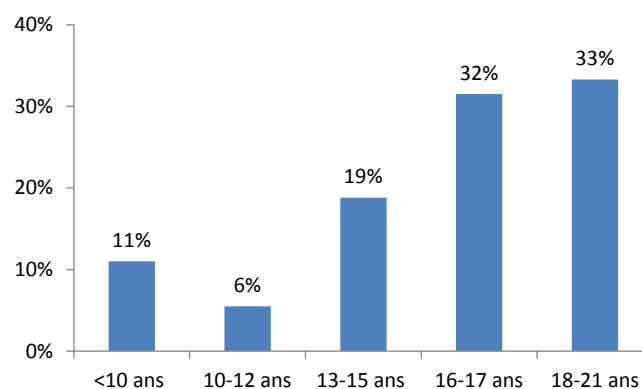
- définir un référentiel commun d'analyse de situation et de points de vigilance ;
- améliorer les dispositifs de prévention ;
- diversifier les modes de prise en charge ;
- renforcer la connaissance mutuelle des compétences et des modalités de fonctionnement de chacun des dispositifs différents ;
- développer une culture et des formations communes et « *de s'inscrire dans une synergie partenariale et territoriale* ».

⁹ Conseil général de la Haute-Garonne, Schéma Départemental de l'Enfance 2014-2019. 69 p.

5.1.1.5 Adolescents accompagnés par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)¹⁰

En 2013, 1 614 jeunes ont été pris en charge dans le département de la Haute-Garonne par l'Unité Educative de Milieu Ouvert (UEMO) de la PJJ. Dans huit cas sur dix (78 %), ce sont des jeunes suivis dans le cadre de mesures judiciaires pénales et le reste (22 %) concerne le civil. La durée des mesures est dans 37 % des cas entre 1 jour et 1 mois, entre 3 à 9 mois dans un quart des cas et de 12 mois et plus dans 22 % des cas.

Graphique 7. Répartition des jeunes suivis en UEMO par les services de la PJJ dans le département de la Haute-Garonne en 2013



Source : STEI TOULOUSE PJJ - UEMO

D'autre part, un dispositif, nommé module Individualisation et Soutien à l'Insertion et à la Scolarité (ISIS), a été mis en place permettant à des mineurs d'intégrer ou de réintégrer un dispositif ITEP ou d'élaborer un projet professionnel, dans le droit commun adapté.

Ce dispositif ISIS peut prendre en charge une dizaine d'adolescents âgés entre 15 et 16 ans bénéficiant d'une notification de la MDPH orientant vers un ITEP. Les trois quarts des jeunes accueillis sont suivis par la PJJ et les autres sont orientés par d'autres partenaires (Education nationale, ITEP, ASE...).

L'objectif visé est de construire des perspectives d'insertion tout en favorisant la mise en place de l'orientation prononcée par la MDPH vers le médicosocial. Un projet commun est co-construit avec l'ensemble des partenaires qui accompagne l'adolescent concerné.

Faits marquants

Une quarantaine d'enfants et adolescents à difficultés multiples mettent aujourd'hui en difficultés les professionnels de la PJJ. Ces jeunes présentent d'importantes difficultés et notamment sont en rupture sociale.

Les points à améliorer proposés par les acteurs¹⁰ sont de :

- coordonner la prise en charge entre les différents dispositifs de façon qu'elle soit partagée et séquentielle ;
- proposer des activités concrètes à ces adolescents.

¹⁰ Eléments quantitatifs et qualitatifs envoyés par mail fin septembre par les services de la STEI de Toulouse PJJ

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

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

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

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

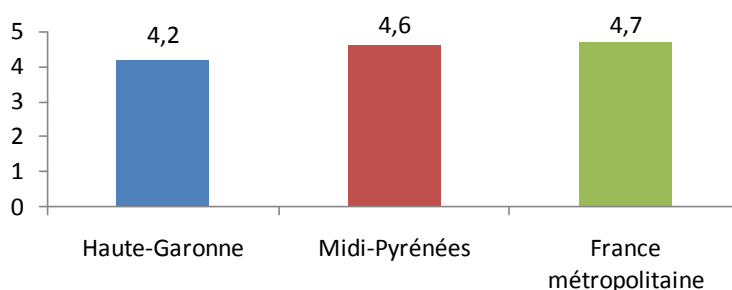
Au 1 ^{er} janvier 2012	Haute-Garonne	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Établissement d'accueil mère-enfant	135	227	4 699
Pouponnière à caractère social	0	0	756
Foyer de l'enfance	187	390	10 301
Maison d'enfants à caractère social (MECS)	599	1 854	40 241
Centre de placement familial socio-éducatif	320	476	12 563
Lieux de vie et d'accueil (LVA)	28	98	2 370
Villages d'enfants	0	0	1 227
Établissements aide sociale à l'enfance (ASE)	1 269	3 045	72 157

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

A ces dispositifs d'hébergement, recensés précédemment (Cf. Tableau 3) par les sources publiques nationales, se rajoute le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF) qui propose un accueil temporaire dit accueil d'urgence des jeunes âgés de 0 à 18 ans en difficultés ou en danger confiés au service de l'ASE. Dans le Schéma Départemental de l'Enfance, il est précisé que ce dispositif propose 105 places d'accueil d'urgence pour les mineurs.

En 2014, le mode d'hébergement en famille d'accueil dispose d'environ 1 100 places pour 510 assistantes familiales,¹¹ dans le département de la Haute-Garonne. Ce mode d'accueil représente environ 45 % de l'ensemble des places en hébergement dans l'aide sociale à l'enfance (environ 2 500 places).

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



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

Le taux d'équipement en établissement en protection de l'enfance, dans le département de la Haute-Garonne, est de 4,2 lits ou places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, inférieur à ceux notés au niveau régional et national (respectivement 4,6 et 4,7).

Sur la période 2005-2012, l'offre d'accueil dans les établissements de l'ASE a évolué¹² par la création d'une MECS et de trois lieux de vie et par l'augmentation de la capacité d'accueil de certains établissements. Les besoins en accueil semblent perdurer en 2012, notamment, pour la tranche d'âge 12-18 ans.

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

¹² Conseil général de la Haute-Garonne, Schéma Départemental de l'Enfance 2014-2019. 69 p.

Faits marquants

L'offre en accueil dans l'aide sociale à l'enfance se répartit dans le département de la Haute-Garonne de la façon suivante : environ 56 % en établissement d'hébergement (y compris en accueil d'urgence) et 44 % en famille d'accueil.

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

Dans le Schéma Départemental de l'Enfance, les points à améliorer qui font l'objet de fiches - d'action sont de :

- favoriser une équité territoriale en répartissant sur le territoire départemental l'offre d'accueil d'urgence ;
- redéployer les places d'accueil en établissement en direction des adolescents car les besoins repérés concernent principalement la tranche d'âge 12-18 ans.

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

Tableau 5. Accueil des enfants et jeunes en situation de handicap (1) – En nombre d'établissements ou services et en nombre de places installées au 1er janvier 2013¹³

Catégorie d'établissement	Haute-Garonne	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Etablissements médicosociaux pour enfants			
Instituts médico-éducatifs (IME)			
Nombre d'établissements	22	65	1 207
Nombre de places	930	2 935	66 493
Etablissements enfants ou adolescents polyhandicapés			
Nombre d'établissements	0	4	199
Nombre de places	0	71	5 492
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.)			
Nombre d'établissements	17	41	425
Nombre de lits et places	794	1 663	14 872
Instituts d'éducation motrice (I.E.M.)			
Nombre d'établissements	2	8	138
Nombre de places	199	345	7 204
Jardins d'enfants spécialisés			
Nombre d'établissements	1	1	10
Nombre de places	22	22	221
Etablissements pour jeunes déficients sensoriels ⁽²⁾			
Nombre d'établissements	4	6	117
Nombre de places	430	570	7 334
Etablissements expérimentaux			
Nombre d'établissements	2	3	67
Nombre de places	26	41	991
Structures d'accueil temporaire ⁽³⁾			
Nombre d'établissements	1	1	16
Nombre de places	16	16	255
Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) ⁽⁴⁾			
Nombre de services	39	91	1 557
Nombre de places	953	2 016	44 242

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

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

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

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

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

¹³ Les données présentées dans ce tableau sont en concordance avec les documents transmis par l'ARS Midi-Pyrénées Siège et la délégation territoriale de la Haute-Garonne au CREAI-ORS LR.

De plus, ce sont 338 places installées en SESSAD d'ITEP¹⁴ représentant 36 % de l'ensemble des places installées en SESSAD dans le département de la Haute-Garonne.

Tableau 6. Taux d'équipement – Lits ou places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans¹⁵

Taux d'équipement au 1 ^{er} janvier 2013	Haute-Garonne	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Taux d'équipement en IME (hors SESSAD)	3,0	4,4	4,3
Taux d'équipement en ITEP (hors SESSAD)	2,6	2,5	1,0
Taux global d'équipement en établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD)	7,8	8,4	6,6
Taux global d'équipements en SESSAD	3,1	3,0	2,9

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

Au 1^{er} janvier 2013, le département de la Haute-Garonne totalise 22 IME, dont 6 spécialisés dans la prise en charge uniquement des enfants et adolescents atteints d'autisme et de troubles envahissants du développement (Source Finess) et 17 ITEP pouvant accueillir des enfants handicapés de moins de 20 ans, disposant au total de 1 724 places installées sur l'ensemble de ces deux dispositifs.

Le taux d'équipement global en IME est de 3,0 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans et en ITEP de 2,6 places pour 1 000. Le taux d'équipement en IME est inférieur à ceux notés au niveau régional (4,4 pour 1 000) et au niveau national (4,3 pour 1 000).

¹⁴ ARS Midi-Pyrénées – Base régionale ITEP et SESSAD d'ITEP

¹⁵ Les données présentées dans ce tableau sont en concordance avec les documents transmis par l'ARS Midi-Pyrénées Siège et la délégation territoriale de la Haute-Garonne au CREAI-ORS LR.

Tableau 7. Répartition des places installées dans les 20 IME du département de la Haute-Garonne selon le type de public accueilli et le mode d'accueil proposé

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

Places installées au sein des 22 IME	Hébergement Complet Internat	Semi-Internat	TOTAL	
	Effectifs	Effectifs	Effectifs	%
Autistes-TED	5	88	93	10 %
Déficiences intellectuelles	267	510	777	84 %
<i>dont profonds ou sévères</i>	<i>63</i>	<i>80</i>	<i>143</i>	<i>15 %</i>
Polyhandicap	41	19	60	6 %
Ensemble	313	617	930	100 %

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

La plupart des places installées dans les 22 IME (84 %) du département de la Haute-Garonne est dédiée, selon leur agrément, à de l'accueil de jeunes souffrant de déficiences intellectuelles. Une place sur dix est dédiée à des enfants et adolescents atteints d'autisme et de troubles envahissants du développement et 6 % à ceux souffrant de polyhandicap.

De plus, les adolescents à difficultés multiples peuvent être également accompagnés dans le secteur du médicosocial par les 24 CMPP (y compris les antennes) qui sont répartis dans les bassins de santé, de la façon suivante :

Tableau 8. Répartition des CMPP en Haute-Garonne par bassin de santé

Bassins de santé	Nombre de CMPP implantés
Saint-Jean-L'Union	2
Cornebarrieu	4
Toulouse	1
Muret	7
Villefranche-de-Lauragais	5
Saint-Gaudens	4
Hors Bassins de santé : Revel	1
TOTAL	24

Source : MDPH 31 Liste des CMPP en Haute-Garonne – Exploitation CREAI-ORS LR

Faits marquants

D'une part, les taux d'équipements dans les établissements pour enfants dans le médico-social sont en dessous de ceux notés pour la moyenne nationale. Dans le Schéma départemental de l'Enfance, il a été cité que l'ARS¹⁶ « *fait le constat d'une augmentation du nombre d'orientations d'enfants en ITEP et de l'évolution de leur profil en termes de tranches d'âge et de pathologies* ». Notamment, les profils des enfants âgés entre 6 et 11 ans ont fortement évolué, présentant, de plus en plus, des pathologies psychiatriques graves.

Au regard des prévisions d'évolution importante de la population âgée entre 0 et 19 ans, à l'horizon 2015 (+ 12 %), dans le département de la Haute-Garonne, le SROSMS volet « Personnes handicapées »¹⁷ prévoit la création de nouvelles places en SESSAD et en SAMSAH d'ici 2017, au terme du schéma. Les besoins repérés sont, notamment, des places en SESSAD pour les jeunes présentant des déficiences intellectuelles ou des troubles du comportement. Dans les IME, selon le Schéma Départemental de l'Enfance, la saturation du dispositif pose des difficultés majeures. En ITEP, les difficultés semblent plutôt se situer sur « *la couverture départementale, le profil des jeunes accueillis, les critères d'admission au regard de l'âge et des problématiques des jeunes* ».

¹⁶ Conseil général de la Haute-Garonne, Schéma Départemental de l'Enfance 2014-2019. 69 p.

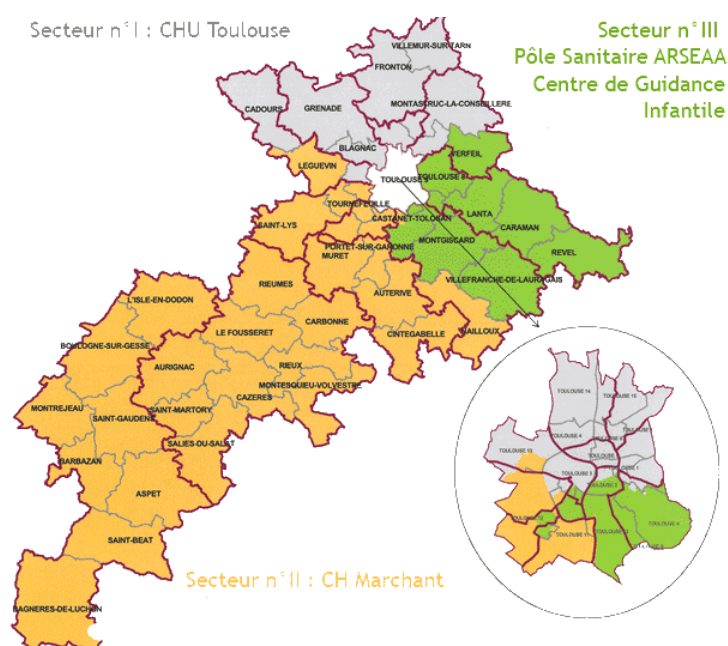
¹⁷ ARS Midi-Pyrénées – Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale « Personnes Handicapées » 2012-2017. 2012/12. 46 p.

5.1.2.3 Offre en accueil pour jeunes en difficultés psychiques

L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est découpée en trois secteurs :

- le secteur I correspondant à la partie Nord du département de la Haute-Garonne et de la ville de Toulouse rattaché au Centre hospitalier Universitaire de Toulouse ;
- le secteur II correspondant à la partie Sud-Ouest du département de la Haute-Garonne de la ville de Toulouse rattaché au Centre hospitalier Marchant ;
- le secteur III correspondant à la partie Est du département et de la ville de Toulouse rattaché au Centre de Guidance Infantile de l'association ARSEAA.

Carte 1. La sectorisation de la psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Garonne



Source : ARSEAA, consultation en ligne

Le secteur I propose :

- un Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) (hôpital de jour, hospitalisation complète, hospitalisation de nuit, visites à domicile) rattaché au CHU de Toulouse qui accueille des enfants et adolescents dès leur naissance jusqu'à l'âge de 18 ans et qui a développé ses activités autour de différentes structures :
 - six Centres Médicaux et Psychologiques (CMP) ;
 - un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) pour les 0-3 ans, mais les soins peuvent se prolonger au-delà de l'âge de 3 ans de l'enfant si besoin ;

- quatre unités d'hôpital de jour dont deux accueillent des enfants jusqu'à l'âge de 12 ans, une unité « APJA » (Accueil Psychothérapique de Jour pour Adolescents) spécialisée dans l'accueil des adolescents âgés entre 11 et 17 ans et la dernière unité accueillant des jeunes enfants âgés de 4 à 8 ans ;
 - une unité d'hospitalisation à temps-complet – Villa Ancely qui accueille des adolescents âgés de 10 à 17 ans en hospitalisation complète (10 places) ou en hôpital de jour (2 places) ;
 - une Equipe mobile de psychiatrie de liaison à l'Hôpital des enfants à destination d'enfants et adolescents de moins de 16 ans qui sont accueillis dans les différents services du CHU (y compris les urgences) ;
 - une Equipe de psychiatrie périnatale et maternologie à l'Hôpital Paule de Viguier ;
 - une Unité Troubles Envahissants du Développement (TED) en lien avec le Centre Ressources Autisme (CRA) ;
 - un IME « Classes TED » accueillant deux groupes d'enfants (3-7 ans et 7-12 ans).
- six CMPP.
 - la Clinique psychiatrique Marigny qui accueille les jeunes de 12 à 18 ans en situation de crise, dont certains ont fait des tentatives de suicides.

Le secteur II propose :

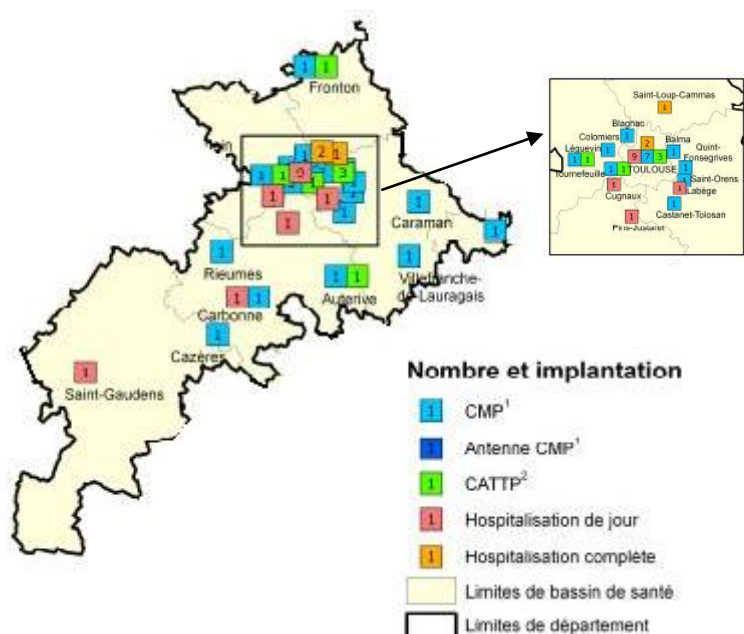
- un Centre hospitalier spécialisé dans la prise en charge des pathologies en santé mentale, le CH Gérard Marchant qui propose, en accueil des enfants et adolescents, différents accompagnements qui se répartissent selon les structures suivantes :
 - l'unité d'hospitalisation pédo-psychiatrique pour enfants âgés de 5 à 12 ans de la Clinique André Chaurand (hospitalisation complète ou partielle) ;
 - l'unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents (UCHA) âgés de 13 à 17 ans (8 lits permettant une hospitalisation de courte durée) ;
 - l'accueil familial thérapeutique (AFT). Des visites médiatisées assurées par les professionnels du service de l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) au sein des équipes ASE et des Maisons Départementales de Solidarité (MDS) auprès des familles présentant des problèmes de santé mentale. Une convention a été signée entre le CH G. Marchant et le Conseil général ;
 - cinq unités d'hôpital de jour : quatre accueillent les enfants jusqu'à l'âge de 12-13 ans et une spécialisée dans l'accueil des adolescents âgés de 12 à 16 ans ;

- le Pavillon d'Admission pour Jeunes Adultes (PAJA) proposant à des jeunes de 16 à 25 ans, venant du territoire de la Haute-Garonne, d'avoir une prise en charge en hospitalisation complète ;
 - l'Equipe Mobile d'Intervention et de Crise (EMIC) s'adressant à des jeunes âgés de plus de 16 ans ;
 - l'Unité Mobile d'Evaluation et de Soutien (UMES) ;
 - Six CMP dont cinq accueillent des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans et un jusqu'à l'âge de 18 ans.
- douze CMPP.

Le secteur III propose :

- un Centre de Guidance Infantile rattaché à l'Association ARSEAA qui propose en accueil des enfants et adolescents :
 - 12 CMP dont deux s'adressant aux jeunes enfants âgés de 3 ans au maximum et les dix autres accueillant une population jusqu'à l'âge de 18 ans ;
 - quatre unités d'hôpital de jour, dont un spécialisé dans la prise en charge des adolescents ;
- six CMPP.

Carte 2. La prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Garonne en 2012



Source : ARS Midi-Pyrénées – OES – 30 octobre 2012 – Exploitation CREAI-ORS LR

Tableau 9. Equipement en psychiatrie infanto-juvénile et en psychiatrie adultes : nombre de lits et places installés et taux d'équipement

Avertissement : les informations extraites de la source Statiss sur la capacité installée sont celles disponibles au niveau national par les pouvoirs publics.

Au 1 ^{er} janvier 2013	Haute-Garonne	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Nombres de places ou de lits installés en psychiatrie infanto-juvénile	247	617	12 193
dont en hospitalisation complète	34	100	2 130

Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclusⁱ			
Hospitalisation complète (lits)	0,1	0,2	0,2
Equipement global (lits et places)	1,0	1,1	0,9

Taux d'équipement en psychiatrie adultes pour 1 000 personnes de 17 ans et plus			
Hospitalisation complète (lits)	1,4	1,3	1,1
Equipement global (lits et places)	1,7	1,8	1,5

i : Dans le département de la Haute-Garonne, l'accueil des adolescents en psychiatrie infanto-juvénile est proposé jusqu'à l'âge de 17 ans. Cf Descriptif de l'offre dans les pages précédentes

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

Dans le département de la Haute-Garonne, on dénombre 247 places ou lits en psychiatrie infanto-juvénile dont 34 en hospitalisation complète. Le taux d'équipement global en psychiatrie infanto juvénile est inférieur à celui noté au niveau régional mais supérieur à celui noté au niveau national.

De même, la psychiatrie adulte a un taux d'équipement global inférieur à celui noté au niveau régional mais supérieur à celui noté au niveau national.

En 2012¹⁸, 118 personnes ont été vues, au moins une fois dans l'année, en hospitalisation complète, dans l'ensemble des services de la psychiatrie infanto-juvénile, et 8 592 en ambulatoire, exclusivement.

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

Faits marquants

En 2012, 118 patients ont été vus, au moins une fois dans l'année, en hospitalisation complète dans les services de psychiatrie infanto-juvénile et 8 592 en ambulatoire exclusivement.

Le SROS volet « Psychiatrie des enfants et adolescents »¹⁹ préconise, quant à lui, de conforter le département de la Haute-Garonne, d'une part, en hospitalisation partielle par redéploiement de moyens, et, d'autre part, en prise en charge des adolescents en crise par un renforcement de l'organisation inter-territoriale.

Dans le Schéma départemental de l'Enfance, les services de la psychiatrie infanto-juvénile du département de la Haute-Garonne ont évoqué le constat d'« *une dégradation générale des situations* » prises en charge, d'une évolution des profils des jeunes accueillis dont une évolution vers « *un phénomène nouveau de souffrances accumulées conduisant à des actes de violence* ». Des difficultés ont été précisées en matière de saturation de l'ensemble du dispositif de prise en charge psychiatrique et d'équité territoriale dans le département de la Haute-Garonne.

De plus, dans le diagnostic territorial, dans le cadre de l'élaboration du PRS, sont énoncés en lien avec la problématique des adolescents à difficultés multiples, les points à améliorer suivants, pour l'ensemble des départements de la région : faciliter le repérage de la souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent, améliorer l'organisation de l'offre de soins sur le plan psychiatrique, promouvoir le travail en réseau et d'associer les familles.

¹⁹ ARS Midi-Pyrénées – Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) « Psychiatrie des enfants et adolescents » 2012-2017. 2012/12. 16 p.

5.1.3 Santé mentale des adolescents : affections psychiatriques de longue durée

Tableau 10. Nombre de nouvelles entrées en ALD pour affections psychiatriques chez les jeunes âgés entre 10 et 19 ans

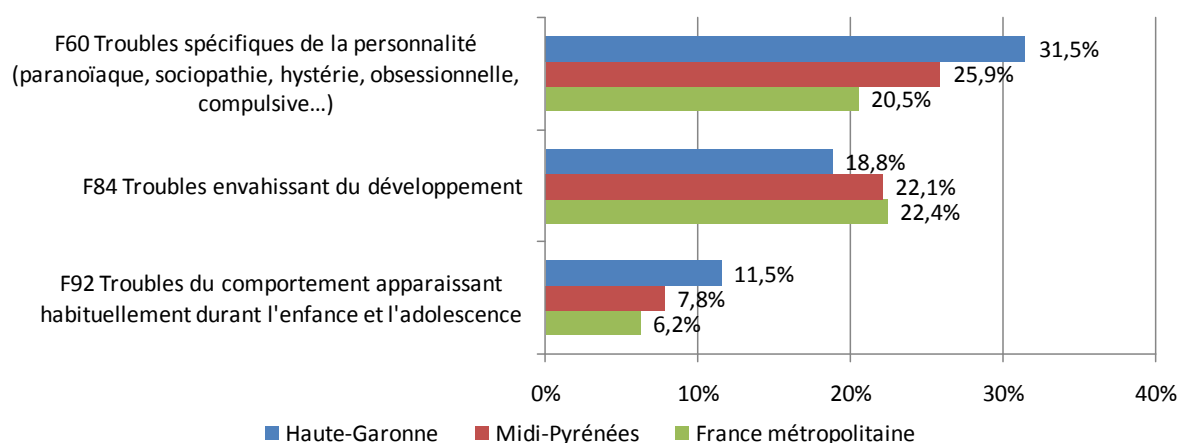
En 2012	Haute-Garonne	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Nombre de nouvelles admissions chez les 10-19 ans	165	348	7 958
Proportion parmi l'ensemble des ALD chez les 10-19 ans	40,4 %	39,3 %	33,5 %
Taux pour 100 000 jeunes âgés entre 10 et 19 ans	105,7	103,4	103,8

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

Dans le département de la Haute-Garonne, en 2012, 165 nouvelles entrées en affections de longue durée (ALD) chez les jeunes âgés entre 10 et 19 ans sont liées à une affection psychiatrique de longue durée, représentant 40,4 % de l'ensemble des ALD chez les jeunes du même âge (408 ALD en 2012). Cette proportion est proche de la moyenne régionale.

Rapporté à l'ensemble de la population de jeunes âgés entre 10 et 19 ans, le taux des nouvelles entrées en affections psychiatriques chez les 10-19 ans est proche de celui observé au niveau régional.

Graphique 9. Les principales nouvelles affections psychiatriques de longue durée chez les jeunes âgés entre 10 et 19 ans en 2012 (unité en % parmi l'ensemble des nouvelles affections psychiatriques chez les 10-19 ans)



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

Près d'un tiers des nouvelles entrées en affections psychiatriques de longue durée concerne des affections pour des troubles spécifiques de la personnalité chez les jeunes âgés de 10 à 19 ans, dans le département de la Haute-Garonne.

Faits marquants

Dans le département de la Haute-Garonne, 408 nouvelles admissions en affections de longue durée ont été accordées, en 2012, chez les jeunes âgés de 10 à 19 ans, dont 40 % sont pour des affections psychiatriques. Avec près de 11 entrées en ALD en affections psychiatriques pour 10 000 jeunes âgés de 10 à 19 ans, le département de la Haute-Garonne se situe à des niveaux équivalents aux moyennes régionale et nationale (autour de 10 pour 10 000).

Le département de la Haute-Garonne se distingue de la région Midi-Pyrénées par une proportion plus élevée de jeunes âgés de 10 à 19 ans en ALD pour des troubles spécifiques de la personnalité.

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

5.1.4 Autres dispositifs existants d'accompagnement des adolescents dans le département de la Haute-Garonne

5.1.4.1 Réseau Adolescence Partenariat 31

Il existe dans le département de la Haute-Garonne un réseau de soins identifié, le Réseau Adolescence et Partenariat 31 (RAP 31). Ce réseau permet d'assurer la continuité de la prise en charge d'adolescents à difficultés multiples âgés de 12 à 21 ans qui ont mis en difficultés les professionnels de différents dispositifs. Il est proposé un soutien aux professionnels qui sont impliqués dans la prise en charge de ces adolescents, par l'intermédiaire de Réunions de Concertations Pluri-partenariales (RCP).

Les missions de ce réseau sont :

- veille sanitaire, par l'intermédiaire d'organisation de rencontres autour d'une thématique ;
- soutien aux médecins de premier secours (médecins libéraux et médecins scolaires), par la mise en place d'une ligne téléphonique qui leur est réservée exclusivement ;
- inclusion des adolescents difficiles, par l'intermédiaire de réunions de concertation pluri-partenariales ;
- animation et coordination du réseau autour de cas clinique qui se décline sur deux territoires : « RAP Clinique à Toulouse » et « RAP Clinique à Comminges » ;
- partenariat institutionnel formalisé (RAP 31 et MDA dans les mêmes locaux, mises à disposition d'un temps partiel d'éducatrice et d'un conseiller technique santé par la DTPJJ, des conventions signées avec l'Inspection Académique et avec le réseau addiction RAMIP, des échanges avec d'autres réseaux et dispositifs régionaux...) ;
- communication (Bulletin d'information, journée thématique...).

En 2013, la file active globale du RAP31 est de 110 adolescents dont 46 inclusions nouvelles ayant fait l'objet de 154 RCP. Des évolutions, depuis 2008 ont été notées dans le rapport d'activité 2013 du RAP 31 :

- une augmentation d'inclusion pour les filles ;
- une augmentation des demandes de soutien de la part des professionnels du Sud du département.

En 2013, un des thèmes travaillés par le RAP 31, en concertation avec les différents partenaires sanitaires du réseau, était « l'hospitalisation psychiatrique des adolescents et jeunes adultes âgés, dans le département de la Haute-Garonne ». Suite aux échanges, des points à améliorer ont été soulignés :

- renforcer l'offre en accueil pour répondre aux situations de crises ;
- développer l'accueil de nuit médicalisé pour les adolescents âgés de 16 à 21 ans ;
- améliorer les liens entre le médicosocial (ITEP), le social (MECS) et le sanitaire pour faire face à l'évolution des profils des adolescents ;
- réfléchir à une généralisation éventuelle des équipes mobiles dans tous les secteurs.

5.1.4.2 Maison des adolescents (MDA 31)

Par ailleurs, dans le département de la Haute-Garonne, il existe une Maison des adolescents créée par le Conseil Général de la Haute-Garonne, en 2011. Elle a vocation à être un lieu d'écoute et d'accompagnement ouvert aux adolescents de 11 à 21 ans de l'ensemble du département, à leurs familles, ainsi qu'aux professionnels bénévoles et salariés travaillant avec des adolescents. Ses activités s'appuient sur des entretiens individuels, des activités de groupe, des consultations ou des simples demandes d'informations et des animations mensuelles collectives sur une thématique et si besoin sur l'accès aux soins.

Dans le Schéma Départemental de l'Enfance 2014-2019, deux fiches d'action citent la MDA 31, ayant pour objectifs opérationnels le développement d'actions de prévention en direction des professionnels des Maisons Départementales de Solidarité et des familles.

5.2 Caractéristiques principales de la population actuellement accueillie en établissement

5.2.1 Données issues de l'enquête ES2010

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

Au 31 décembre 2010, ce sont 855 enfants âgés de 12 ans et plus ayant des troubles psychologiques ou de comportements qui ont été accueillis dans les dispositifs médicosociaux de la Haute-Garonne, dans le secteur dédié aux enfants. Près de six enfants sur dix (58,0 %) âgés de 12 ans et plus ont été accueillis dans les 17 ITEP du département de la Haute-Garonne, soit 492 jeunes de 12 ans et plus concernés (pour rappel : 794 places installées dans les 17 ITEP de la Haute-Garonne). Et dans les 15 SESSAD d'ITEP, ce sont un quart des jeunes âgés de 12 ans et plus qui ont été accueillis (pour rappel : 338 places installées dans les 15 SESSAD d'ITEP du département de la Haute-Garonne).

Tableau 11. Caractéristiques principales des jeunes âgés de 12 ans et plus accueillis en établissements ou services pour enfants handicapés au 31 12 2010 – Jeunes âgés de 12 ans et plus en IME souffrant de troubles psychologiques (hors autisme/TED/psychose infantile) (Unité : en %)

Au 31 décembre 2010	Haute-Garonne				Midi-Pyrénées	
	IME	ITEP	SESSAD D'IME	SESSAD D'ITEP	IME	SESSAD D'IME
	N = 113	N = 492	N = 44	N = 206	N = 275	N = 96
Sexe						
Garçons	65 %	81 %	59 %	78 %	68 %	66 %
Filles	35 %	19 %	41 %	22 %	32 %	34 %
Age						
12-15 ans	52 %	73 %	61 %	53 %	49 %	67 %
16-17 ans	20 %	22 %	16 %	29 %	26 %	17 %
18-20 ans	28 %	5 %	23 %	18 %	25 %	17 %
Lieu de vie hors structure						
Famille naturelle	88 %	87 %	98 %	89 %	88 %	95 %
Famille d'accueil	7 %	9 %	2 %	4 %	9 %	4 %
Autre hébergement	5 %	4 %	0 %	7 %	3 %	1 %
Origine géographique						
Même département que la structure	100 %	95 %	100 %	97,1 %	100 %	96 %
Autre département de la région que celui de la structure	0 %	4 %	0 %	2,4 %	0 %	nd
Hors Midi-Pyrénées	0 %	0 %	0 %	0,5 %	0 %	nd
Age à l'entrée en structure						
Moins de 6 ans	3 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %
6-11 ans	29 %	30 %	9 %	15 %	25 %	17 %
12-15 ans	58 %	62 %	70 %	51 %	59 %	66 %
16 ans et plus	10 %	8 %	20 %	34 %	14 %	18 %

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

Tableau 12. Déficience principale et déficience associée déclarées

Au 31 décembre 2010	Haute-Garonne				Midi-Pyrénées	
	IME	ITEP	SESSAD D'IME	SESSAD D'ITEP	IME	SESSAD D'IME
	N = 113	N = 492	N = 44	N = 206	N = 275	N = 96
Déficiences principales les plus fréquentes						
Troubles du psychisme en rapport avec troubles psychiatriques graves	33 %	97 %*	18 %	24 %	38 %	13 %
Autres troubles du psychisme	56 %		80 %	16 %	45 %	70 %
Troubles des conduites et du comportement	10 %		2 %	55 %	15 %	15 %
Déficiences intermittentes, « critiques de la conscience	1 %		0 %	0 %	2 %	2 %
Déficiences intellectuelles		2 %		4 %		
Présence d'une (ou plusieurs) déficience(s) associée(s)						
Oui	98 %	28 %	25 %	33 %	73 %	52 %
Non	2 %	72 %	75 %	67 %	27 %	48 %

* Troubles du psychisme

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

Tableau 13. Scolarisation des jeunes

Au 31 décembre 2010	Haute-Garonne				Midi-Pyrénées	
	IME	ITEP	SESSAD D'IME	SESSAD D'ITEP	IME	SESSAD D'IME
	N = 113	N = 492	N = 44	N = 206	N = 275	N = 96
Type de scolarisation au moment de l'enquête						
Non scolarisés	15 %	3 %	0 %	21 %	11 %	0 %
Scolarisés uniquement dans l'établissement médicosocial	84 %	59 %	0 %	5 %	84 %	0 %
Scolarisés dans l'établissement médicosocial avec intégration scolaire partielle dans un établissement de l'Education Nationale	0 %	5 %	0 %	3 %	0 %	0 %
Scolarisés uniquement dans un établissement de l'Education Nationale (y compris unité adaptée CLIS, SEGPA, UPI,...)	0 %	27 %	34 %	58 %	4 %	78 %
Autres	1 %	6 %	32 %	13 %	1 %	22 %

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

Tableau 14. Comportement déclaré de mise en danger des jeunes

Au 31 décembre 2010	Haute-Garonne				Midi-Pyrénées	
	IME	ITEP	SESSAD D'IME	SESSAD D'ITEP	IME	SESSAD D'IME
	N = 113	N = 492	N = 44	N = 206	N = 275	N = 96
Se mettent en danger ou sont agressifs						
Jamais	47 %	29 %	52 %	31 %	46 %	51 %
Parfois	45 %	49 %	43 %	63 %	43 %	46 %
Souvent	8 %	22 %	5 %	6 %	12 %	3 %

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

Faits marquants

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

→ Pour le dispositif ITEP :

- une entrée tardive dans le dispositif : six jeunes sur dix y ont été admis entre 12 et 15 ans ;
- une sur représentation des garçons : huit jeunes sur dix, ce qui correspond aux évolutions constatées sur le plan hexagonal ;
- des jeunes souffrant globalement de troubles psychiques en déficience principale (97 % des cas) et dans 72 % des cas, ils ont une déficience principale sans déficience associée ;
- des comportements de mise en danger ou d'actes agressifs déclarés survenir « souvent » pour un jeune sur cinq.

→ Pour le dispositif IME :

- la majorité des jeunes a été admis dans le dispositif entre 12 et 15 ans (58 % des jeunes de 12 ans et plus accueillis en IME) ;
- des jeunes souffrant plutôt de « autres troubles du psychisme » ou de « troubles psychiatriques graves » en déficience principale (89 % des cas). Dans la quasi-totalité des cas, ils ont une déficience principale avec une (ou des) déficience(s) associée(s). Cette proportion est au dessus de celle notée au niveau régional (98 % contre 73 %) ;
- des comportements de mise en danger ou d'actes agressifs déclarés survenir « parfois » ou « souvent » pour la moitié des jeunes âgés de 12 ans et plus en IME.

5.2.2 Profil et prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP dans le département de la Haute-Garonne (Analyse départementale réalisée par l'ORS et le CREAI Midi-Pyrénées en 2013²⁰)

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

Les 17 ITEP et les 15 SESSAD du département de la Haute-Garonne ont participé à cette enquête. Selon des critères d'inclusion et d'échantillonnage bien précis, ce sont 947 jeunes qui ont été inclus dans l'étude, pour le département de la Haute-Garonne (672 en ITEP et 275 en SESSAD d'ITEP).

Tableau 15. Jeunes accueillis dans les ITEP du département de la Haute-Garonne selon des caractéristiques différentes de celles observées pour les jeunes accueillis en Midi-Pyrénées – Enquête réalisée en 2012

Caractéristiques Jeunes accueillis en ITEP en 2012	Haute-Garonne n=672	Midi-Pyrénées n=1 200
Même département que l'implantation de l'ITEP	94,3 %	91,2 %
Suivi institutionnel (SESSAD, IME, autre ESSMS) antérieur à l'admission	19,9 %	24,3 %
Suivi médical (professionnels libéraux) antérieur à l'admission	4,8 %	7,7 %
Présentant « Autres pathologies » en déficience principale	61,7 %	45,8 %
Présentant des troubles du comportement en déficience principale	28,6 %	33,4 %
Scolarisation en milieu ordinaire (y compris CFA et CFAS)	30,5 %	23,3 %
Scolarisation en ITEP	57,8 %	68,0 %
Prise en charge à la sortie par un autre ESSMS	80,1 %	69,9 %

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

²⁰ ORS et CREAI Midi-Pyrénées – Etude commanditée par l'ARS Midi-Pyrénées : Profil et prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP en Midi-Pyrénées – Dossier Départements. 2013/09. 22 p.

Tableau 16. Collaborations¹ avec d'autres partenaires déclarées par les 17 ITEP de la Haute-Garonne

ITEP ayant une collaboration avec :	Haute-Garonne	Midi-Pyrénées
Les CMPP	87 %	76 %
Les CMP	87 %	82 %
Les unités de soins psychiatriques	80 %	82 %
MECS / Foyer ASE	93 %	94 %
PJJ	67 %	73 %

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

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

Faits marquants

Au regard des informations déclarées par les ITEP, au moment de l'enquête réalisée par l'ORS et le CREAI Midi-Pyrénées en 2012, les points essentiels à retenir qui permettent de distinguer le département de la Haute-Garonne de la région Midi-Pyrénées :

- une majorité de jeunes souffrant de « autres pathologies » en déficience principale ;
- un recours plus fréquent à la scolarisation en milieu ordinaire ;
- une prise en charge plus fréquente à la sortie par un autre ESSMS ;
- des liens plus fréquents avec les CMPP et les CMP.

5.2.3 Informations issues de rapports d'activités d'établissements médicosociaux

	ITEP- SESSAD d'ITEP 1 Année 2011	ITEP 2 Année 2013	ITEP 3 Année 2013
Usagers présents au 31/12	111 jeunes âgés entre 11 et 19 ans	127 jeunes âgés entre 0 et 20 ans	28 jeunes âgés entre 11 et 19 ans
Nouveaux entrants	25 jeunes	31 jeunes	9 jeunes
Non admis par manque de places	11 jeunes	nd	nd
Jeunes admis selon les troubles : - Troubles psychotiques - Troubles névrotiques - Pathologie limite dominante comportementale - Déficiences mentales légères - Troubles de la conduite	48 % 11 % 32 % 9 %	14 % 14 % 71 % 1 %	28 % 28 % 40 % 4 %
Difficultés mises en évidence par les professionnels	- Insuffisance de temps de scolarisation - Augmentation des demandes d'admission émanant du sanitaire avec la nécessité de mettre en place du transport	- Entrée tardive dans le dispositif ITEP à la fin du cycle d'enseignement de 1er degré	- Accessibilité - Nécessité de renforcer un partenariat avec l'Education nationale
Partenariat dans les accompagnements	Education nationale, ASE, Justice, sanitaire, mission locale et club de prévention	Education nationale, d'autres dispositifs ITEP, MECS, ASE, Lieu Accueil Enfants-Parents (LAEP)	Inter-ITEP, Medicosocial adultes, sanitaire, dispositifs de prévention des conduites addictives, gendarmerie

5.3 Orientations des politiques publiques

En Midi-Pyrénées, « *faciliter le parcours de santé des adolescents à difficultés multiples en évitant les ruptures de prise en charge de la prévention aux soins, du suivi en médecine de ville, en établissement de santé, ou dans le cadre d'un accompagnement par un établissement/service du médicosocial* » représente un enjeu majeur en ce qui concerne la santé publique. Cet enjeu fait partie intégrante des priorités inscrites dans le Plan Stratégique régional de Santé 2012-2017²¹ (PSRS) en Midi-Pyrénées : le parcours de santé des jeunes doit être structuré. Cet enjeu est repris et développé plus en détails, dans les différentes orientations opérationnelles énoncées, d'une part, dans le schéma régional de « Prévention »²² et d'autre part, dans le Schéma Régional d'Organisation de Soins 2012-2017 (SROMS) - volet « Psychiatrie des enfants et des adolescents »²³ et dans le Schéma Régional d'Organisation médicosociale volet « Personnes handicapées »²⁴ (schémas élaborés en cohérence avec les schémas départementaux élaborés par les Conseils généraux).

5.3.1 Diagnostic au préalable du PRSP

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

- Des comportements à risque repérés comme préoccupants chez les jeunes de la région qui sont dans une situation plus fréquente de fragilité et de souffrance psychique.
 - Alcool - Drogues : en effet, les jeunes de la région Midi-Pyrénées comme dans le reste de la France ont des consommations excessives d'alcool et des usages de drogues préoccupants.
 - Mal-être : « *plus de 1 200 tentatives de suicide ont été enregistrées par les services d'urgence de la région Midi-Pyrénées chez les jeunes âgés de 15-24 ans* ».
 - Accident de la circulation : 39 %²⁵ de jeunes âgés de 15 à 24 ans sont décédés par accident de la circulation sur la période 2008-2009-2010 (437 décès enregistrés chez les 15-24 ans) (32 % en moyenne nationale).

²¹ ARS Midi-Pyrénées, Les orientations du Plan Stratégique Régional de Santé en Midi-Pyrénées. 2012/07. 79 p.

²² ARS Midi-Pyrénées, Schéma Régional de Prévention 2012-2017. 2012/12. 66 p.

²³ ARS Midi-Pyrénées, Schéma Régional d'organisation des soins : Offre de soins hospitalière : Psychiatrie des enfants et adolescents. 2012/12. p 158 - p 173.

²⁴ ARS Midi-Pyrénées, Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale « Personnes Handicapées » 2012-2017. 2012/12. p 45 – p 89.

²⁵ DRJSCS Midi-Pyrénées, Panorama Statistique Jeunesse, Sports, Cohésion Sociale

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

5.3.2 Les orientations prévues dans les différentes schémas : analyse transversale

5.3.2.1 Pilotage régionale par le PRSP

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

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

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

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

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

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

	Thématique : Comportement à risque	Thématique : Ecoute et accueil	Thématique : Souffrance psychique	Thématique : Soutien à la parentalité
Schémas concernés	Schéma régional de prévention (SRP)	Schéma régional de prévention (SRP)	Schéma régional de prévention (SRP)	Schéma départemental de l'enfance du Conseil général de la Haute-Garonne
Objectif	Développer la prévention des conduites addictives chez les jeunes	Clarifier et accompagner le dispositif régional d'écoute et d'accueil des jeunes	Renforcer les actions de prévention de la souffrance psychique	Favoriser un accompagnement cohérent des 0-21 ans en impulsant une culture commune des professionnels
Territoires concernés	Ensemble des territoires de santé	Ensemble des territoires de santé	Dans un premier temps dans le département de Haute-Garonne	Département Haute-Garonne
Descriptif		Constituer un dispositif de « base » à partir des maisons des adolescents et des PAEJ qui doivent travailler en complémentarité	Renforcer les capacités des jeunes à développer des comportements favorables à leur santé et de prévenir la dépression des adolescents en milieu scolaire	Développer une prévention coordonnée, cohérente et une meilleure connaissance des professionnels pour construire un accompagnement efficace
En lien avec	Les Contrats locaux de santé	L'ensemble des dispositifs existants sur le territoire (en Haute-Garonne : MDA31, PAEJ, RAP31, mission locale...)	Dans le département de l'Haute-Garonne : l'Education nationale, La Maison des adolescents, le RAP31, la pédopsychiatrie, le CHU de Toulouse et l'ARS	CAF, Communes, Communautés de communes, Direction Départementale de Cohésion Sociale, Education Nationale, Professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, Psychiatrie infanto juvénile et adulte, Secteur associatif, Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIMPPS)...
Public prioritaire	Professionnels dans les collèges et les lycées impliqués dans l'accompagnement des adolescents	Adolescents en difficultés	Adolescents en souffrance psychique	Enfants et adolescents âgés de 0 à 21 ans et tout particulièrement les 6-11 ans et les adolescents suivis par les services de la protection de l'enfance
Point d'appui	Etablir une contractualisation avec l'ANPAA		Utiliser l'outil mis au point par le COTER Santé des jeunes permettant de repérer les adolescents en dépression ou en risque de l'être et de leur proposer un programme spécifique visant le développement d'habiletés	Réalisation d'une journée départementale événementielle sur la prévention en direction des professionnels

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

	Thématique : repérage précoce
Schémas concernés	SROS Volet « psychiatrie des enfants et des adolescents »
Objectif	Améliorer le repérage précoce des troubles psychiques
Territoires concernés	Huit départements de la région Midi-Pyrénées
Descriptif	Favoriser des prises en charge précoces (sensibilisation des professionnels de santé de 1ers recours, réduction des délais d'attente pour une consultation en CMP ou CMPP,..) Renforcer l'articulation de la pédopsychiatrie avec l'ASE, la PJJ, le secteur médicosocial, 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 et développer les prises en charge spécifiques pour les adolescents, notamment des adolescents en crise
En lien avec	Le secteur de la pédopsychiatrie, les CMPP, les maisons des adolescents, les réseaux...
Public prioritaire	Enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux dont adolescents en crise
Point d'appui	

	Thématique : Coordination entre les partenaires pour un parcours structuré	
Schémas concernés	SROMS Volet « Personnes handicapées »	Schéma départemental de l'enfance du Conseil général de la Haute-Garonne
Objectif	Développer la prise en charge concertée institutionnelle	Prendre en considération la réalité de la santé mentale de certains jeunes et organiser une prise en charge pluri partenariale sur tout le département
Territoires concernés	Huit départements de la région Midi-Pyrénées	Département Haute-Garonne
Descriptif	Rechercher une cohérence des interventions et des complémentarités permettant de construire des réponses les plus appropriées et les plus globales possibles par le biais d'un partenariat entre les institutions parties prenantes avec l'élaboration de projets collaboratifs où chaque institution tient sa place (en termes de missions et d'interventions).	Ouvrir des services ou des établissements communs ARS / Conseil Général : prise en charge des usagers sur des questions éducatives et de soins (santé mentale) Tenir compte de la répartition territoriale de l'offre, notamment dans le Comminges
En lien avec	Les Conseils généraux et les autres partenaires concernés	ARS, IME, ITEP, MDPH, MECS, Réseau Adolescence Partenariat 31 (RAP 31), Services de pédopsychiatrie publics et privés (hôpitaux, cliniques)...
Public prioritaire	Jeunes à difficultés multiples	Jeunes suivis par les services de la protection de l'enfance ayant des troubles de santé mentale
Point d'appui	Mettre en place des travaux communs avec les Conseils généraux et les autres partenaires concernés pour réaliser une évaluation des expériences de coordination en cours (telles que le RAP 31) et pour définir conjointement le mode d'organisation le plus efficient pour coordonner leur action et définir des parcours personnalisés pour traiter au mieux ces situations.	Mettre en place une organisation de travail entre les institutions concernées, associant les partenaires. Co-construire de manière effective un travail avec l'Agence Régionale de la Santé et les partenaires.

	Thématique : Ré-adaptation de l'offre	Thématique : Accompagnement en milieu ordinaire
Schémas concernés	Schéma départemental de l'enfance du Conseil général de la Haute-Garonne	SROMS Volet « Personnes handicapées »
Objectif	Redéployer les places d'accueil en établissement en direction des adolescents	Développer les alternatives à l'hébergement permanent
Territoires concernés	Département Haute-Garonne	Ensemble des bassins de santé de la région Midi-Pyrénées
Descriptif	Réorganiser la prise en charge des mineurs dans les 17 MECS afin d'augmenter le nombre de places pour les adolescents Travailler de façon concertée avec les établissements et les structures pour faire évoluer les projets d'établissement en ce sens Organiser une prise en charge différente selon les classes d'âge	Développer les alternatives à l'hébergement permanent en augmentant la part des services pour la prise en charge des enfants et des adolescents Porter l'équipement des bassins non équipés ou sous dotés au niveau du taux d'équipement national de 2,82 places de SESSAD pour 1 000 enfants de moins de 20 ans Dans la Haute-Garonne, il est prévu la création de places en SESSAD d'ici la fin du schéma
En lien avec	Les établissements d'accueil et le secteur associatif du secteur de la protection de l'enfance	Les partenaires institutionnels concernés et les établissements
Public prioritaire	Adolescents suivis par les services de la protection de l'enfance	Enfants et adolescents en situation de handicap
Point d'appui		Mettre en place des évaluations de besoins par territoire, une analyse des listes d'attentes et des taux d'occupation

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

	Thématique : accompagnement en milieu ordinaire de travail	
Schémas concernés	SROMS Volet « Personnes handicapées »	Schéma départemental de l'enfance du Conseil général de la Haute-Garonne
Objectif	Favoriser l'insertion socioprofessionnelle dans une logique de parcours évolutif	Créer des conditions d'insertion sociale et professionnelle pour les jeunes majeurs
Territoires concernés	Huit départements de la région Midi-Pyrénées	Département de la Haute-Garonne
Descriptif	Préparer bien en amont dans les structures médicosociales disposant de sections professionnelles, la formation des adolescents pour leur permettre de réussir au mieux leur insertion socioprofessionnelle et leur projet de vie	Organiser un dispositif de baux glissants avec les sociétés d'Habitations à Loyers Modérés (HLM). Créer des partenariats prenant en compte le suivi éducatif, l'hébergement, le soin et l'insertion professionnelle. Accompagner les établissements prenant en charge les jeunes majeurs dans l'évolution de leur projet d'établissement.
En lien avec	Les structures du médicosocial du secteur enfants	L'Education Nationale, les établissements d'accueil, secteur associatif, services de soins, sociétés HLM, structures d'insertion professionnelle...
Public prioritaire	Les jeunes en situation de handicap	Les jeunes majeurs suivis par les services de la protection de l'enfance
Point d'appui		Projets d'établissement des structures prenant en charge des jeunes majeurs

5.4 Synthèse des éléments de cadrage

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

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

- des carences familiales et environnementales nécessitant très tôt des placements en ASE : 2 061 jeunes confiés à l'ASE en 2012 dans le département de la Haute-Garonne dont 50 % ont été placés dans une famille d'accueil (1 024 enfants estimés en 2012) et 49 % dans un établissement social d'hébergement (le plus souvent dans une MECS). Parmi ces jeunes confiés à l'ASE, 15 % à 20 %²⁶ ont posé de réelles difficultés dans la continuité de l'accompagnement. Ces jeunes présentent très souvent des troubles sévères du comportement qui nécessitent la mise en place d'un suivi par le secteur sanitaire et/ou le secteur médicosocial. Dans un cas sur cinq, il a été préconisé pour ces jeunes une orientation en ITEP ou en IME.
- Des troubles du comportement sévères : des jeunes accompagnés par des dispositifs du médicosocial (ITEP et IME) qui mettent en difficultés les professionnels. Les caractéristiques principales de ces jeunes issues des enquêtes ES 2010 et ITEP 2012 sont : une entrée tardive de ces jeunes dans le dispositif, une déficience principale présentant des troubles psychiques sans déficience associée, des comportements de mise en danger ou d'agressivité.
- Des suivis psychiatriques : en 2012, ce sont 165 jeunes âgés de 10 à 19 ans qui ont été admis en affection psychiatrique de longue durée dans le département de la Haute-Garonne. D'autre part, 118 jeunes ont été vus, au moins une fois dans l'année, en hospitalisation complète dans les services de la psychiatrie infanto-juvénile du département de la Haute-Garonne en 2012.
- Des scolarisations en milieu ordinaire engendrant des souffrances importantes chez certains adolescents.

²⁶ Conseil général de la Haute-Garonne, Schéma Départemental de l'Enfance 2014-2019. 69 p.

Il apparaît nécessaire de proposer des réponses adaptées, coordonnées et individuelles à ces adolescents. Les points à améliorer qui convergent des différentes approches présentées dans ce rapport sont :

- Le repérage précoce pour améliorer l'entrée dans le dispositif du médicosocial ;
- La gestion des crises : liens des dispositifs du médicosocial et du social avec le secteur de la pédopsychiatrie et psychiatrie adultes ;
- La formation professionnelle commune et partagée ;
- La coopération et les liens entre les acteurs des différents champs d'intervention : les formaliser davantage et les organiser autour de la mise en place d'un projet individualisé ;
- La mise en place de réponses innovantes multi-dispositifs à partir de l'existant ;
- Le passage des adolescents vers l'âge adulte.

Ces éléments ont fait l'objet d'échanges et de débats, lors du premier comité de pilotage,²⁷ qui ont abouti sur une proposition de trois axes à travailler en groupe de concertation dans la suite de la démarche. Ces trois axes ont été présentés à l'ensemble des acteurs concernés, lors du lancement de la démarche le 1^{er} octobre et ont été validés collectivement²⁸ :

- 1- Comment prévenir, anticiper en amont des situations complexes d'accompagnement d'adolescents à difficultés multiples ? : définir les indicateurs qui peuvent permettre en amont d'éviter d'arriver à des situations complexes et comment s'en saisir ? - Quelles vigilances à tenir ? – Quel repérage ?, Comment préparer l'entrée de ces adolescents dans le dispositif ?
- 2- Comment structurer les articulations, les collaborations entre les différents institutionnels impliqués dans des situations complexes d'accompagnement d'adolescents à difficultés multiples ?
- 3- Quelles sont les réponses à apporter pour ajuster l'existant ? Quel dispositif innovant à créer à partir de l'existant pour apporter une réponse commune multi-institutionnelle ?

²⁷ CREAI-ORS LR – Relevé de décisions du 09 septembre 2014 du premier copil de la démarche territorialisée sur les adolescents à difficultés multiples dans le département de la Haute-Garonne – 2014/09. 2 p

²⁸ CREAI-ORS LR – Compte rendu du 01 Octobre 2014 du lancement de la démarche territorialisée sur les adolescents à difficultés multiples dans le département de la Haute-Garonne – 2014/10. 4 p

6. RÉSULTATS :

CONCERTATIONS : DEROULEMENT, DIAGNOSTIC PARTAGÉ ET PROPOSITIONS

6.1 Objectifs et méthodologie retenue

Dans la démarche proposée, une démarche participative a été privilégiée, rassemblant l'ensemble des acteurs concernés par la problématique des adolescents à difficultés multiples et représentant différents secteurs : sanitaire, médicosocial, éducatif, social, protection de l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse et réseau existant (RAP 31).

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

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

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

Suite aux échanges apportés lors du lancement de la démarche le 1^{er} octobre, les axes de travail ont été remodelés par l'équipe projet de la DT ARS Midi-Pyrénées, de la façon suivante :

- Axe 1 « Les situations à risque » et Axe 2 « Les situations en crise » qui étaient deux groupes « *spécialisés* » ayant pour objectif d'approfondir de façon partagée les éléments de diagnostic et de proposer des pistes de travail ;
- Axe 3 « Les outils au service de parcours à difficultés multiples » qui était un groupe transversal ayant une vision globale de l'ensemble de la problématique.

La première demi-journée s'est déroulée avec des objectifs différents pour chaque axe :

- pour l'Axe 1, la première partie de la séance a été consacrée à s'assurer que les facteurs de risques repérés sont les mêmes pour tous, à partir d'exemples concrets et d'une situation proposée par l'équipe du RAP31 envoyée par voie électronique, en amont de la concertation, à l'ensemble des participants de ce groupe. Puis il a été travaillé, en deuxième partie de la séance, le repérage des principaux signaux d'alerte, l'identification des acteurs concernés par le repérage précoce et des portes d'entrée dans les dispositifs. Enfin, en troisième et dernière partie de séance, il a été question de réfléchir sur les moyens et les actions préventives à mettre en œuvre ou à renforcer pour anticiper davantage. Trois personnes se sont portées volontaires pour venir rapporter au sein du groupe de l'Axe 3 les points saillants de cette première séance de travail de l'Axe 1. Elles ont été nommées « rapporteurs du groupe de l'Axe 1 » (Cf. Synthèse Concertation Axe1 du 24/11)

- pour l'Axe 2, tout d'abord il a été consacré un premier temps à s'assurer, à partir d'exemples concrets et de la situation proposée par l'équipe « Situation Elsa » du RAP31 envoyée par voie électronique à l'ensemble des participants de ce groupe, que la définition d'une crise était la même pour tous. Puis, a suivi un travail collectif sur la caractérisation des situations qui mettent le plus en difficultés les dispositifs et les professionnels, sur l'identification des acteurs impliqués dans les situations de crise et des points de rupture déclenchant une situation de crise, et sur le repérage des différents types de conséquences de ces situations de crise. Enfin, la séance s'est terminée sur l'identification des solutions actuellement mises en place pour traiter ces situations de crise.

Une personne s'est portée volontaire pour venir rapporter au sein du groupe de l'Axe 3, les points saillants de cette première séance de travail de l'Axe 2. Elle a été nommée « rapporteur du groupe de l'Axe 2 ». (Cf. Synthèse Concertation Axe 2 du 25/11) ;

- pour l'Axe 3, la première séance de travail a été en partie consacrée à prendre connaissance des points saillants échangés en séance des deux premiers groupes Axe 1 et Axe2 (synthèses livrées au groupe 3 par les rapporteurs) et à échanger sur ces éléments pour confirmer, ajuster ou compléter si nécessaire. L'autre partie de la séance a été dédiée, à faire une analyse de façon transversale des dispositifs existants, à renforcer, à consolider et à ajuster ou à mettre en œuvre des nouvelles modalités innovantes à initier si besoin.

La seconde et dernière demi-journée a visé à un même objectif sur les trois groupes : après un temps court de validation et/ou d'ajustements nécessaires de la synthèse de la 1^{ère} séance adressée à chaque groupe, travailler sur la formalisation de propositions d'actions en réajustant certaines ou en ajoutant de nouvelles.

Pour chaque groupe de travail, une synthèse intermédiaire a ainsi été réalisée par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon et adressée à chacun des participants. Une synthèse globale des propositions des trois groupes a été également préparée par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon pour le comité de pilotage, ayant eu lieu le 12 janvier 2015.

6.2 Constitution des trois groupes

Les trois groupes ont été animés par le CREAI-ORS LR et ont été constitués par la DT31-ARS. Ces trois groupes se sont réunis à deux reprises sur une demi-journée, à chaque fois dans les locaux de la DT31-ARS et en sa présence.

A l'issue du lancement de la démarche, l'ensemble des acteurs concernés par la problématique des adolescents à difficultés multiples a été invité à faire acte de candidature sur un des trois groupes, en classant par ordre de priorité les thèmes choisis par la DT31-ARS, par retour de messagerie.

Une vigilance particulière a été portée sur l'équilibre des dispositifs représentés dans chaque groupe : représentant des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux, représentants des organismes et services publics (Education nationale, MDPH, Conseil général, PJJ, Tribunal de Grande Instance), réseau RAP 31.

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

- les dispositifs sanitaires : CMP, psychiatrie hospitalière infanto-juvénile (les trois secteurs), psychiatrie hospitalière adultes ;
- les dispositifs sociaux de la protection de l'enfance : MECS, Foyer Départemental de l'Enfance (FDE) et les Lieux de Vie et d'Accueil (LVA) ;
- les dispositifs sociaux de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) : établissements de placement éducatif, module Individualisation et Soutien à l'Insertion et à la Scolarité (ISIS), unités éducatives ;
- les dispositifs médicosociaux : CMPP, SESSAD, IME et ITEP ;
- les représentants des organismes et services publics : pôles santé, pédagogique et social de l'Education nationale, MDPH, Direction de la protection de l'enfance du Conseil général et la PJJ ;
- Les représentants du Tribunal de Grande Instance ;
- Le réseau Adolescence Partenariat Haute-Garonne RAP 31.

Bien qu'invités, les représentants des enseignants référents de l'Education nationale, les médecins de PMI, les médecins généralistes et la psychiatrie adulte n'ont pas participé aux travaux.

L'adhésion à la démarche, proposée et explicitée à chaque rencontre par le CREAI-ORS LR, a été globalement satisfaisante. La participation et l'assiduité aux travaux ont été fortes : 22 personnes en moyenne présentes à chaque séance et par groupe (allant en moyenne de 19 personnes pour le premier groupe à 23 personnes en moyenne pour les deux autres groupes).

6.3 Des échanges animés et riches

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

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

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

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

6.4 Synthèse du diagnostic partagé

- **Profil le plus fréquent des adolescents à difficultés multiples** : jeunes ayant grandi dans un milieu familial avec des violences familiales ou des secrets familiaux lourds, jeunes placés en famille d'accueil dès leur enfance, jeunes adoptés à l'étranger, jeunes victimes et/ou auteurs d'agressions sexuelles, jeunes ayant des troubles dès leur enfance d'attachement, d'apprentissage, jeunes porteurs d'un handicap complexe (Autisme/TED, déficiences sensoriels avec troubles du comportement, déficiences motrices...).

- **Repérage précoce** : il a été convenu collectivement que le repérage précoce est bien fait durant la petite enfance par la PMI (crèche, école maternelle, consultations...), le CAMSP, les services santé scolaires en élémentaire, les médecins généralistes et les pédiatres. Se pose la difficulté de la mise en œuvre et de l'accompagnement après le repérage précoce. Il a été avancé en séance le constat qu'entre le repérage et les solutions extrêmes, comme le signalement par exemple, il existe peu de solutions intermédiaires. Il a été également constaté en séance que la période de latence entre la petite enfance et l'adolescence est peu investie pour faire du suivi et de la prévention. Différents acteurs concernés dans ce repérage précoce ont été cités en séance : l'ensemble des maternités dotées d'équipe pédopsychiatrique (repérage du lien précoce mère-enfant ou père-enfant), les services de PMI du Conseil général (suivis et consultations des 0-6 ans, bilans de santé en crèche et maternelle), le CAMSP, les services santé scolaire de l'éducation nationale (bilans de santé en maternelle et en élémentaire), les médecins généralistes et les pédiatres.
Les points à améliorer cités en séance tournent autour d'un outil commun recueillant des informations nécessaires à partager sur des critères d'environnement, affectifs et cognitifs de l'enfant dès son entrée dans un dispositif en prenant garde de ne pas tomber dans de la stigmatisation systématique, d'un projet commun de l'enfant, d'une évaluation commune...
- **Période de latence** : il a été évoqué collectivement qu'une période de latence existe entre la période de la petite enfance et celle de l'adolescence. Pendant cette période, le jeune semble contenu dans le dispositif qui l'accueille et fait, ainsi, moins de « bruit », mettant moins en difficultés les dispositifs. Cette absence de bruit ne signifie pas qu'il n'y plus de problème.
- **Portes d'entrée dans les dispositifs cités en séance** : CMP, CMPP, hôpitaux de jour, CAMSP, demande de la famille auprès de la MDPH d'une notification, ASE.
Il a été évoqué en concertation que les délais d'attente pour une consultation en soins psychiatriques (CMP, CMPP, hôpitaux de jour) pour un adolescent sont longs (6 mois minimum). En revanche, ils sont moins longs pour les enfants. Une méconnaissance mutuelle des champs d'intervention de chaque dispositif a été avancée par le groupe rendant l'articulation entre le sanitaire et le médicosocial peu souple ainsi que dans le secteur social. Difficultés du social à orienter vers la psychiatrie (aucun médecin en MECS). Il est important de distinguer, en termes de délai de réponse, les dispositifs CMP aux hôpitaux de jour, CATTP. Les premiers ont des délais plus courts que les autres (délais en moyenne entre 6 et 12 mois). A ces délais, se rajoute celui de la notification prononcée par la CDAPH (4 à 5 mois en moyenne).
L'équipe mobile de psychiatrie mise en place dans le Sud de la Haute-Garonne (UMES) a été citée comme un dispositif pertinent dans l'accompagnement de ces adolescents. Il a été noté que les médecins de premiers recours sont généralement peu formés à l'adolescence.
Quid : complexité en termes d'âge ? Quel âge adolescents/adultes ?

- **Signaux d'alerte cités en séance** : troubles du développement de l'enfant, troubles de l'attachement, troubles d'apprentissage, difficultés liées à la parentalité, histoire familiale lourde impactant, victimes et/ou auteurs d'agressions sexuelles, fratrie d'un adolescent à difficultés multiples.
- **Définition commune et partagée d'une crise** : la crise a été définie par un consensus partagé de la façon suivante : « *processus bref, intense et résolutif* ». La crise est associée très souvent à un phénomène de violence de l'adolescent sur lui-même, vers les autres pairs, son entourage ou vers les professionnels qui l'entourent. Cette crise est souvent liée à une rupture du lien établi entre le dispositif qui l'accueille et l'adolescent. Cette rupture du lien pose une réelle difficulté aux équipes. Il a été précisé en séance que les adolescents à difficultés multiples n'ont pas eu forcément une crise qui a généré plusieurs crises après. Il peut y avoir une seule crise, très intense et très forte. Un adolescent à difficultés multiples en situation de crise va remettre en question le dispositif qui le prend en charge. Il va mettre en difficultés les professionnels qui l'entourent. Cette crise va mobiliser plusieurs partenaires, va parfois amener une exclusion, une rupture. Il a été évoqué l'importance de soutenir les équipes après la gestion de la crise.
- **Acteurs impliqués et implicables dans la réponse aux situations de crise** : ont été cités notamment en concertation les services de pédopsychiatrie et psychiatrie adulte des établissements de santé, l'équipe mobile UMES dans le secteur II, le réseau RAP31, les dispositifs ITEP, CDEF, MECS, PJJ et les médecins généralistes.
- **Gestions de crise dans les différents dispositifs** : il a été évoqué en concertation une tendance face à la crise conduisant aux équipes à déclarer « *ce jeune n'est pas pour nous* ».

Dans le secteur du médicosocial et social, certains établissements (IEM, IES, IME, CDEF) sont en difficultés lorsque le passage à l'acte n'est pas leur cœur de métier et sont dans l'obligation d'utiliser des techniques de contention physique. Le recours dans l'urgence à un tiers extérieur est souvent nécessaire pour apaiser (les services d'urgence, les hospitalisations...). Ensuite, comment gérer la post-crise ? Les équipes sont en réelles difficultés et sont souvent dans une posture de culpabilité, allant parfois à des fractures institutionnelles. Elles ont besoin d'en parler après, avec l'adolescent et entre professionnels. Lorsque les dispositifs internes de régulation sont débordés, le réseau RAP31 peut-être sollicité, dans ce cadre-là, pour apporter un soutien aux équipes.

L'enjeu est d'arriver à affronter la crise « à plusieurs », sans se désorganiser.
- **Difficultés repérées dans la réponse aux situations de crise** :

Deux difficultés majeures citées sont, d'une part, de maintenir un attachement avec l'adolescent, un lien à un des dispositifs mis en place quand l'adolescent refuse tout, et, d'autre part, de gérer la temporalité des solutions mises en place, souvent ce sont des solutions proposées dans l'urgence et par défaut. En effet, une vigilance a été notée, celle de ne pas lier « crise » et « exclusion du dispositif ».

Il a été évoqué à plusieurs reprises que :

- l'absence d'un langage commun, des cultures professionnelles et des institutions différentes peuvent générer des dysfonctionnements, des « *malentendus* », des ruptures entre les différents dispositifs qui gèrent les situations de crise. Le travail engagé par l'équipe mobile UMES dans le Sud de la Haute-Garonne a été cité comme dispositif pertinent ayant une bonne connaissance des compétences et des champs d'intervention de l'ensemble des dispositifs ;
- il a été noté que le sanitaire ne pouvait pas être la seule solution et être une solution durable ;
- l'absence d'un coordonnateur de l'adolescent, d'un « *pilote* » constitue un frein majeur dans la réponse qui peut être apportée. L'enjeu est d'apporter une réponse multi-partenariale aux situations de crise et de s'engager à la maintenir.

Il a été précisé en séance que la MDPH intervient très peu dans les situations de crise. Les temps de réponses de la MDPH à une situation de crise sont plutôt amenés après la crise.

- **Dispositifs ou modalités de travail estimés pertinents dans la gestion de crise à ce jour** : l'équipe mobile UMES, le réseau RAP31, le module ISIS de la PJJ, les ITEP, le CDEF, les unités d'adolescents dans le secteur sanitaire, les maisons médicales, hors agglomération Toulousaine....
Le travail réalisé avec le réseau RAP31 suffit pour environ 6 ou 7 crises sur 10. La question majeure à traiter est la gestion des 3 ou 4 autres restantes.
- **Notion de soutien à la parentalité, à la fonction parentale** : il faut prendre en compte le rôle important des parents qu'ils peuvent jouer dans certaines situations complexes. Il semble nécessaire de travailler davantage le soutien à la fonction parentale.
- **Leviers évoqués pertinents dans les situations de crise** : la présence de médecin psychiatre dans les établissements du médicosocial facilite l'articulation avec le secteur sanitaire, l'implication des professionnels de premier recours, et, notamment, le rôle du médecin généraliste qui parfois représente le seul lien qui reste avec l'adolescent à difficultés multiples et sa famille, le réseau RAP31, la bonne volonté de chaque professionnel à trouver une solution.
- **Freins** : à une situation de crise, une réponse est apportée souvent par défaut, difficile de maintenir les engagements de chacun qui sont à la limite des agréments.
- **Interrogation sur la loi** : comment est travaillée la loi dans les autres dispositifs non judiciaire ? Il serait peut-être intéressant d'avoir des regards croisés sur ce sujet-là, entre les professionnels de la justice, du soin, du social et du médicosocial.

6.5 Propositions d'action issues des groupes de travail

Récapitulatif des propositions d'action issues des trois groupes :

▲ Situations à risques :

▲ Proposition 1 : Renforcer l'appui sur la question de l'attachement mère-enfant/père-enfant pendant la période périnatale

▲ Proposition 2 : Expérimenter un accompagnement spécifique d'un groupe d'enfants à risque

▲ Proposition 3 : Evaluer le besoin de la mise en place d'un réseau (équivalent RAP 31) pour les enfants âgés entre 6 et 11 ans

▲ Proposition 4 : Renforcer le soutien à la parentalité – Aider les familles dans leur rôle de parents

▲ Situations de crise

▲ Proposition 5 : Organiser des liens entre « établissements de santé » et « dispositifs du médicosocial et social » - Agir sur les délais de prise en charge de la crise

▲ Proposition 6 : Sécuriser les équipes, les professionnels

▲ Proposition 7 : Renforcer la connaissance réciproque des dispositifs

▲ Proposition 8 : Mieux connaître les dispositifs existants par territoire

▲ Proposition 9 : Etendre la hotline proposée aux médecins généralistes par le RAP 31 à d'autres dispositifs

▲ Outils de coordination

▲ Proposition 10 : Elaborer un référentiel commun de gestion de situation d'adolescents à difficultés multiples à risque, en crise, ou en post-crise

▲ Proposition 11 : Maintenir une multiplicité de dispositifs autour de l'adolescent à difficultés multiples – Construire un projet commun autour de l'adolescent

▲ Proposition 12 : Réfléchir à la mise en place d'une instance ad-hoc pour des situations extrêmes, sans réponses, instance ayant la légitimité pour les gérer

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

7. ARBITRAGE DU COMITE DE PILOTAGE

A L'ISSUE DES CONCERTATIONS, LE COMITE DE PILOTAGE S'EST REUNI LE 12 JANVIER 2015 AFIN DE TRAVAILLER SUR LES PROPOSITIONS D' ACTIONS ISSUES DES GROUPES DE TRAVAIL ET RETENIR LES AXES DE TRAVAIL EN METTRE EN ŒUVRE.

A partir des propositions des groupes de travail, les quatre dimensions de travail retenues par la DT ARS 31 pour la phase de mise en œuvre :

- 1- Améliorer l'information
- 2- Améliorer les pratiques professionnelles
- 3- Améliorer les partenariats institutionnels (ARS, CG-MDPH, EN, PJJ)
- 4- Améliorer les dispositifs existants

Le Conseil général a proposé que le travail de la mise en œuvre soit bien vigilant à distinguer les trois catégories de situations qui peuvent être retrouvées dans l'accompagnement de ces adolescents :

- 1- Situation de droit commun
- 2- Situation complexe
- 3- Situation critique

Parmi les propositions issues des groupes de travail, six pistes ont été retenues par le COPIL dont :

- **trois d'entre elles peuvent être mises en œuvre dans les prochains mois :**
 - Piste 1-** Elaborer une cartographie des ressources existantes par territoire – Pilotes proposés : ARS avec en appui le CG31, l'EN et la PJJ ;
 - Piste 2-** Formaliser un protocole de gestion de crise avec un engagement de la psychiatrie - – Pilotes proposés : ARS, CG31, EN et PJJ ;
 - Piste 3-** Mettre en place des stages croisés, des formations transversales communes multi-partenariales sur un même territoire.
- **trois autres nécessitent d'être travaillées, de façon plus approfondie, pour leur mise en œuvre :**
 - Piste 4-** Expérimenter sur un territoire identifié en amont, un accompagnement spécifique d'un groupe d'enfants évalués à risque – L'école peut être le pivot de cette expérimentation (se basant sur des initiatives existantes sur le Comminges) – Mettre en place un regroupement collectif pour suivre au cas par cas des situations repérées au préalable ? – Envisager la possibilité d'une expérimentation sur un autre territoire (Toulouse ?) s'appuyant sur le Cellule Réussite Educative mise en place ?

Piste 5- Envisager la mise en place d'une équipe relais qui pourrait gérer des situations complexes permettant d'apporter aux professionnels de terrain un appui et un soutien ponctuel extérieurs – Hypothèse de co-financement : ARS affectation pour les professionnels de soins et CG affectation pour les professionnels sociaux éducatifs. Quid ? Qui pilote ? Qui va être référent du projet de l'adolescent ? Qui fait prévaloir la mise en œuvre ? Avec quels moyens ? Pilotes proposés : ARS et CG31.

Piste 6- Concrétiser et formaliser, pour les situations critiques, la mise en place effective de la commission des situations critiques.

Premières pistes d'action issues des groupes de travail	Décision prise par le COPIL	Réajustement du COPIL
► <u>Proposition 1</u> : Renforcer l'appui sur la question de l'attachement mère-enfant/père-enfant pendant la période périnatale	Action non retenue pour la deuxième phase par le COPIL, toutefois, elle sera portée à la connaissance des autorités compétentes	
► <u>Proposition 2</u> : Expérimenter un accompagnement spécifique d'un groupe d'enfants à risque	Action à approfondir pour sa mise en œuvre et a été renommée	<u>Piste 4</u> : Expérimenter sur un territoire identifié en amont, un accompagnement spécifique d'un groupe d'enfants évalués à risque – L'école peut être le pivot de cette expérimentation (se basant sur des initiatives existantes sur le Comminges) – Mettre en place un regroupement collectif pour suivre au cas par cas des situations repérées au préalable ? – Envisager la possibilité d'une expérimentation sur un autre territoire (Toulouse ?) s'appuyant sur la Cellule Réussite Educative mise en place ?
► <u>Proposition 3</u> : Evaluer le besoin de la mise en place d'un réseau (équivalent RAP 31) pour les enfants âgés entre 6 et 11 ans	Action non retenue en tant que telle pour la deuxième phase par le COPIL. Elle a été réajustée en une nouvelle piste qui doit être travaillée de façon plus approfondie	<u>Piste 5</u> : Envisager la mise en place d'une équipe relais qui pourrait gérer des situations complexe permettant d'apporter aux professionnels de terrain un appui et un soutien ponctuel extérieurs – Hypothèse de co-financement : ARS affectation pour les professionnels de soins et CG affectation pour les professionnels sociaux éducatifs. Quid ? Qui pilote ? Qui va être référent du projet de l'adolescent ? Qui fait prévaloir la mise en œuvre ? Avec quels moyens ? Pilotes proposés : ARS et CG31.

Premières pistes d'action issues des groupes de travail	Décision prise par le COPIL	Réajustement du COPIL
▲ <u>Proposition 4</u> : Renforcer le soutien à la parentalité – Aider les familles dans leur rôle de parents	Action non retenue en tant que telle pour la deuxième phase par le COPIL. Mais un des points énoncés dans le descriptif de cette proposition va être mis en œuvre.	Piste 1 : Elaborer une cartographie des dispositifs existants par territoire
▲ <u>Proposition 5</u> : Organiser des liens entre « établissements de santé » et « dispositifs du médicosocial et social » - Agir sur les délais de prise en charge de la crise	Action retenue par le COPIL et qui a été renommée	Piste 2 : Formaliser un protocole de gestion de crise avec un engagement de la psychiatrie
▲ <u>Proposition 6</u> : Sécuriser les équipes, les professionnels	Le COPIL a considéré que cette action relevait de la formation multi-dispositifs et de l'élaboration d'un protocole de gestion de crise	Cf Piste 2 + Piste 3 : Mettre en place des stages croisés, des formations transversales communes multi-partenariales sur un même territoire
▲ <u>Proposition 7</u> : Renforcer la connaissance réciproque des dispositifs	Action retenue par le COPIL et qui est déclinée en deux pistes	Cf Piste 1 + Piste 3
▲ <u>Proposition 8</u> : Mieux connaître les dispositifs existants par territoire	Action retenue par le COPIL et qui a été regroupée en une seule piste	Cf Piste 1

Premières pistes d'action issues des groupes de travail	Décision prise par le COPIL	Réajustement du COPIL
► Proposition 9 : Etendre la hotline proposée aux médecins généralistes par le RAP 31 à d'autres dispositifs	Le COPIL a considéré que cette action pouvait être fusionnée avec la proposition 6 et qu'elle relevait de la formation multi- dispositifs et de l'élaboration d'un protocole de gestion de crise	Cf Piste 2 + Piste 3 :
► Proposition 10 : Elaborer un référentiel commun de gestion de situation d'adolescents à difficultés multiples à risque, en crise, ou en post-crise	Action retenue par le COPIL mais a été renommée	Cf Piste 2
► Proposition 11 : Maintenir une multiplicité de dispositifs autour de l'adolescent à difficultés multiples – Construire un projet commun autour de l'adolescent	Action non retenue en tant que telle pour la deuxième phase par le COPIL. Elle a été réajustée en une nouvelle piste qui doit être travaillée de façon plus approfondie	Cf piste 5
► Proposition 12 : Réfléchir à la mise en place d'une instance ad-hoc pour des situations extrêmes, sans réponses, instance ayant la légitimité pour les gérer	Action non retenue en tant que telle pour la deuxième phase par le COPIL. Elle a été réajustée en une nouvelle piste qui doit être travaillée de façon plus approfondie	Piste 6 : Concrétiser et formaliser, pour les situations critiques, la mise en place effective de la commission des situations critiques.

8. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1. Principales caractéristiques démographiques des adolescents du département de la Haute-Garonne (Effectifs arrondis à la dizaine supérieure) ..	11
Tableau 2. Répartition des enfants accueillis par l'ASE selon le type de mesure	17
Tableau 3. Répartition des enfants accueillis par l'ASE selon le mode d'hébergement.....	18
Tableau 4. Nombre de places installées selon la catégorie d'établissement en protection de l'enfance (Unité : en nombre et taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans)	24
Tableau 5. Accueil des enfants et jeunes en situation de handicap (1) – En nombre d'établissements ou services et en nombre de places installées au 1er janvier 2013.....	27
Tableau 6. Taux d'équipement – Lits ou places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans.....	28
Tableau 7. Répartition des places installées dans les 20 IME du département de la Haute-Garonne selon le type de public accueilli et le mode d'accueil proposé.....	29
Tableau 8. Répartition des CMPP en Haute-Garonne par bassin de santé	29
Tableau 9. Equipement en psychiatrie infanto-juvénile et en psychiatrie adultes : nombre de lits et places installés et taux d'équipement	34
Tableau 10. Nombre de nouvelles entrées en ALD pour affections psychiatriques chez les jeunes âgés entre 10 et 19 ans.....	36
Tableau 11. Caractéristiques principales des jeunes âgés de 12 ans et plus accueillis en établissements ou services pour enfants handicapés au 31 12 2010 – Jeunes âgés de 12 ans et plus en IME souffrant de troubles psychologiques (hors autisme/TED/psychose infantile) (Unité : en %).....	40
Tableau 12. Déficience principale et déficience associée déclarées	41
Tableau 13. Scolarisation des jeunes	42
Tableau 14. Comportement déclaré de mise en danger des jeunes	42
Tableau 15. Jeunes accueillis dans les ITEP du département de la Haute-Garonne selon les caractéristiques différentes de celles observées pour les jeunes accueillis en Midi-Pyrénées – Enquête réalisée en 2012	44
Tableau 16. Collaborations ¹ avec d'autres partenaires déclarées par les 17 ITEP de la Haute-Garonne	45
Graphique 1. Evolution démographique entre 2006 et 2011 (en %).....	11
Graphique 2. Proportion des enfants âgés de moins de 18 ans vivant dans une famille monoparentale au 1 ^{er} janvier 2011 (en % parmi les enfants du même âge).....	13
Graphique 3. Proportion de jeunes âgés entre 15 et 19 ans et non scolarisés au 1 ^{er} janvier 2011 selon leur niveau de qualification (en %)	14
Graphique 4. Evolution du nombre de jeunes accueillis par l'ASE entre 2009* et 2011* (Unité : base 100 en 2009*)	16
Graphique 5. Répartition des enfants confiés à l'ASE selon leur âge au 31 décembre 2012 (Unité : en %).....	19
Graphique 6. Evolution du nombre de mesures d'actions éducatives (AEMO+AED) prises entre 2009* et 2011* (Unité : base 100 en 2009*)	20

Graphique 7. Répartition des jeunes suivis en UEMO par les services de la PJJ dans le département de la Haute-Garonne en 2013.....	22
Graphique 8. Taux d'équipement dans les établissements de l'ASE au 1 ^{er} janvier 2012 – (Unité : taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans)	25
Graphique 9. Les principales nouvelles affections psychiatriques de longue durée chez les jeunes âgés entre 10 et 19 ans en 2012 (unité en % parmi l'ensemble des nouvelles affections psychiatriques chez les 10-19 ans)	36
Carte 1. La sectorisation de la psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Garonne	31
Carte 2. La prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Garonne en 2012	33

9. ANNEXES

Annexe 1. Relevé de décisions COPIL 1 du 09 septembre 2014	76
Annexe 2. Synthèses des premières concertations des 3 groupes	79
Annexe 3. Synthèse globale des propositions issues des trois groupes de travail présentées aux membres du copil du 12 janvier 2015	100
Annexe 4. Relevé de décisions COPIL 2 du 12 janvier 2015	114



**DEMARCHE TERRITORIALISÉE D'APPUI AUX ACTEURS LOCAUX
POUR L'ACCOMPAGNEMENT COORDONNÉ DES ADOLESCENTS
À DIFFICULTÉS MULTIPLES DANS LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE
RELEVÉ DE DÉCISIONS DU 09 SEPTEMBRE 2014 : COPIL 1**

ETAIENT PRÉSENTS LE 09 SEPTEMBRE : 15 personnes

- Mme FOURROUX Déléguée territoriale adjointe de la Haute-Garonne
- Mme PELANGEON Responsable Cellule Enfance handicapée – DT ARS 31
- Mme Lucille FUMERY Elève Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale – DT ARS 31
- Mme MARTIN Responsable Pôle Programmation Département Médicosocial - ARS Midi-Pyrénées
- Mme BARBERIO Référent Personnes handicapées - Pôle Programmation Département Médicosocial ARS Midi-Pyrénées
- Mme LAFRAM Conseiller Mission Enfance Famille - Conseil général 31
- Mme CLAUSTRE Conseiller Mission DEF - Conseil général 31
- Mr SUC-MELLA Directeur MDPH 31-Directeur pour l'autonomie Conseil général 31
- Mme ROSON Chef de service Enfant - MDPH 31
- Mme DESSAUX Conseillère technique pédagogique territoriale - DTPJJ
- Mr GINOUX Directeur de service PJJ – STEI – PJJ
- Mme DUDE Directrice académique adjointe de la Haute-Garonne – IA-DAASEN 31
- Mr LALANNE Inspecteur de l'Education Nationale – Adaptation scolaire et Scolarisation des enfants Handicapés (IEN ASH)
- Mr CLERGET Directeur général CREA-ORS LR
- Mme RUIZ Conseillère technique CREA-ORS LR

TOUR DE TABLE DE PRESENTATION

INTRODUCTION DE LA DT ARS 31

- Rappel des objectifs et du contexte de cette démarche
- Présentation des éléments à améliorer dans le département dans l'accompagnement et la prise en charge des adolescents à difficultés multiples
 - 1-Progresser sur les articulations entre les différents acteurs concernés
 - 2-Travailler davantage sur les leviers qui peuvent éviter les ruptures
 - 3-Prendre en compte l'amont
 - 4-Inventer des réponses innovantes à partir de l'existant
- Rappel sur la population cible : les adolescents à difficultés multiples qui sont au centre de cette démarche dans le département de la Haute-Garonne sont des adolescents qui ont une notification prononcée par la MDPH (Adolescents ayant une entrée médicosociale) et qui présentent une problématique complexe mettant en difficultés les différents dispositifs impliqués dans l'accompagnement de ces adolescents. Les réponses apportées aujourd'hui par les différents dispositifs (social, médicosocial, sanitaire et judiciaire) auprès de ces adolescents ne sont pas satisfaisantes.

- Tranche d'âge des adolescents à difficultés multiples ciblés dans la démarche territorialisée dans le département de la Haute-Garonne : 12-20 ans
- Périmètre de la démarche : agglomération de Toulouse et Haute-Garonne Nord, c'est-à-dire sur quatre bassins de santé : Cornebarrieu, Saint-Jean-l'Union, Toulouse, Villefranche-de-Lauragais.

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

- Phase pré-diagnostique : les éléments de cette phase ont pour objectifs de servir de point d'appui aux échanges avec les acteurs lors de la première séance de travail en concertations.
- Phase concertations : L'objectif de ces concertations est de proposer des fiches d'actions opérationnelles qui seront ensuite validées par les membres du comité de pilotage.

POINT SUR LES INVITATIONS POUR LE LANCEMENT DU 09 OCTOBRE

- Réflexion et échanges sur les acteurs à inviter au lancement de la démarche
- Acteurs à rajouter dans les invitations pour le lancement : RAP 31, MECS, Foyer de l'enfance, Centre d'éducation fermé (CEF), des représentants de lieux de vie et d'accueil

POINT SUR LES INSCRIPTIONS AUX TROIS GROUPES DE TRAVAIL

- Les inscriptions se font auprès du secrétariat de la DT31
- Vigilance à avoir dans la composition des groupes de travail : homogénéité en termes de représentation de l'ensemble des acteurs institutionnels concernés (associations, gestionnaires d'établissements, institutions publiques, tarificateurs...), représentation du terrain dans la composition des groupes (des cadres et des professionnels de terrain mais les deux de façon systématique ne sont pas nécessaires).
- Il est préférable, dans la mesure du possible, pour faciliter les échanges et le débat que les groupes de travail n'excèdent pas 20 personnes : 1 à deux personnes représentant une même structure par groupe.

MISSION DU COMITE DE PILOTAGE AU SEIN DE CETTE DEMARCHE

- Valider les fiches actions proposées dans les groupes de travail
- Vérifier l'engagement de chaque institution représentée au copil
- Réfléchir sur le cahier des charges pour un appel à projet commun

REFLEXION AUTOUR DES INTITULÉS DES TROIS THÉMATIQUES À TRAVAILLER EN GROUPE :

- Les thématiques validées par les membres du copil sont les suivantes :
 - 1-Comment prévenir, anticiper en amont des situations complexes d'accompagnement d'adolescents à difficultés multiples ? : définir les indicateurs qui peuvent permettre en amont d'éviter d'arriver à des situations complexes et comment s'en saisir ? - Quelles vigilances à tenir ? – Quel repérage ?, Comment préparer l'entrée de ces adolescents dans le dispositif ?
 - 2-Comment structurer les articulations, les collaborations entre les différents institutionnels impliqués dans des situations complexes d'accompagnement d'adolescents à difficultés multiples ?
 - 3-Quelles sont les réponses à apporter pour ajuster l'existant ? Quel dispositif innovant à créer à partir de l'existant pour apporter une réponse commune multi-institutionnelle ?

DATE À RETENIR SUR LE DEROULEMENT DE LA DÉMARCHÉ

- 01/10/2014 Lancement de la démarche à 14h30
- 24/11/2014 Concertation 1 : groupe 1 à 13h30
- 25/11/2014 Concertation 1 : groupe 2 à 9h30 et groupe 3 à 13h30
- 15/12/2014 Concertation 2 : groupe 1 à 13h30
- 16/12/2014 Concertation 2 : groupe 2 à 9h30 et groupe 3 à 13h30



**DEMARCHE TERRITORIALISÉE D'APPUI AUX ACTEURS LOCAUX
POUR L'ACCOMPAGNEMENT COORDONNÉ DES ADOLESCENTS
À DIFFICULTÉS MULTIPLES DANS LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE**

AXE 1 : LES SITUATIONS À RISQUE

Synthèse de la première concertation du 24 novembre 2014 de 13h30 à 16h30

PERSONNES PRÉSENTES : 22 personnes

- 1- Mme BARTANUSZ Aline Responsable d'unité – Pôle Rives Garonne ARSEAA
- 2- Mr BESSET Gilles Directeur – MECS Saint-Joseph
- 3- Mme BURGALIERES Fabienne Médecin – Education nationale
- 4- Mme CLAUSTRE Christine Conseiller Direction Psychologue – CG Direction Enfance et Famille
- 5- Mme CORNEE Marie-Thérèse Directrice – STEMOToulouse PJJ
- 6- Mr DEGLANE Patrick Adjoint de direction – MECS La Grande Allée – Association L'ESSOR
- 7- Mr DUQUESNE Jean-Luc Médecin Directeur – CMPP Capitoul – Association ASEI
- 8- Mme FEYANT-RAYMOND Gèneviève Médecin inspecteur de santé publique - ARS Midi-Pyrénées
- 9- Mr FOUCARD Bruno Directeur adjoint - CREA-ORS Languedoc-Roussillon
- 10- Mme FOURROUX Maryse Déléguée Territoriale Adjointe de la Haute-Garonne – Responsable Pôle médicosocial – ARS Midi-Pyrénées
- 11- Mme FRERE Marie Médecin psychiatre – UCHA – CH Marchant
- 12- Mme GUENEGO Pascale Psychiatre – RAP31
- 13- Mr LADADE Vincent Psychologue Clinicien – MECS Transition – Association Erasme
- 14- Mme MANTOULAN Carine Directrice – SESSAD APII – Association Impacts
- 15- Mme MAS Jocelyne Chef de service – Institut des Jeunes Aveugles
- 16- Mme PAREDES Nathalie Référent d'équipe pluridisciplinaire – MDPH
- 17- Mme PASQUIER Anne Pédopsychiatre APJA – CHU Toulouse Purpan
- 18- Mr RABAULT Jean-François Responsable – Module ISIS (STEI PJJ)
- 19- Mme RUIZ Inca – Conseillère technique – CREA-ORS Languedoc-Roussillon
- 20- Mr SAINT DIZIER Francis Médecin et Anthropologue – RAP31
- 21- Mme SOULA Carine Directrice – ITEP Saint-Exupéry
- 22- Mr VIDAL Christian Médecin Pôle Guidance Infantile ARSEAA

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

La démarche proposée, présentée lors du lancement le 1er octobre dernier auprès de l'ensemble des partenaires, s'inscrit dans une démarche concertée et partagée. Elle doit conforter la mobilisation et le dynamisme des acteurs locaux sur cette problématique. Elle s'inscrit dans un objectif de consolidation d'un ensemble de travaux engagés au préalable par l'ensemble des partenaires sur la problématique des adolescents à difficultés multiples.

Les objectifs de travail attendus sont :

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

Cette démarche s'appuie donc à la fois sur la participation active de l'ensemble des partenaires et sur le comité de pilotage. Ce dernier est constitué outre les services concernés de l'ARS, du Conseil général, de la MDPH, de l'Education Nationale et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Ce comité de pilotage accompagné par le CREAI-ORS LR aura à valider et à prioriser les propositions d'actions des groupes de concertation.

La démarche proposée se découpe en deux phases. La première phase a consisté à mobiliser des données de cadrage à partir de sources existantes. La deuxième s'appuie sur des concertations en groupe de travail. Cette dernière est constituée de deux demi-journées par groupe par axe :

- 1^{ère} demi-journée : établir un diagnostic partagé et échanger sur des premières pistes de travail
- 2^{ème} et dernière demi-journée : tendre vers la finalisation des propositions de travail sous forme de « Fiches-Actions » et vers une priorisation de ces dernières.

Pour chaque groupe de travail, une synthèse intermédiaire élaborée par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon sera adressée à chacun des participants. Une synthèse globale des propositions des trois groupes sera également préparée par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon pour le prochain comité de pilotage prévu le 12 janvier 2015.

Suite aux échanges apportés lors du lancement de la démarche le 1^{er} octobre, les axes de travail ont été remodelés par l'équipe projet de la DT ARS Midi-Pyrénées de la façon suivante :

- Axe 1 « Les Situations à risque » et Axe2 « Les situations en Crise » qui sont deux groupes « *spécialisés* » ayant l'objectif d'approfondir de façon partagée les éléments de diagnostic et de proposer des pistes de travail ;
- Axe 3 « Les outils au service de parcours à difficultés multiples » qui est un groupe transversal ayant une vision globale de l'ensemble de la problématique.

PLAN DE TRAVAIL DE LA 1^{ÈRE} SEANCE DE L'AXE 1

- s'assurer, à partir d'exemples concrets et de la première situation proposée par l'équipe du RAP31 envoyée par voie électronique à l'ensemble des participants de ce groupe, que les facteurs de risques repérés sont les mêmes pour tous ;
- définir ensemble les signaux d'alerte ;
- identifier quels sont les acteurs concernés par le repérage précoce, quelles sont les portes d'entrée dans les dispositifs ;
- réfléchir sur les moyens et les actions préventives à mettre en œuvre ou à renforcer pour anticiper davantage.

Trois personnes se sont portées volontaires pour venir rapporter le 25/11 après-midi au sein du groupe de l'Axe 3 les points saillants de cette première séance de travail de l'Axe 1. Elles ont été nommées « rapporteurs du groupe de l'Axe 1 ».

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC PARTAGÉ

- **Profil le plus fréquent des adolescents à difficultés multiples** : jeunes ayant grandi dans un milieu familial avec des violences familiales ou des secrets familiaux lourds, jeunes placés en famille d'accueil dès leur enfance, jeunes adoptés à l'étranger, jeunes victimes et/ou auteurs d'agressions sexuelles, jeunes ayant des troubles dès leur enfance d'attachement, d'apprentissage, jeunes porteurs d'un handicap complexe (Autisme/TED, déficiences sensoriels avec troubles du comportement, déficiences motrices...).
- **Repérage précoce** : lors des analyses de situations de crise d'adolescents à difficultés multiples, on constate qu'un repérage précoce avait été presque toujours effectué pendant la petite enfance entre 0 et 6 ans. Différents acteurs concernés dans ce repérage précoce ont été cités en séance : l'ensemble des maternités dotées d'équipe pédopsychiatrique (repérage du lien précoce mère-enfant ou père-enfant), les services de PMI du Conseil général (suivis et consultations des 0-6 ans, bilans de santé en crèche et maternelle), le CAMSP, les services santé scolaire de l'éducation nationale (bilans de santé maternelle et en élémentaire), les médecins généralistes et les pédiatres.
Les points à améliorer cités en séance tournent autour d'un outil commun recueillant des informations nécessaires à partager sur des critères d'environnement, affectifs et cognitifs de l'enfant dès son entrée dans un dispositif en prenant garde de ne pas tomber dans de la stigmatisation systématique, d'un projet commun de l'enfant, d'une évaluation commune...
- **Période de latence** : il a été évoqué collectivement qu'une période de latence existe entre la période de la petite enfance et celle de l'adolescence. Pendant cette période, le jeune semble contenu dans le dispositif qui l'accueille et fait ainsi moins de « bruit », et mettant moins en difficultés les dispositifs. Cette absence de bruit ne signifie pas qu'il n'y plus de problème.

- **Portes d'entrée dans les dispositifs cités en séance :** CMP, CMPP, hôpitaux de jour, CAMSP, demande de la famille auprès de la MDPH d'une notification, ASE.
Il a été évoqué par le groupe que les délais d'attente pour une consultation en soins psychiatriques (CMP, CMPP, hôpitaux de jour) pour un adolescent sont longs (6 mois minimum). En revanche, ils sont moins longs pour les enfants. Une méconnaissance mutuelle des champs d'intervention de chaque dispositif a été avancée par le groupe rendant l'articulation entre le sanitaire et le médicosocial peu souple ainsi que dans le secteur social. Difficultés du social à orienter vers la psychiatrie (aucun médecin en MECS). Il est important de distinguer en termes de délai de réponse les dispositifs CMP aux hôpitaux de jour, CATTP. Les premiers ont des délais plus courts que les autres (délais en moyenne entre 6 et 12 mois). A ces délais, se rajoute celui de la notification prononcée par la CDAPH (4 à 5 mois en moyenne).
L'équipe mobile de psychiatrie mise en place dans le Sud de la Haute-Garonne (UMES) a été citée comme un dispositif pertinent dans l'accompagnement de ces adolescents. Il a été noté que les médecins de premiers recours sont généralement peu formés à l'adolescence.
Quid : Complexité en termes d'âge ? Quel âge adolescents/adultes ?
- **Signaux d'alerte cités en séance :** troubles du développement de l'enfant, troubles de l'attachement, troubles d'apprentissage, difficultés liées à la parentalité, histoire familiale lourde impactant, victimes et/ou auteurs d'agressions sexuelles, fratrie d'un adolescent à difficultés multiples.
- **Constat sur les points de vue non représentés à cette concertation :** les enseignants référents de l'éducation nationale, les médecins généralistes et les médecins PMI

→ Les points essentiels des échanges et discussions des participants du groupe de l'Axe 3 à partir de la synthèse présentée des travaux du groupe de l'Axe 1

Globalement le groupe de l'Axe 3 a confirmé les éléments travaillés par le groupe de l'Axe 1 :

- Il a été évoqué en séance que les adolescents « *passent leur temps à être évalués* ». Par conséquent, il y va d'un intérêt commun de mettre en commun des outils et des pratiques professionnels, d'organiser davantage des rencontres professionnelles inter-dispositifs, des regards croisés (stages croisés ?) ;
- Les adolescents à difficultés multiples semblent avoir été contenus dans le dispositif où ils étaient pris en charge lorsqu'ils étaient âgés entre 6 et 10 ans. Cette période de latence devrait davantage mieux être suivie. Il semble nécessaire de continuer à suivre pendant cette période le développement cognitif, les apprentissages, ...
- une précision sur les consultations en CMP, CMPP a été apportée en séance : des prises en charge spécifiques sont proposées au sein de ces structures mais peut-être peu connues des autres dispositifs. En revanche, les délais d'attente pour une consultation dédiée aux « *grands adolescents* » ont été jugés « *trop longs* ». Les CMP travaillent essentiellement avec l'enfant et très peu avec les familles et avec les professionnels de l'ASE. Un besoin réciproque de mieux travailler ensemble et de

mieux se connaître a été évoqué en séance.

- Sur la prévention dans le domaine du soutien à la fonction parentale, il a été précisé que dans le département de la Haute-Garonne des acteurs existent dans ce domaine et proposent des actions. Ces derniers sont peu connus des autres professionnels ;
- Il a été confirmé en séance que l'entrée tardive dans les ITEP de plus en plus observée notamment chez ces adolescents à difficultés multiples engendrée des difficultés plus importantes dans leur parcours. Il a été suggéré d'améliorer l'adhésion des familles de ces adolescents.
- Dans le cadre des notifications prononcées par la CDAPH 31, une réflexion est en cours au niveau de la Haute-Garonne ainsi qu'au national pour mettre en place des notifications davantage souples et axées sur la notion de parcours.
- Une cartographie CMP et CMPP a été effectuée il y a quelques années. Peut-être le faire pour tous ceux qui sont concernés dans l'accompagnement des ados ?
- Les professionnels du secteur primaire (professionnels des CCAS, Centres de loisirs, MJC, les associations de quartier...) et de premiers recours (médecins généralistes, orthophonistes, autres professionnels paramédicaux) ont été également cités comme des professionnels à intégrer davantage en amont en prévention, dans la construction du projet de l'enfant. Mobiliser peut-être les commissions éducatives des communes, les communes elles-mêmes....

ÉLÉMENTS DE PISTES EVOQUES EN SEANCE

Piste 1 : Aider les familles dans leur rôle de parents – Renforcer le soutien à la parentalité

Constat : chez les adolescents à difficultés multiples, il a été convenu en séance qu'avoir l'adhésion de la famille était compliquée. Dès que des mesures éducatives, des orientations vers le médicosocial ou vers le champ de la psychiatrie sont proposées aux familles, celles-ci ont peur et souhaitent parfois échapper aux dispositifs mis en place : « *les familles ont immédiatement peur de rentrer dans des accompagnements très lourds (signalement, placement, ITEP, IME...)* ».

Solutions suggérées par le groupe : mobiliser des actions relais de prévention à la parentalité et de soutien à la parentalité pour proposer des solutions souples et adaptées – Améliorer l'adhésion des parents dans le parcours de leur enfant – Modifier les modes de communication des dispositifs à destination des familles.

Piste 2 : Réfléchir à un outil commun partagé, un projet commun partagé

Constat : chaque dispositif dispose de leurs propres outils d'évaluation, de projet de l'enfant (projet de soin, projet personnalisé, projet éducatif, ...). La perte de l'information est un des freins au suivi de l'enfant et à la coordination de son parcours.

Solutions suggérées par le groupe : réfléchir sur la mise en place d'un outil commun qui pourrait circuler d'un dispositif à un autre. Définir conjointement la notion de risque.

Piste 3 : Investir davantage la période de latence entre 6-10 ans

Constat : l'ensemble des participants de ce groupe a convenu que pour ces adolescents à difficultés multiples, le repérage précoce a été globalement bien fait autour de leur petite enfance. Puis, entre 6 et 11 ans, l'attention portée sur ces adolescents semble moins soutenue pour revenir à nouveau de façon plus importante à l'adolescence où les crises sont fréquentes et font du « *bruit* ». Une des conséquences directes est une entrée tardive dans les dispositifs médicosociaux ITEP et IME.

Solutions suggérées par le groupe : assurer un suivi coordonné de ces adolescents pendant la période de latence (6-11 ans) après un repérage précoce effectué autour de la petite enfance. Préparer les familles et les accompagner progressivement vers des prises en charge proposées dans le secteur de la psychiatrie ou médicosocial.

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

- Le CREAI-ORS LR s'est engagé à envoyer à l'ensemble du groupe une synthèse des principaux points ayant émergé lors de la première concertation.
- L'objectif de la deuxième séance sera de transformer et compléter les pistes évoquées en première séance en fiches actions opérationnelles d'aide à la décision pour le comité de pilotage.

PROCHAINE CONCERTATION : LUNDI 15 DECEMBRE A 13H30

SALLE OCCITANIE ARS MIDI-PYRENEES

**DEMARCHE TERRITORIALISÉE D'APPUI AUX ACTEURS LOCAUX
POUR L'ACCOMPAGNEMENT COORDONNÉ DES ADOLESCENTS
À DIFFICULTÉS MULTIPLES DANS LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE**

AXE 2 : LES SITUATIONS DE CRISE

Synthèse de la première concertation du 25 novembre 2014 de 9h30 à 12h30

PERSONNES PRÉSENTES : 28 personnes

- 1- Mme BENADIBA Eve Pédiopsychiatre UCHA- CH Marchant
- 2- Mme BIRDIER-MARQUIE Virginie Psychologue MECS Ramel
- 3- Mr BONHOMME Jean-Pierre Psychologue MECS Itf l'Essor
- 4- Mme BRUNEL Maguelonne Médecin psychiatre ITEP/CMPP Collectif Saint-Simon
- 5- Mme CHERUBIN Carole Responsable d'unité éducative UEHDR Mercadier – PJJ EPE Toulouse
- 6- Mme CROS Sylvie Directrice IME Saint-Jean Plaisance du Touch – ANRAS
- 7- Mme DELON Fanny Médecin Conseiller Technique 31 par intérim – Service médical Elèves – DSDEN 1 – Education nationale
- 8- Mme DAUGER Marie-Cécile Directrice – IEM Centre Pierre Froment
- 9- Mme ETCHART Patricia Directrice Adjointe – Pôle Enfances Plurielles – ARSEAA
- 10- Mme FEYANT-RAYMOND Gèneviève Médecin inspecteur de santé publique - ARS Midi-Pyrénées
- 11- Mr FOUCARD Bruno Directeur adjoint - CREAI-ORS Languedoc-Roussillon
- 12- Mr FOURNIER Philippe Directeur ITEP Saint-Ignan L'Essor
- 13- Mme FOURROUX Maryse Déléguée Territoriale Adjointe de la Haute-Garonne – Responsable Pôle médicosocial – ARS Midi-Pyrénées
- 14- Mme FRAYSSE Geneviève Conseiller Mission Enfance Famille – Direction Enfance Famille - Conseil général Haute-Garonne
- 15- Mme GIRARD Chantal Directeur par intérim CDEF – Direction Enfance Famille - Conseil général Haute-Garonne
- 16- Mme GORON Magali Chef de service – MECS Transition
- 17- Mr HAZANE Franck Psychiatre PJJ
- 18- Mr MANGADO Nicolas Educateur Spécialisé Coordinateur – Sauvegarde 31
- 19- Mr MARTIN Pierre Cadre socio-éducatif IME Débat Ponsan
- 20- Mme MAS Jocelyne Chef de service – Institut des Jeunes Aveugles
- 21- Mr MASSALAZ Laurent Directeur ITEP Le Comminges
- 22- Mme MESQUIDA Laure Médecin psychiatre – CHU de Toulouse – Secteur 2 Guidance Infantile
- 23- Mme RUIZ Inca – Conseillère technique – CREAI-ORS Languedoc-Roussillon
- 24- Mr SAINT DIZIER Francis Médecin et Anthropologue – RAP31
- 25- Mr VALENTIN Philippe Directeur ITEP Château Sage
- 26- Mr VIELMAS Eric Educateur – Module ISIS – STEI PJJ
- 27- Mr VIGNES Michel Pédiopsychiatre CHU Toulouse Purpan – Coordinateur Rap31
- 28- Mme YONNET Bernadette Assistante sociale – MDPH

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

La démarche proposée, présentée lors du lancement le 1er octobre dernier auprès de l'ensemble des partenaires, s'inscrit dans une démarche concertée et partagée. Elle doit conforter la mobilisation et le dynamisme des acteurs locaux sur cette problématique. Elle s'inscrit dans un objectif de consolidation d'un ensemble de travaux engagés au préalable par l'ensemble des partenaires sur la problématique des adolescents à difficultés multiples.

Les objectifs de travail attendus sont :

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

Cette démarche s'appuie donc à la fois sur la participation active de l'ensemble des partenaires et sur le comité de pilotage. Ce dernier est constitué outre les services concernés de l'ARS, du Conseil général, de la MDPH, de l'Education Nationale et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Ce comité de pilotage accompagné par le CREAI-ORS LR aura à valider et à prioriser les propositions d'actions des groupes de concertation.

La démarche proposée se découpe en deux phases. La première phase a consisté à mobiliser des données de cadrage à partir de sources existantes. La deuxième s'appuie sur des concertations en groupe de travail. Cette dernière est constituée de deux demi-journées par groupe par axe :

- 1^{ère} demi-journée : établir un diagnostic partagé et échanger sur des premières pistes de travail
- 2^{ème} et dernière demi-journée : tendre vers la finalisation des propositions de travail sous forme de « Fiches-Actions » et vers une priorisation de ces dernières.

Pour chaque groupe de travail, une synthèse intermédiaire élaborée par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon sera adressée à chacun des participants. Une synthèse globale des propositions des trois groupes sera également préparée par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon pour le prochain comité de pilotage prévu le 12 janvier 2015.

Suite aux échanges apportés lors du lancement de la démarche le 1^{er} octobre, les axes de travail ont été remodelés par l'équipe projet de la DT ARS Midi-Pyrénées de la façon suivante :

- Axe 1 « Les Situations à risque » et Axe2 « Les situations en Crise » qui sont deux groupes « *spécialisés* » ayant l'objectif d'approfondir de façon partagée les éléments de diagnostic et de proposer des pistes de travail ;
- Axe 3 « Les outils au service de parcours à difficultés multiples » qui est un groupe transversal ayant une vision globale de l'ensemble de la problématique.

PLAN DE TRAVAIL DE LA 1^{ERE} SEANCE DE L'AXE 2

- s'assurer, à partir d'exemples concrets et de la situation proposée par l'équipe « Situation Elsa » du RAP31 envoyée par voie électronique à l'ensemble des participants de ce groupe, que la définition d'une crise est la même pour tous ;
- caractériser ensemble les situations qui mettent le plus en difficultés ;
- identifier quels sont les acteurs impliqués dans les situations de crise, quels sont les points de rupture déclenchant une situation de crise ? ;
- repérer ensemble les différents types de conséquences de ces situations de crise ;
- identifier les solutions actuellement mise en place pour traiter ces situations de crise.

Une personne s'est portée volontaire pour venir rapporter le 25/11 après-midi au sein du groupe de l'Axe 3, les points saillants de cette première séance de travail de l'Axe 2. Elle a été nommée « rapporteur du groupe de l'Axe 2 ».

ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC PARTAGÉ À RETENIR

- **Définition commune et partagée d'une crise** : La crise a été définie par un consensus partagé de la façon suivante : « *processus bref, intense et résolutif* ». La crise est associée très souvent à un phénomène de violence de l'adolescent sur lui-même, vers les autres pairs, son entourage ou vers les professionnels, qui l'entourent. Cette crise est souvent liée à une rupture du lien établi entre le dispositif qui l'accueille et l'adolescent. Cette rupture du lien pose une réelle difficulté aux équipes. Il a été précisé en séance que les adolescents à difficultés multiples n'ont pas eu forcément une crise qui a généré plusieurs crises après. Il peut y avoir une seule crise, très intense et très forte.

- **Acteurs impliqués et implicables dans la réponse aux situations de crise** : ont été cités notamment en séance les services de pédopsychiatrie et psychiatrie adulte des établissements de santé, l'équipe mobile UMES dans le secteur II, le réseau RAP31, les dispositifs ITEP, CDEF, MECS, PJJ et les médecins généralistes.

- Gestions de crise dans les différents dispositifs :

Le groupe constate une tendance face à la crise conduisant aux équipes à déclarer « *ce jeune n'est pas pour nous* ».

Dans le secteur du médicosocial et social, certains établissements (IEM, IES, IME, CDEF) sont en difficultés lorsque le passage à l'acte n'est pas leur cœur de métier et sont dans l'obligation d'utiliser des techniques de contention physique. Le recours dans l'urgence à un tiers extérieur est souvent nécessaire pour apaiser (les services d'urgence, les hospitalisations...). Ensuite, comment gérer la post-crise ? Les équipes sont en réelles difficultés et sont souvent dans une posture de culpabilité allant parfois à des fractures institutionnelles. Elles ont besoin d'en parler après, avec l'adolescent et entre

professionnels. Lorsque les dispositifs internes de régulation sont débordés, le réseau RAP31 peut-être sollicité dans ce cadre-là pour apporter un soutien aux équipes. L'enjeu est d'arriver à affronter la crise « à plusieurs » sans se désorganiser.

- **Difficultés repérées dans la réponse aux situations de crise :**

Deux difficultés majeures citées sont d'une part de maintenir un attachement avec l'adolescent, un lien à un des dispositifs mis en place quand l'adolescent refuse tout et d'autre part de gérer la temporalité des solutions mises en place, souvent ce sont des solutions proposées dans l'urgence et par défaut. En effet, une vigilance a été notée celle de ne pas lier « crise » et « exclusion du dispositif ».

Il a été évoqué à plusieurs reprises que :

- l'absence d'un langage commun, des cultures professionnelles et des institutions différentes peuvent générer des dysfonctionnements, des « *malentendus* », des ruptures entre les différents dispositifs qui gèrent les situations de crise. Le travail engagé par l'équipe mobile UMES dans le Sud de la Haute-Garonne a été cité comme dispositif pertinent ayant une bonne connaissance des compétences et des champs d'intervention de l'ensemble des dispositifs ;
- il a été noté que le sanitaire ne pouvait pas être la seule solution et être une solution durable ;
- l'absence d'un coordonnateur de l'adolescent, d'un « *pilote* » constitue un frein majeur dans la réponse qui peut être apportée. L'enjeu est d'apporter une réponse multi-partenariale aux situations de crise et de s'engager à la maintenir.

Il a été précisé en séance que la MDPH intervient très peu dans les situations de crise. Les temps de réponses de la MDPH à une situation de crise sont plutôt amenés après la crise.

- **Dispositifs ou modalités de travail estimés pertinents dans la gestion de crise à ce jour :** l'équipe mobile UMES, le réseau RAP31, le module ISIS de la PJJ, les ITEP, le CDEF, les unités d'adolescents dans le secteur sanitaire, les maisons médicales hors agglomération Toulousaine....

Le travail réalisé avec le réseau RAP31 suffit pour environ 6 ou 7 crises sur 10. La question majeure à traiter est la gestion des 3 ou 4 autres restantes.

- **Constat sur les points de vue non représentés à cette concertation :** les enseignants référents de l'éducation nationale, les médecins généralistes et la psychiatrie adulte.

→ Les points essentiels des échanges et discussions des participants du groupe de l'Axe 3 qui ont suivies la synthèse faite par le rapporteur du groupe de l'Axe 2 :

- Il a été convenu en séance qu'un repérage des actions existantes autour du soutien à la fonction parentale dans le département de la Haute-Garonne semble nécessaire d'être engagé, mais tout particulièrement repérer les actions à destination des jeunes adultes parents (grossesses précoces).
- Du côté PJJ, une unité ISIS a été mise en place permettant à des jeunes de travailler en

transversalité leur retour vers le droit commun (insertion sociale, éducative, professionnelle...). Un projet commun avec d'autres partenaires (CG, MDPH, ARS, Education Nationale, RAP31 et mairie de Toulouse) est co-construit.

- Il existe peu d'informations sur le devenir de ces adolescents à difficultés multiples. Le RAP31 fait le suivi des situations complexes pour lesquelles le réseau a été sollicité. Et les autres ? Que sont-ils devenus ?
- Les partenariats ont été confirmés par le groupe 3 d'être davantage formalisés. Il a été évoqué la nécessité d'arriver à croiser les différents référentiels et pratiques de chacun pour co-construire un projet commun, de travailler ensemble les représentations de chacun de chaque dispositif (stages croisés de la formation APN réalisée par l'ANCREAI sur la Haute-Garonne). Travailler ensemble de façon formalisée l'anticipation aux ruptures qui sont notamment liées au passage vers l'âge adulte. Les conventions ont été citées comme pouvant être de bons outils pour anticiper un peu les ruptures, pour pouvoir assurer la continuité des prises en charge, pour pouvoir mettre en place des passerelles entre différents dispositifs (ITEP a été cité comme exemple).
- La notion de pilote du projet de l'enfant a été également reprise par le groupe 3. Qui tient le fil ? Qui assure la continuité ?

ÉLÉMENTS DE PISTES EVOQUES EN SEANCE

Piste 1 : Soutenir les équipes, les professionnels après une gestion de crise

Constat : il est toujours difficile pour les équipes d'utiliser des techniques de contention physique dans les dispositifs qui sont peu formés à ce type d'apaisement face à une crise. Il semble nécessaire d'organiser la post-crise au sein des équipes, de pouvoir en reparler avec l'adolescent et en interne également entre professionnels avec l'aide d'un tiers extérieur.

Solutions suggérées par le groupe : organiser la post-crise dans le cadre d'un soutien aux équipes.

Piste 2 : Mieux préparer le passage vers l'âge adulte

Constat : pour les plus âgés Les équipes n'ont pas assez de visibilité sur le projet de l'adolescent vers le passage à l'adulte et sur les passerelles nécessaires à mettre en œuvre.

Solutions suggérées par le groupe : réfléchir et retravailler avec les équipes la préparation de l'accompagnement de l'adolescent vers le passage à l'adulte.

Piste 3 : Organiser des liens entre « établissements de santé » et « dispositifs du médicosocial et social » - Agir sur les délais de prise en charge de la crise

Constat : au moment d'une situation de crise, les dispositifs médicosociaux et sociaux ont recours aux services d'urgence et aux hospitalisations. Parfois, la méconnaissance des missions et des contraintes de chaque dispositif entraîne une rupture dans la continuité de l'accompagnement après la crise. Il a été évoqué la faible attirance des médecins psychiatres à

travailler dans les établissements médicosociaux : ces médecins jouent pourtant un rôle important de pivot entre le sanitaire et le médicosocial. Il a été également rappelé de tenir compte des inégalités territoriales en termes de réponses d'hospitalisation. La crise ne se gère pas de la même façon quand il est nécessaire de parcourir plus de 80 km pour une hospitalisation.

Solutions suggérées par le groupe : mieux connaître de façon réciproque les missions, les contraintes des différents partenaires et les champs d'intervention de chacun. Etendre le principe de l'équipe mobile UMES à d'autres territoires pour lesquels un besoin a été repéré au préalable. Réfléchir à des partenariats formalisés entre établissements de santé et établissements médicosociaux et sociaux pour mieux préparer les situations de crise. Etudier peut-être la possibilité de mutualiser des temps médicaux psychiatres au sein de certains établissements médicosociaux. Améliorer en amont le retour d'un adolescent d'une hospitalisation.

Piste 4 : Renforcer les compétences des professionnels de terrain du secteur judiciaire non spécialisés dans la santé et réciproquement

Constat : la méconnaissance des prises en charge dans le domaine de la santé dans le secteur de la protection judiciaire de la jeunesse entraîne des difficultés de compréhension et communication entre les différents acteurs. Et réciproquement, les questions sur la loi sont peu travaillées dans les dispositifs du médicosocial et social.

Solutions suggérées par le groupe : envisager des formations communes auprès des équipes issues de différents dispositifs. Réfléchir à la mise en place de stages croisés au sein de chaque dispositif.

Piste 5 : Soutenir les familles, les accompagner

Constat : la gestion de crise peut être difficile par une opposition formelle de la famille d'accepter la solution proposée (hospitalisation, ITEP, IME par exemple). Il a été précisé que le soutien familial doit être réfléchi en amont de la crise.

Solutions suggérées par le groupe : réfléchir aux moyens à mobiliser pour pouvoir accompagner les parents à mieux accepter le handicap de leur enfant. Mettre en place un soutien familial en amont des situations de crise.

Piste 6 : Permettre des notifications plus souples afin de favoriser les alliances thérapeutiques

Constat : à définir

Solutions suggérées par le groupe : à définir

↳ **Piste 7 : Réfléchir à la mise en place d'un « pilote du projet de l'enfant »**

Constat : à plusieurs reprises en séance, il a été évoqué que l'absence d'un coordonnateur, d'un « pilote du projet de l'enfant » rendait difficile la continuité de l'accompagnement d'un adolescent à difficultés multiples. En effet, pour ces adolescents qui font l'objet de prise en charge successives à travers plusieurs dispositifs sanitaire, social, judiciaire ou médicosocial, il semble nécessaire de définir qui peut avoir la responsabilité globale de la coordination du parcours et d'en assurer la continuité et la fluidité, de maintenir l'ensemble des engagements pris par les différents dispositifs.

Solutions suggérées par le groupe : engager une réflexion (une recherche-action ?) sur qui peut être le « *pilote du projet de l'enfant* » ? Qui peut coordonner l'ensemble de son parcours ?

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

- Le CREAI-ORS LR s'est engagé à envoyer à l'ensemble du groupe une synthèse des principaux points ayant émergé lors de la première concertation.
- L'objectif de la deuxième séance sera de transformer et compléter les pistes évoquées en première séance en fiches actions opérationnelles d'aide à la décision pour le comité de pilotage.

**PROCHAINE CONCERTATION : MARDI 16 DECEMBRE A 9H30,
SALLE OLYMPE DE GOUGES (2^{EME} ETAGE) - ARS MIDI-PYRENEES**

**DEMARCHE TERRITORIALISÉE D'APPUI AUX ACTEURS LOCAUX
POUR L'ACCOMPAGNEMENT COORDONNÉ DES ADOLESCENTS
À DIFFICULTÉS MULTIPLES DANS LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE
AXE 3 : LES OUTILS AU SERVICE DES PARCOURS A DIFFICULTES MULTIPLES**

Synthèse de la première concertation du 25 novembre 2014 de 13h30 à 16h30

PERSONNES PRÉSENTES : 32 personnes

- 1- Mme BERNHEIM- LE CŒUR Barbara Praticien hospitalier – APJA hôpital de jour pour adolescents intersecteur 1
- 2- Mme BORDIER – MARQUIE Virginie Psychologue – MECS Ramel
- 3- Mme CALVET-LEFEUVRE Jocelyne Psychiatre CH Marchant
- 4- Mr CAUSSE Alexis – Directeur – IME L'Escolo et Lamarck – Reso
- 5- Mme CLAUSTRE Christine Conseiller Psychologue – Direction Enfance et Famille Conseil général Haute-Garonne (Rapporteur du groupe de l'Axe 1)
- 6- Mr CLEMENDOT Pascal Directeur – MECS ITEF L'Essor
- 7- Mr COUCOURUS Jean-Pierre Adjoint de direction – ITEP Le Comminges
- 8- Mr DE FARIA David Directeur Pôle Collectif Saint-Simon – ARSEAA
- 9- Mme FEYANT-RAYMOND Gèneviève Médecin inspecteur de santé publique - ARS Midi-Pyrénées
- 10- Mr FOUCARD Bruno Directeur adjoint - CREAI-ORS Languedoc-Roussillon
- 11- Mme FOURROUX Maryse Déléguée Territoriale Adjointe de la Haute-Garonne – Responsable Pôle médicosocial – ARS Midi-Pyrénées
- 12- Mme FUMERY Lucille Elève Inspectrice Affaires Sanitaires et Sociales DT ARS Haute-Garonne - ARS Midi-Pyrénées
- 13- Mr GALLOT Jean-Louis Directeur – ITEP Saint-François – ANRAS
- 14- Mr GICQUEL Ivan Médecin Pôle Guidance Infantile – ARSEAA
- 15- Mr GINESTE Patrick Adjoint de direction – ITEP La Grande Allée L'Essor
- 16- Mr GINOUX Nicolas STEI PJJ
- 17- Mme GUENEGO Pascale Psychiatre RAP31 (Rapporteur du groupe de l'Axe 1)
- 18- Mr LABROUE Bernard Directeur – MECS Transition – Association ERASME
- 19- Mme LAFRAM Fouzia CMEF - Conseil général Haute-Garonne
- 20- Mme LALOYE SUZANNE Directrice – ITEP Le Home et Louis Bives – APEAJ
- 21- Mr MONTAURIOL Jacques – Directeur – Institut des Jeunes Aveugles
- 22- Mme NEULAT Valérie Educatrice PJJ
- 23- Mme PELANGEON Frédérique DT ARS Haute-Garonne
- 24- Mr PREEL William Directeur – CSES Jerome Lagoule – ASEI
- 25- Mr REAU Benoît – Directeur – Thérapeute Familial – Sauvegarde 31
- 26- Mme ROSON Nathalie Chef de service Pôle Enfant – MDPH 31
- 27- Mme ROUTABOUL – COHEN Karine Chef de service – Association INPACTS
- 28- Mme RUIZ Inca – Conseillère technique – CREAI-ORS Languedoc-Roussillon
- 29- Mr SAINT DIZIER Francis Médecin et Anthropologue – RAP31 (Rapporteur du groupe de l'Axe 1)
- 30- Mme SANTENE-CHEVALLIER Anne Directrice – Pôle Enfances Plurielles – ARSEAA
- 31- Mr VIGNES Michel Pédiopsychiatre CHU Toulouse Purpan – Coordinateur Rap31 (Rapporteur du groupe de l'Axe 2)
- 32- Mr WALLEZ Laurent – Directeur – CIVAL LESTRADE - ASEI

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

La démarche proposée, présentée lors du lancement le 1er octobre dernier auprès de l'ensemble des partenaires, s'inscrit dans une démarche concertée et partagée. Elle doit conforter la mobilisation et le dynamisme des acteurs locaux sur cette problématique. Elle s'inscrit dans un objectif de consolidation d'un ensemble de travaux engagés au préalable par l'ensemble des partenaires sur la problématique des adolescents à difficultés multiples.

Les objectifs de travail attendus sont :

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

Cette démarche s'appuie donc à la fois sur la participation active de l'ensemble des partenaires et sur le comité de pilotage. Ce dernier est constitué outre les services concernés de l'ARS, du Conseil général, de la MDPH, de l'Education Nationale et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Ce comité de pilotage accompagné par le CREAI-ORS LR aura à valider et à prioriser les propositions d'actions des groupes de concertation.

La démarche proposée se découpe en deux phases. La première phase a consisté à mobiliser des données de cadrage à partir de sources existantes. La deuxième s'appuie sur des concertations en groupe de travail. Cette dernière est constituée de deux demi-journées par groupe par axe :

- 1^{ère} demi-journée : établir un diagnostic partagé et échanger sur des premières pistes de travail
- 2^{ème} et dernière demi-journée : tendre vers la finalisation des propositions de travail sous forme de « Fiches-Actions » et vers une priorisation de ces dernières.

Pour chaque groupe de travail, une synthèse intermédiaire élaborée par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon sera adressée à chacun des participants. Une synthèse globale des propositions des trois groupes sera également préparée par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon pour le prochain comité de pilotage prévu le 12 janvier 2015.

Suite aux échanges apportés lors du lancement de la démarche le 1^{er} octobre, les axes de travail ont été remodelés par l'équipe projet de la DT ARS Midi-Pyrénées de la façon suivante :

- Axe 1 « Les Situations à risque » et Axe2 « Les situations en Crise » qui sont deux groupes « *spécialisés* » ayant l'objectif d'approfondir de façon partagée les éléments de diagnostic et de proposer des pistes de travail ;
- Axe 3 « Les outils au service de parcours à difficultés multiples » qui est un groupe transversal ayant une vision globale de l'ensemble de la problématique.

PLAN DE TRAVAIL DE LA 1^{ERE} SEANCE DE L'AXE 3

- prendre connaissance des points saillants échangés en séance des deux premiers groupes AXE1 et AXE2 : synthèses livrées au groupe 3 par les rapporteurs ;
- échanger sur ces éléments pour confirmer, ajuster ou compléter si nécessaire ;
- réfléchir de façon transversale sur les dispositifs existants à renforcer à consolider et à ajuster ;
- réfléchir sur des nouvelles modalités innovantes à initier si besoin.

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE AMENÉS AU GROUPE 3 PAR LES RAPPORTEURS DU GROUPE 1

- 1- **Définition de critère de risque** : même si tous les participants du groupe 1 savent que tous les adolescents à difficultés multiples ont connu des traumatismes familiaux difficiles dans leur enfance, le groupe 1 est arrivé en fin de séance sur un constat commun et partagé sur le besoin de définir ensemble : qu'est-ce que c'est le risque ? Quelle notion de risque ? et pour qui ? –
- 2- **Repérage précoce** : L'ensemble du groupe 1 a convenu que le repérage précoce est bien fait durant la petite enfance par la PMI (crèche, école maternelle, consultations...), le CAMSP, les services santé scolaires en élémentaire, les CMP, CMPP, les médecins généralistes et les pédiatres. Se pose la difficulté de la mise en œuvre et de l'accompagnement après le repérage précoce. Il a été avancé en séance le constat qu'entre le repérage et les solutions extrêmes comme le signalement par exemple, il existe peu de solutions intermédiaires. Il a été également constaté en séance que la période de latence entre la petite enfance et l'adolescence est peu investie pour faire du suivi et de la prévention en lien avec le public concerné ici. Il a été précisé que les dispositifs CMP et CMPP investissent cette période de latence mais parfois c'est plus compliqué quand les familles échappent à la prise en charge aux soins.
- 3- **Soutien à la famille** : Le soutien à la parentalité a été également avancé par le groupe 1 comme un levier qui devrait être davantage renforcé, mieux pris en compte pour ces adolescents à difficultés multiples qui ont des structures familiales très fragiles dès leur plus jeune âge.
- 4- **Accompagnement spécifique** : Parmi les facteurs de risque à repérer et à prendre davantage en considération, le groupe a évoqué qu'il fallait renforcer la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles ou auteurs de tels actes. Il a été évoqué qu'aucun dispositif spécialisé dans ce type d'accompagnement n'existait dans le département de la Haute-Garonne.
- 5- **Entrée dans le dispositif ITEP** : les entrées en ITEP sont effectuées de façon trop tardive à l'entrée du collège ou après pour les situations complexes qui auront méritées d'être prises en charge plus tôt. Il a été évoqué en séance de réfléchir sur la mise en place de souplesse dans le dispositif ITEP et dans les notifications prononcées par la CDAPH.
- 6- **Prise en compte du somatique** : au fur et à mesure du parcours d'un adolescent à difficultés multiples, il a été constaté en séance que le somatique est peu pris en compte. Les médecins généralistes pourraient peut-être jouer un rôle pivot dans ce suivi du somatique.

7-*Délais d'attente en CMP, CMPP* : le groupe a convenu en séance qu'il semblait nécessaire d'organiser des rencontres en amont avec des professionnels du CMP, CMPP en attendant une consultation sur le plan psychiatrique en CMP, CMPP qui aujourd'hui a des délais d'attente très long pour les adolescents.

8-*Equipes mobiles à développer* : A plusieurs reprises en séance, l'équipe mobile UMES a été citée comme outil pertinent et efficace sur le territoire Sud Haute-Garonne.

Les personnes « rapporteurs » du groupe 1 ont terminées leur synthèse par des premiers éléments de réflexion apportés par celui-ci en séance :

- Comment faire pour mettre en place des alternatives pour éviter des retours en famille, placement par défaut comme seule solution ?
- Travailler sur des outils communs d'accompagnement et de repérage à mettre en place pendant la petite enfance sans rentrer dans de la stigmatisation ?
- Réfléchir sur la mise en place d'une personne référente ? qui pourrait assurer la circulation de l'information et le suivi de l'enfant ? Se posent les questions sur les écrits communs, un projet commun de l'enfant, un document commun ? (un exemple a été donné du programme commun à plusieurs volets mis en place en Angleterre) ;
- Comment aider les parents à maintenir leur place dans leur fonction parentale ?
- Comment mieux investir la période de latence entre 6 et 10 ans ?

→ Les points essentiels des échanges et discussions des participants du groupe de l'Axe 3

Globalement le groupe de l'Axe 3 a confirmé les éléments travaillés par le groupe de l'Axe 1 :

- Il a été évoqué en séance que les adolescents « *passent leur temps à être évalués* ». Par conséquent, il y va d'un intérêt commun de mettre en commun des outils et des pratiques professionnels, d'organiser davantage des rencontres professionnelles inter-dispositifs, des regards croisés (stages croisés ?) ;
- Les adolescents à difficultés multiples semblent avoir été contenus dans le dispositif où ils étaient pris en charge lorsqu'ils étaient âgés entre 6 et 10 ans. Cette période de latence devrait davantage mieux être suivie. Il semble nécessaire de continuer à suivre pendant cette période le développement cognitif, les apprentissages, ...
- une précision sur les consultations en CMP, CMPP a été apportée en séance : des prises en charge spécifiques sont proposées au sein de ces structures mais peut-être peu connues des autres dispositifs. En revanche, les délais d'attente pour une consultation dédiée aux « *grands adolescents* » ont été jugés « *trop longs* ». Dans le cadre d'enfants confiés à l'ASE, les CMP travaillent essentiellement avec les familles d'accueil. Un besoin réciproque de mieux travailler ensemble et de mieux se connaître a été évoqué en séance.
- Sur la prévention dans le domaine du soutien à la fonction parentale, il a été précisé que dans le département de la Haute-Garonne des acteurs existent dans ce domaine et proposent des actions. Ces derniers sont peu connus des autres professionnels ;
- Il a été confirmé en séance que l'entrée tardive dans les ITEP de plus en plus observée notamment chez ces adolescents à difficultés multiples engendrée des difficultés plus importantes dans leur parcours. Il a été suggéré d'améliorer

l'adhésion des familles de ces adolescents.

- Dans le cadre des notifications prononcées par la CDAPH 31, une réflexion est en cours au niveau de la Haute-Garonne ainsi qu'au national pour mettre en place des notifications davantage souples et axées sur la notion de parcours.
- Les professionnels du secteur primaire (professionnels des CCAS, Centres de loisirs, MJC, les associations de quartier...) et de premiers recours (médecins généralistes, orthophonistes, autres professionnels paramédicaux) ont été également cités comme des professionnels à intégrer davantage en amont en prévention, dans la construction du projet de l'enfant. Mobiliser peut-être les commissions éducatives des communes, les communes elles-mêmes....

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE AMENÉS AU GROUPE DE L'AXE 3 PAR LE RAPPORTEUR DU GROUPE DE L'AXE 2

- **Définition de la notion de crise** : le groupe de l'axe 2 est arrivé à une définition commune et partagée sur la notion de crise : phénomène bref, intense et résolutif. Un adolescent à difficultés multiples en situation de crise va remettre en question le dispositif qui le prend en charge. Il va mettre en difficultés les professionnels qui l'entourent. Cette crise va mobiliser plusieurs partenaires, va parfois amener une exclusion, une rupture. Il a été évoqué l'importance de soutenir les équipes après la gestion de la crise.
- **Notion de pilote** : à plusieurs reprises le groupe de l'axe 2 a évoqué le manque de pilote de l'enfant dans les situations les plus complexes. Qui est le pilote ? Un seul pilote non peut-être mais plutôt de construire à plusieurs ? Qui fait quoi ? quand ? avec un engagement formalisé de chacun ? Le RAP31 a précisé que pour une minorité de situations complexes (3 cas sur 10), il est difficile de trouver un partenaire qui s'engage dans la durée.
- **Notion de soutien à la parentalité, à la fonction parentale** : il faut prendre en compte le rôle important des parents que peuvent jouer dans certaines situations complexes. Il semble nécessaire de travailler davantage le soutien à la fonction parentale.
- **Leviers évoqués pertinents dans les situations de crise** : la présence de médecin psychiatre dans les établissements du médicosocial facilite l'articulation avec le secteur sanitaire, l'implication des professionnels de premier recours et notamment le rôle du médecin généraliste qui parfois représente le seul lien qui reste avec l'adolescent à difficultés multiples et sa famille, le réseau RAP31, la bonne volonté de chaque professionnel à trouver une solution.
- **Freins** : à une situation de crise, une réponse est apportée souvent par défaut, difficile de maintenir les engagements de chacun qui sont à la limite des agréments.
- **Interrogation sur la loi** : comment est travaillée la loi dans les autres dispositifs non judiciaire ? Il serait peut-être intéressant d'avoir des regards croisés sur ce sujet-là entre les professionnels de la justice, du soin, du social et du médicosocial.

→

Les points essentiels des échanges et discussions des participants du groupe de l'Axe 3 qui ont suivies la synthèse faite par le rapporteur du groupe de l'Axe 2

- Il a été convenu en séance qu'un repérage des actions existantes autour du soutien à la fonction parentale dans le département de la Haute-Garonne semble nécessaire d'être engagé, mais tout particulièrement repérer les actions à destination des jeunes adultes parents (grossesses précoces).
- Du côté PJJ, une unité ISIS a été mise en place permettant à des jeunes de travailler en transversalité leur retour vers le droit commun (insertion sociale, éducative, professionnelle...). Un projet commun avec d'autres partenaires (CG, MDPH, ARS, Education Nationale, RAP31 et mairie de Toulouse) est co-construit.
- Il existe peu d'informations sur le devenir de ces adolescents à difficultés multiples. Le RAP31 fait le suivi des situations complexes pour lesquelles le réseau a été sollicité. Et les autres ? Que sont-ils devenus ?
- Les partenariats ont été confirmés par le groupe 3 d'être davantage formalisés. Il a été évoqué la nécessité d'arriver à croiser les différents référentiels et pratiques de chacun pour co-construire un projet commun, de travailler ensemble les représentations de chacun de chaque dispositif (stages croisés de la formation APN réalisée par l'ANCREAI sur la Haute-Garonne). Travailler ensemble de façon formalisée l'anticipation aux ruptures qui sont notamment liées au passage vers l'âge adulte. Les conventions ont été citées comme pouvant être de bons outils pour anticiper un peu les ruptures, pour pouvoir assurer la continuité des prises en charge, pour pouvoir mettre en place des passerelles entre différents dispositifs (ITEP a été cité comme exemple).
- La notion de pilote du projet de l'enfant a été également reprise par le groupe 3. Qui tient le fil ? Qui assure la continuité ?

 ÉLÉMENTS DE PISTES ÉVOQUÉS EN SÉANCE :

 **Piste 1 : Formaliser davantage le partenariat hors crise : en amont avec un travail en réseau pour anticiper davantage comme en aval post-crise**

Constat : des partenariats et du travail en réseau existent mais davantage sur la gestion de crise. En amont et après la situation de crise, le travail en réseau, les engagements de chaque dispositif ont besoin d'être davantage formalisés (conventions à mettre en place).

Solutions suggérées par le groupe : mieux travailler en réseau en amont et en aval– Formaliser le partenariat (conventions), le travail en réseau davantage en anticipation, en amont de la crise et en post-crise. Arriver à croiser les différents référentiels et pratiques professionnels de chacun – Co-construire un projet commun de l'enfant. Renforcer la connaissance réciproque des dispositifs (regards croisés, stages croisés...).

Piste 2 : Renforcer l'articulation entre les deux dispositifs CMP et ASE

Constat : de nombreux adolescents confiés par l'ASE sont pris en charge par les équipes des CMP. Les missions et les contraintes de chaque dispositif ne sont pas toujours bien identifiées par les équipes.

Solutions suggérées par le groupe : réfléchir à un travail commun entre les CMP et les professionnels de l'ASE. Comment renforcer l'articulation entre les deux dispositifs ? Comment mieux se connaître, améliorer les représentations de chacun sur chaque dispositif ?

Piste 3 : Construire un projet commun autour de l'adolescent – Définir un « pilote » du projet de l'enfant – Maintenir une multiplicité de dispositifs autour de l'adolescent

Constat : plusieurs dispositifs sont autour d'un adolescent avec des projets individuels et des référentiels différents. Il semble important que chaque dispositif puisse poursuivre son accompagnement et jouer son rôle autour d'un projet commun de l'adolescent.

Solutions suggérées par le groupe : construire à plusieurs un projet global. Développer des accompagnements en y intégrant également l'environnement de l'enfant, le territoire, le renforcement des liens sociaux – Définir les qualités du pilote ? Qui ?

Piste 4 : Soutenir les parents dans leur fonction parentale et les impliquer davantage

Constat : l'adhésion des familles est compliquée à obtenir et à maintenir dans le parcours des adolescents à difficultés multiples. Dans de nombreuses situations, un renforcement de la fonction parentale aurait été un des leviers dans l'accompagnement de ces adolescents. Ils existent en Haute-Garonne des actions relais de prévention et de soutien à la fonction parentale mais sont peu connues de l'ensemble des partenaires.

Solutions suggérées par le groupe : comment améliorer l'implication des parents dans le parcours de leur enfant pour leur redonner une place plus transversale ? Améliorer l'adhésion des parents dans le parcours de leur enfant - Engager un recensement des actions existantes autour du soutien à la fonction parentale dans le département de la Haute-Garonne et tout particulièrement à destination des jeunes adultes parents.

Piste 5 : Mettre en place une étude sur le devenir des adolescents à difficultés multiples au passage à l'âge adulte

Constat : très peu de retour d'expérience sur le devenir des adolescents à difficultés multiples au passage à l'âge adulte existent. Le RAP31 fait ce suivi sur les adolescents qui ont été suivis au sein du réseau.

Solutions suggérées par le groupe : réfléchir à la mise en place d'une étude sur le devenir des adolescents à difficultés multiples au passage à l'âge adulte. Etude conjointe multi-dispositifs ?

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

- Le CREAI-ORS LR s'est engagé à envoyer à l'ensemble du groupe une synthèse des principaux points ayant émergé lors de la première concertation.
- L'objectif de la deuxième séance sera de transformer et compléter les pistes évoquées en première séance en fiches actions opérationnelles d'aide à la décision pour le comité de pilotage.

PROCHAINE CONCERTATION : MARDI 16 DECEMBRE A 13H30,

SALLE OLYMPE DE GOUGE (2^{EME} ETAGE)



**DEMARCHE TERRITORIALISÉE D'APPUI AUX ACTEURS LOCAUX
POUR L'ACCOMPAGNEMENT COORDONNÉ DES ADOLESCENTS
À DIFFICULTÉS MULTIPLES DANS LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE**
Synthèse Globale : Propositions de Fiches-actions par les groupes

Récapitulatif de l'ensemble des fiches-actions proposées par les trois groupes :

■ **Piste 1** : Renforcer l'appui sur la question de l'attachement mère-enfant/père-enfant pendant la période périnatale.

■ **Piste 2** : Expérimenter un accompagnement spécifique d'un groupe d'enfants évalués à risque.

■ **Piste 3** : Evaluer le besoin de la mise en place d'un réseau (équivalent RAP31) pour les enfants âgés entre 6 et 11 ans.

■ **Piste 4** : Renforcer le soutien à la parentalité – Aider les familles dans leur rôle de parents.

■ **Piste 5** : Organiser des liens entre « établissements de santé » et « dispositifs du médicosocial et social » - Agir sur les délais de prise en charge de la crise.

■ **Piste 6** : Sécuriser les équipes, les professionnels.

■ **Piste 7** : Renforcer la connaissance réciproque des dispositifs.

■ **Piste 8** : Mieux connaître les dispositifs existants par territoire.

■ **Piste 9** : Etendre la hotline proposée aux médecins généralistes par le RAP31 à d'autres dispositifs.

■ **Piste 10** : Elaborer un référentiel commun de gestion de situation d'adolescents à difficultés multiples à risque, e, crise ou en post-crise.

■ **Piste 11** : Maintenir une multiplicité de dispositifs autour de l'adolescent à difficultés multiples – Construire un projet commun autour de l'adolescent.

■ **Piste 12** : Réfléchir à la mise en place d'une instance ad-hoc pour des situations extrêmes, sans réponses, instance ayant la légitimité pour les gérer.

Sur les situations à risque, deux types de pistes ont été proposées par le premier groupe :

- Des pistes selon l'avancée en âge des enfants repérés :

Période périnatale 0-3 ans	
Piste 1	Renforcer l'appui sur la question de l'attachement mère-enfant/père-enfant pendant la période périnatale.
Période de la petite enfance 3-5 ans	
Piste 2	Expérimenter un accompagnement spécifique d'un groupe d'enfants évalués à risque.
Période de latence 6-11 ans	
Piste 3	Evaluer le besoin de la mise en place d'un réseau (équivalent RAP31) pour les enfants âgés entre 6 et 11 ans.



- Une piste transversale

Piste 4	Renforcer le soutien à la parentalité – Aider les familles dans leur rôle de parents.
----------------	---

Ci-après, sont présentées les fiches-actions de façon détaillée.

Piste 1 : Renforcer l'appui sur la question de l'attachement mère-enfant/père-enfant pendant la période périnatale

Constats/Problématiques :

Il a été constaté que de nombreux adolescents à difficultés multiples avaient été repérés dans leur petite enfance pour des troubles d'attachement en lien avec des mères ayant des pathologies repérées ou ayant elles-aussi des troubles de l'attachement. De nombreux dispositifs dans le domaine de la prévention et de la guidance familiale existent par territoire mais parfois peu connus.

Objectif(s) de l'action :

Renforcer l'appui sur la question de l'attachement mère-enfant/père-enfant pendant la période périnatale

Descriptif(s) de l'action :

- ▶ Elaborer un référentiel ou des recommandations de bonnes pratiques sur le repérage et le suivi de nouveau-nés à risque de troubles de l'attachement.
- ▶ Renforcer les formations des professionnels de santé concernés sur les troubles d'attachement.
- ▶ Sensibiliser la psychiatrie adulte sur les troubles d'attachement de leurs patients- parents ou futures-parents.
- ▶ Elaborer une cartographie des dispositifs existants par territoire dans le domaine de la guidance familiale (Cf. Piste Transversale n°4)

Partenaires concernés :

Réseau PTIMIP, pédopsychiatrie, psychiatrie adultes, puéricultrices, sages-femmes, médecins...

Piste 2 : Expérimenter un accompagnement spécifique d'un groupe d'enfants évalués à risque

Constats/Problématiques :

D'une part, il a été convenu collectivement que pour les adolescents à difficultés multiples, le repérage précoce a été globalement bien fait autour de leur petite enfance. Puis, entre 6 et 11 ans, l'attention portée sur ces enfants semble moins soutenue pour revenir à nouveau de façon plus importante à l'adolescence où les crises sont fréquentes et font du « bruit ». Une des conséquences directes est une entrée tardive dans les dispositifs médicosociaux ITEP, IME. Des orientations de soins semblent pourtant avoir été préconisées dès le repérage précoce effectué. Mais certaines familles ne poursuivent pas les soins ou ne les enclenchent pas. Quid ? Comment les choses se déroulent après ce repérage effectué à l'école ?

D'autre part, chaque dispositif dispose de leurs propres outils d'évaluation, de projet de l'enfant (projet de soin, projet personnalisé, projet éducatif, ...). La perte de l'information est un des freins au suivi de l'enfant et à la coordination de son parcours. Les familles n'ont pas toujours gardé l'information nécessaire pour fluidifier l'accompagnement (Comptes rendus, synthèses...). Quid ? Comment construire un outil commun de suivi et d'évaluation de ces enfants repérés à risque ?

Objectif(s) de l'action :

Construire un outil commun et partagé de suivi d'enfants repérés à risque – Proposer un accompagnement coordonné et adapté de ces enfants

Descriptif(s) de l'action :

- ▶ Réfléchir sur la mise en place d'un outil commun qui permettrait de suivre sur deux ans d'expérimentation, des enfants repérés par l'Education Nationale comme étant des situations à risque.
- ▶ Définir conjointement les critères de risque qui seraient les critères d'inclusion des enfants à suivre sur deux ans (familles qui ne poursuivent pas les soins prescrits, ruptures de soins, signalement ASE...)
- ▶ Mettre en place pour les situations retenues, de la coordination, du suivi des orientations préconisées, du soutien à la parentalité, de la circulation de l'information entre professionnels, de l'évaluation régulière avec les familles...
- ▶ Préparer les familles et les accompagner progressivement vers des prises en charge proposées dans le secteur de la psychiatrie ou médicosocial

Partenaires concernés :

Education nationale, PMI-CG

Evaluation :

Groupe « Action » et Groupe « Témoin »

Piste 3 : Evaluer le besoin de la mise en place d'un réseau (équivalent RAP31) pour les enfants âgés entre 6 et 11 ans

Constats/Problématiques :

Il a été évoqué collectivement qu'une période de latence existe entre la période de la petite enfance et celle de l'adolescence. Pendant cette période, le jeune semble contenu dans le dispositif qui l'accueille et fait ainsi moins de « *bruit* », et mettant moins en difficultés les dispositifs. Cette absence de bruit ne signifie pas qu'il n'y plus de problème. . Cette période de latence devrait davantage mieux être suivie. Il semble nécessaire de continuer à suivre pendant cette période le développement cognitif, les apprentissages, ...

Objectif(s) de l'action :

▶ Investir davantage la période de latence entre l'âge de 6 et 11 ans

Descriptif(s) de l'action :

- ▶ Evaluer le besoin de la mise en place d'un réseau (équivalent RAP31) pour les enfants âgés entre 6 et 11 ans repérés à la petite enfance.
- ▶ Assurer un suivi coordonné de ces adolescents pendant la période de latence (6-11 ans) après un repérage précoce effectué autour de la petite enfance.
- ▶ Préparer les familles et les accompagner progressivement vers des prises en charge proposées dans le secteur de la psychiatrie ou médicosocial.

Piste transversale 4 : Renforcer le soutien à la parentalité – Aider les familles dans leur rôle de parents

Constats/Problématiques :

Chez les adolescents à difficultés multiples, obtenir l'adhésion de la famille apparaît compliquée. Dès que des mesures éducatives, des orientations vers le médicosocial ou vers le champ de la psychiatrie sont proposées aux familles, celles-ci ont peur et souhaitent parfois échapper aux dispositifs mis en place : « *les familles ont immédiatement peur de rentrer dans des accompagnements très lourds (signalement, placement, ITEP...)* ». Il existe différents types d'aides à la parentalité mais parfois peu connus.

Objectif(s) de l'action :

Renforcer le soutien aux familles et leur adhésion

Descriptif(s) de l'action :

- ▶ Mobiliser des actions-relais de prévention à la parentalité et de soutien à la parentalité pour proposer des solutions souples et adaptées.
- ▶ Améliorer l'adhésion des parents dans le parcours de leur enfant – Modifier les modes de communication des dispositifs à destination des familles.
- ▶ Aider les établissements à accompagner différemment les familles qui ont du mal à adhérer (Moins stigmatisant ?).
- ▶ Renforcer l'alliance thérapeutique ou le lien de confiance avec les familles
- ▶ Mettre en place des dispositifs de répit – week-end répit parents – familles
- ▶ Développer les ateliers croisés familles-enfant
- ▶ Elaborer une cartographie des dispositifs existants par territoire dans le domaine du soutien à la parentalité (Cf. Piste Transversale n°1)

Sur les situations de crise, les propositions par le groupe tournent autour de 3 thématiques qui font l'objet chacune d'une piste :

- l'articulation entre les dispositifs du sanitaire et les dispositifs du médicosocial et du social ;
- le soutien et la sécurisation des équipes, des professionnels ;
- le renforcement de la connaissance réciproque des dispositifs.

Piste 5	Organiser des liens entre « établissements de santé » et « dispositifs du médicosocial et social » - Agir sur les délais de prise en charge de la crise.
Piste 6	Sécuriser les équipes, les professionnels.
Piste 7	Renforcer la connaissance réciproque des dispositifs

Ci-après, sont présentées les fiches-actions de façon détaillée.

Piste 5 : Organiser des liens entre « établissements de santé » et « dispositifs du médicosocial et social » - Agir sur les délais de prise en charge de la crise

Constats/Problématiques :

Au moment d'une situation de crise, les dispositifs médicosociaux et sociaux ont recours aux services d'urgence psychiatrique et aux hospitalisations. Les difficultés les plus importantes évoquées sont pour les hospitalisations en urgence pour les jeunes âgés entre 16 et 18 ans et qui se retrouvent à la sortie d'hospitalisation sans solution d'accompagnement ou une par défaut non adaptée.

Chaque année, en moyenne, 500 jeunes âgés entre 16 et 18 ans provenant d'établissements ou du domicile arrivent dans les services d'urgences psychiatriques pour adultes. L'absence d'un langage commun, des cultures professionnelles et des institutions différentes peuvent générer des dysfonctionnements, des « *malentendus* », des ruptures entre les différents dispositifs qui gèrent les situations de crise. Le travail engagé par l'équipe mobile UMES dans le Sud de la Haute-Garonne a été cité comme dispositif pertinent ayant une bonne connaissance des compétences et des champs d'intervention de l'ensemble des dispositifs et ayant pour mission de remettre du lien entre le soin et les autres accompagnements. Quid ? Les CMP et les CMPP ? Les CMP et les CMPP ont un rôle important de pivot de premier niveau à jouer dans l'amélioration des liens entre le sanitaire et les autres dispositifs. Dans certains territoires, ce rôle est effectif et fonctionne.

De plus, le peu de présence voire l'absence de médecins psychiatres dans certains dispositifs ne permet pas d'avoir un lien renforcé entre le sanitaire et le médicosocial/le social. Il est nécessaire également de prendre en compte les inégalités territoriales en termes de réponses d'hospitalisation. La crise ne se gère pas de la même façon quand il est nécessaire de parcourir plus de 80 km pour une hospitalisation.

Objectif(s) de l'action :

Renforcer et formaliser les articulations entre les dispositifs du sanitaire et les autres pour permettre un accompagnement fluide.

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Mieux connaître de façon réciproque les missions, les contraintes des différents partenaires et les champs d'intervention de chacun. Améliorer le repérage des différents acteurs du sanitaire par les autres dispositifs (Cf. cartographie dynamique).
- ▲ Améliorer en amont le retour d'un adolescent d'une hospitalisation
- ▲ Améliorer l'implication des services de psychiatrie adultes.
- ▲ Etendre peut-être le principe de l'équipe mobile UMES à d'autres territoires pour lesquels un besoin a été repéré au préalable.
- ▲ Réfléchir à des partenariats formalisés entre établissements de santé et établissements médicosociaux et sociaux pour mieux préparer les situations de crise. Etudier peut-être la possibilité de mutualiser des temps médicaux psychiatres au sein de certains établissements médicosociaux.
- ▲ Renforcer le positionnement des CMP/CMPP en tant qu'outil de première ligne dans la gestion d'avant-crise ou de crise pour ces adolescents à difficultés multiples ?

Piste 6 : Sécuriser les équipes, les professionnels

Constats/Problématiques :

Au moment de la gestion de la crise, l'enjeu pour les équipes et l'établissement est de pouvoir sécuriser l'adolescent qui est en crise mais également le groupe formé des autres adolescents. Quid : Comment gérer le groupe pendant qu'un adolescent à difficultés multiples est en crise ? Quel soutien extérieur peut-être sollicité après 18h du soir ? Des établissements repérant un adolescent qui va déclencher une crise dans les 48h, rencontrent de réelles difficultés pour obtenir à partir de 18 heures du soir une aide, un soutien d'un tiers extérieur pour anticiper cette crise ou mieux la gérer. Quid ? Quel rôle peuvent avoir les CMP et les CMPP ?

Il est toujours difficile pour les équipes d'utiliser des techniques de contention physique dans les dispositifs qui sont peu formés à ce type d'apaisement face à une crise. Il semble nécessaire d'organiser la post-crise au sein des équipes, de pouvoir en reparler avec l'adolescent et en interne également entre professionnels avec l'aide d'un tiers extérieur.

Objectif(s) de l'action :

Renforcer le soutien et la sécurisation des équipes et les professionnels avant une situation de crise, pendant et après ?

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Organiser l'avant-crise, la crise et la post-crise dans le cadre d'un soutien aux équipes.
- ▲ Permettre aux équipes et professionnels de contacter après 18h du soir un dispositif de premier niveau

Piste 7 : Renforcer la connaissance réciproque des dispositifs

Constats/Problématiques :

Les missions, les compétences et les contraintes de chaque dispositif ne sont pas toujours bien identifiées. Les représentations de chacun sur chaque dispositif sont à améliorer. Quid ? Quels interlocuteurs à mobiliser dans telle ou telle situation ? Quand ?

Objectif(s) de l'action :

Renforcer les modalités de prise en charge pour mieux gérer l'avant-crise, la crise et la post-crise en travaillant sur les représentations de chacun de chaque dispositif.

Descriptif(s) de l'action :

- ▶ Elaborer un outil cartographique dynamique regroupant l'ensemble des dispositifs existants (y compris la mise à jour)
- ▶ Envisager des formations transversales communes auprès des équipes, des professionnels issus de différents dispositifs permettant d'avoir un socle commun sur la notion de crise et sa gestion.
- ▶ Réfléchir à la mise en place de stages croisés en co-organisation avec l'ensemble des dispositifs existants sur un même territoire.
- ▶ Mettre en place des sensibilisations au sein des établissements les équipes, et les professionnels aux problématiques des adolescents à difficultés multiples.

Sur les outils au service de parcours à difficultés multiples, trois types de situations ont été définis par le groupe 3 pour lesquels des pistes différentes ont été proposées à être développées :

Situation 1 : Adolescent à difficultés multiples accueilli dans un dispositif qui gère bien cette situation mais qui sent que ça peut exploser à tout moment. Ce dispositif a besoin d'un soutien extérieur, de connaître les dispositifs existants qui peuvent être mobilisés sur son territoire.	
Piste 8	Mieux connaître les dispositifs existants par territoire.
Piste 9	Etendre la hotline proposée aux médecins généralistes par le RAP31 à d'autres dispositifs.
Piste 10	Elaborer un référentiel commun de gestion de situation d'adolescents à difficultés multiples à risque, en crise ou en post-crise.
Situation 2 : Adolescent à difficultés multiples accueilli dans un dispositif avec un partenariat préexistant. Ce dispositif rencontre des difficultés importantes dans l'accompagnement de cet adolescent et dans la mise en sécurité physique et affective des autres jeunes	
Piste 11	Maintenir une multiplicité de dispositifs autour de l'adolescent à difficultés multiples – Construire un projet commun autour de l'adolescent.
Situation 3 : Adolescents à difficultés multiples qui mettent en grandes difficultés l'ensemble des dispositifs. Ces adolescents sont dans des situations très complexes (3 %) sans réponse adaptée. Ils sont dans des dispositifs qui sont en grandes difficultés d'accompagnement et isolés sans partenariat mis en place. Ces situations sont portées à la connaissance de la commission des situations critiques gérées par la MDPH.	
Piste 12	Réfléchir à la mise en place d'une instance ad-hoc pour des situations extrêmes, sans réponses, instance ayant la légitimité pour les gérer.

Ci-après, sont présentées les fiches-actions de façon détaillée.

Piste 8 : Mieux connaître les dispositifs existants par territoire

Constats/Problématiques :

Des dispositifs qui accueillent des adolescents à difficultés multiples qui les gèrent plutôt bien. Mais ils sentent que ça peut exploser à tout moment et parfois il faut agir rapidement dans les 48 h. Ces dispositifs ont besoin de mobiliser rapidement d'autres dispositifs existants sur le territoire. Quid ? Qui ? Quand ? Comment ?

Objectif(s) de l'action :

Améliorer la connaissance mutuelle des dispositifs existants sur chaque territoire du département de la Haute-Garonne.

Descriptif(s) de l'action :

- ▶ Identifier l'ensemble des dispositifs ressources existants par territoire, leurs prérogatives, leurs compétences et leurs missions, leurs contraintes institutionnelles et les délais de prise en charge.
- ▶ Elaborer une cartographie dynamique permettant de visualiser l'ensemble des dispositifs ressources avec une mise à jour régulière des informations

Piste 9 : Etendre la hotline proposée aux médecins généralistes par le RAP31 à d'autres dispositifs.

Constats/Problématiques :

Actuellement, le RAP31 propose aux médecins généralistes et libéraux un service d'aide par téléphone avec une ligne directe dédiée permettant d'obtenir un conseil ou un renseignement. En cas d'absence d'un interlocuteur, une réponse est donnée par un médecin du RAP31 sous les 24h. Quid ? Faut-il étendre ce service à d'autres dispositifs ?

Objectif(s) de l'action :

Renforcer le soutien aux dispositifs qui accompagnent des adolescents à difficultés multiples

Descriptif(s) de l'action :

- ▶ Etendre la hotline proposée aux médecins généralistes par le RAP31 à d'autres dispositifs.

Piste 10 : Elaborer un référentiel commun de gestion de situation d'adolescents à difficultés multiples à risque, en crise ou en post-crise.

Constats/Problématiques :

Pas d'outil commun dans la gestion de situations d'adolescents à difficultés multiples.

Objectif(s) de l'action :

Faciliter la prise en charge, l'accompagnement

Descriptif(s) de l'action :

▲ Elaborer un référentiel commun permettant de définir les points suivants :

- Protocole partagé : Qui doit-on appeler ? Quand ? Pour quelles situations ?
- A partir de quel moment cela concerne les dispositifs de premier niveau (CMP/CMPP/Hôpitaux de jour/Equipe mobile....), le réseau RAP31, la cellule éducative mise en place dans les grandes villes, la commission des situations critiques coordonnée par la MDPH

Piste 11 : Maintenir une multiplicité de dispositifs autour de l'adolescent à difficultés multiples grâce à un projet commun piloté

Constats/Problématiques :

Plusieurs dispositifs sont autour d'un adolescent avec des projets individuels et des référentiels différents. Dès qu'un dispositif se désengage, tous les autres sont en difficultés. Il semble important que chaque dispositif puisse poursuivre son accompagnement et jouer son rôle autour d'un projet commun de l'adolescent.

Objectif(s) de l'action :

Maintenir une multiplicité de dispositifs autour de l'adolescent à difficultés multiples

Descriptif(s) de l'action :

- ▶ Mettre en place des formalisations d'engagement institutionnel qui permettrait de partager à plusieurs une situation complexe
- ▶ Définir un pilote selon les besoins à un moment donné, pilote qui peut changer au fur et à mesure de l'accompagnement selon les besoins. Définir les qualités du pilote à un moment donné ?
- ▶ Construire un projet commun multi-partenarial incluant les parents - Engager un travail de complémentarité avec les familles, l'environnement de l'enfant, le territoire et les liens sociaux existants

Piste 12 : Réfléchir à la mise en place d'une instance ad-hoc pour des situations extrêmes, sans réponse, instance ayant la légitimité pour les gérer.

Constats/Problématiques :

Parmi l'ensemble des situations gérées par le réseau RAP31, une réponse a été obtenue dans 7 cas sur 10. Dans 3 cas sur 10, aucune solution n'a pu être trouvée. La question majeure à traiter est la gestion de ces situations dites « extrêmes ».

Objectif(s) de l'action :

Trouver une réponse aux situations extrêmes

Descriptif(s) de l'action :

- ▶ Mettre en place d'une instance ad-hoc pour des situations extrêmes, sans réponse, instance ayant la légitimité pour les gérer, et la composition permettant de prendre des décisions (ARS, CG, MDPH ?...)



**DEMARCHE TERRITORIALISÉE D'APPUI AUX ACTEURS LOCAUX
POUR L'ACCOMPAGNEMENT COORDONNÉ DES ADOLESCENTS
À DIFFICULTÉS MULTIPLES DANS LE DEPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE
RELEVÉ DE DÉCISIONS DU 12 JANVIER 2015 : COPIL 2**

ETAIENT PRÉSENTS LE 09 SEPTEMBRE : 15 personnes

- Mme FOURROUX Déléguée territoriale adjointe de la Haute-Garonne
- Mme PELANGEON Responsable Cellule Enfance handicapée – DT ARS 31
- Mme FEYFANT-RAYMOND Médecin inspecteur de santé publique – DT ARS 31
- Mr MAGNE Directeur Enfance-Famille Conseil général 31
- Mme LALA-ALQUIER Conseil général 31
- Mr SUC-MELLA Directeur MDPH 31-Directeur pour l'autonomie Conseil général 31
- Mr LALANNE Inspecteur de l'Education Nationale – Adaptation scolaire et Scolarisation des enfants Handicapés (IEN ASH)
- Mme CORNEE Directrice STEMOS – DTPJJ (31; 09; 65)
- Mr FOUCARD Directeur adjoint CREA-ORS LR
- Mme RUIZ Conseillère technique CREA-ORS LR

TOUR DE TABLE DE PRESENTATION

ORDRE DU JOUR DE LA SEANCE

- 1- Présentation des propositions d'action des groupes de travail. Echanges et discussion
- 2- Propositions retenues pour leur mise en œuvre dans une deuxième phase
- 3- Préparation de la restitution à l'ensemble des acteurs

POINTS ESSENTIELS A RETENIR DES DECISIONS PRISES EN SEANCE

- A partir des propositions des groupes de travail, les quatre dimensions de travail retenues par l'ARS pour la phase de mise en œuvre :
 - 1-Améliorer l'information
 - 2-Améliorer les pratiques professionnelles
 - 3-Améliorer les partenariats institutionnels (ARS, CG-MDPH, EN, PJJ)
 - 4-Améliorer les dispositifs existants
- Le Conseil général a proposé que le travail de la mise en œuvre soit bien vigilant à distinguer les trois catégories de situations que peuvent être retrouvées dans l'accompagnement de ces adolescents :
 - 1- Situation de droit commun
 - 2- Situation complexe
 - 3- Situation critique

- Parmi les propositions issues des groupes de travail, six pistes ont été retenues par le COPIL dont :
 - trois d'entre elles peuvent être mise en œuvre dans les prochains mois :
 - 1- Elaborer une cartographie des ressources existantes par territoire – Pilotes proposés : ARS avec en appui le CG31, l'EN et la PJJ ;
 - 2- Formaliser un protocole de gestion de crise avec un engagement de la psychiatrie – – Pilotes proposés : ARS, CG31, EN et PJJ
 - 3- Mettre en place des stages croisés, des formations transversales communes multi-partenariales sur un même territoire
 - trois autres, nécessitent d'être travaillées de façon plus approfondie pour leur mise en œuvre
 - 1- Expérimenter sur un territoire identifié en amont, un accompagnement spécifique d'un groupe d'enfants évalués à risque – L'école peut être le pivot de cette expérimentation (se basant sur des initiatives existantes sur le Comminges) ? – Mettre en place un regroupement collectif pour suivre au cas par cas des situations repérées au préalable ? – Envisager la possibilité d'une expérimentation sur un autre territoire (Toulouse ?) s'appuyant sur le Cellule Réussite Educative mise en place ?
 - 2- Envisager la mise en place d'une équipe relais qui pourrait gérer des situations complexe permettant d'apporter aux professionnels de terrain un appui et un soutien ponctuel extérieurs – Hypothèse de co-financement : ARS affectation pour les professionnels de soins et CG affectation pour les professionnels sociaux éducatifs. Quid ? Qui pilote ? Qui va être référent du projet de l'adolescent ? Qui fait prévaloir la mise en œuvre ? Avec quels moyens ? Pilotes proposés : ARS et CG31.
 - 3- Concrétiser et formaliser, pour les situations critiques, la mise en place effective de la commission des situations critiques.
- Pour la restitution aux acteurs, il a été convenu en séance que celle-ci se découpera en deux temps :
 - le premier sera consacré à une présentation du CREAI-ORS LR des propositions d'action des groupes et
 - le deuxième portera sur une présentation conjointe ARS-CG qui se décomposera en deux temps :
 - 1- les pistes retenues par le COPIL
 - 2- le programme de la mise en place de ces pistes.

DATE Á RETENIR : 23/02/2015 RESTITUTION DE LA DEMARCHE A 14H30