

Coopérer, qu'ils disaient !

[Rappel argumentaire et intervenants]

La mise en œuvre du parcours de vie de chaque enfant, afin de répondre à ses projets, doit s'appuyer sur un ensemble de ressources territoriales favorisant la « juste réponse » au « juste besoin » et au « juste moment ».

Si cette nécessité de développer les coopérations territoriales entre acteurs, pour permettre la coordination des professionnels au service de la construction du projet de chaque jeune est désormais acquise, il demeure encore de nombreuses interrogations sur les modalités de leur mise en œuvre pratique.

Le déploiement de coopérations territoriales a en effet pour préalable l'identification des ressources territoriales à mobiliser pour répondre aux différents besoins des enfants accompagnés, de prendre le temps de la rencontre avec les acteurs, pour faire culture commune et connaître les compétences et limites de chacun afin de définir collégialement les complémentarités.

Si ce nécessaire travail préalable est réalisé, il n'en demeure pas moins que les coopérations sont très rarement simples à mettre en œuvre et ne reposent bien souvent que sur le bon vouloir des acteurs et, parfois, leurs connaissances interpersonnelles. Alors que l'inclusion sociale des enfants en situation de handicap repose sur des coopérations renforcées entre les acteurs médico sociaux et ceux dits de droit commun, mais aussi bien souvent ceux de la protection de l'enfance et les acteurs du sanitaire, quels sont les facteurs de réussite et les freins à des coopérations instituées et pérennes entre les acteurs Interventions.

Intervenants :

- Hélène MAUCHRETIEN, Directrice du pôle Hébergement Enfance, Unité Spécifique d'Accompagnement et d'Hébergement (USAH), ADAPEI 44 et Alexandra FREDOUEIL HAMON, Infirmière de liaison et coordination, Pôle Infanto Juvénile I05, EPSYLAN
- Stéphane AUDROUING, Directeur du Village St Exupéry, Foyer de l'Enfance, CDEF, Département de Maine et Loire et Christian GUILLAUMEY, Directeur Général ARPEP Pays de la Loire.

Animateur : Loïc ANDRIEN, Attaché temporaire d'enseignement de recherche (INSHEA, Co animateur Réseau H 2 i Handicap et Innovation Inclusive)

Rapporteur : Aurélie BRULAVOINE, responsable des activités, CREA Hauts-de-France

L'atelier est composé de deux témoignages d'expériences de coopération en Pays de la Loire. Ces coopérations ont pour point commun d'avoir permis la création de solutions pour des jeunes, aux parcours souvent complexes, à la croisée du handicap, de la protection de l'enfance et de la pédopsychiatrie.

Les deux témoignages s'appuient sur le récit de parcours de jeunes soulignant ainsi le moteur premier de la coopération : trouver des solutions personnalisées à des besoins individuels – aux besoins de Nolan et Lou en l'espèce.

Pour chaque expérience, deux personnes, partenaires, retracent la naissance de la coopération ainsi que les facteurs de réussite et les freins identifiés à sa pérennisation. La coopération, au cœur du sujet, transparait dans les présentations, claires et concertées, de chaque binôme.

Des besoins de Nolan à la création d'une Unité Spécifique d'Accompagnement et d'Hébergement USAH (Loire-Atlantique)

Le premier témoignage, de l'Unité Spécifique d'Accompagnement et d'Hébergement porté par l'ADAPEI 44, assemble le regard de la responsable du pôle hébergement enfance (ADAPEI 44) et de l'infirmière de liaison et de coordination (EPSYLAN, Établissement Psychiatrique de Loire-Atlantique Nord).

La création même de l'USAH (et la coopération qui est son fondement) est la conséquence des besoins non couverts de Nolan. Les intervenantes présentent ainsi une vignette clinique de Nolan, qui a toutes les caractéristiques d'une situation complexe.

Parcours de Nolan (16 ans et demi au moment de l'atelier)

Petite enfance : 3 semaines de prématurité, retard croissance intra-utérin

Un père occupant un emploi de maçon, s'alcoolisant très fréquemment, une mère à domicile, présentant des troubles de l'audition.

Marche à 19 mois, trauma crânien à 20 mois suite à une chute

2009 : à ses 4 ans, difficulté au quotidien – mise en place d'une aide à domicile par une TISF

2010 : signalement par une TISF, les parents mettent fin à l'intervention à domicile

2011 : bilan pédo psy – accueilli en urgence en IME (+ assistante familiale jusqu'en 2012)

2012 – 2015 : nouvelle accueillante familiale et IME bénéfique

2016 : 2 frères placés. Beaucoup d'actes de violence par Nolan

2017 : Nolan intègre en accueil thérapeutique de semaine (SHIP - Service Hospitalier Intersectoriel de Pédopsychiatrie) + accueil en lieu de vie le weekend

Novembre : Un passage à l'acte violent de Nolan met fin à l'accompagnement par l'IME.

2018 : Reprise IME en mars. De nouvelles agressions violentes.

Nolan passe quasiment 1 an en psychiatrie adulte. Il met tout à mal.

2019 : la MDPH met en place un Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS)

25 personnes sont autour de la table lors du GOS pour Nolan. C'est pour ainsi dire le terreau de la coopération qui verra germer l'USAH. MDPH, ARS, pédopsychiatrie, hôpital, IME etc sont réunis autour de la table pour réfléchir au lieu de vie le plus adapté pour Nolan. La psychiatrie adulte n'est pas adaptée ; ni d'ailleurs aucun autre lieu existant – Nolan les a tous mis en échec au fil des ans.

La coopération : socle de création de l'USAH EPSYLAN et principe d'action

Puisqu'aucun acteur seul n'a LA solution pour Nolan, c'est que la solution doit être composée avec chacun. Le constat de cette alter dépendance donne naissance à l'USAH en peu de temps.

Chronologie :

- Avril 2019 : Premières réunions de cadrage
- Septembre 2019 : Engagement des institutions
- Novembre 2019 : Ouverture

Sur le plan administratif et juridique, il s'agit d'un dispositif expérimental pour 3 ans pour 4 jeunes (mais qui pourrait être pérennisé avant ce terme). Il est porté par le pôle hébergement de l'ADAPEI 44. L'USAH est financé par l'ARS (40%) et le CD (60%), pour un budget annuel de 600 000 euros.

Sur le plan des ressources humaines, c'est une équipe pluridisciplinaire avec des compétences métier des différents secteurs (médico-social, pédopsychiatrie...). Le recrutement a été particulièrement vigilant à la diversité des expériences afin que les coopérations soient facilitées (dans l'équipe et entre les partenaires).

Sur le plan de la localisation, les partenaires ont été en difficulté à trouver un lieu. Un premier passage par une location en gîte de France s'est avéré infructueux : des passages à l'acte violents y ont mis un terme, les deux jeunes sont retournés temporairement en pédopsychiatrie afin de laisser le temps aux professionnels de « faire équipe » et trouver un lieu adéquat.

La coopération en actes

La coopération au sein de l'USAH se matérialise par :

- une admission collégiale, uniquement lorsqu'il y a l'unanimité des partenaires
- un médecin référent du parcours du jeune
- un protocole d'hospitalisation (*afin d'éviter les urgences et la violence que peut provoquer l'attente aux urgences, une admission directe se fait, dans un pôle adulte que le jeune connaît*)
- un parcours de soin balisé et coordonné
- un comité de suivi qui se réunit toutes les 6-8 semaines
- des réunions cliniques et échanges informels réguliers

Les incontournables de la coopération

- La prise de conscience de l'alter dépendance des professionnels (un seul partenaire ne pourrait pas accompagner seul, donc le cadre doit s'adapter au jeune)
- L'interconnaissance entre professionnels (par l'immersion)
- Mot d'ordre fédérateur des partenaires : « Être contenant ensemble ».

MOTS CLÉS DE LA COOPERATION :

NOTION DE PARCOURS COORDONNÉ, CONTENANCE, PERMANENCE ,
COORDINATION, FACTEUR HUMAIN, CADRE QUI S'ADAPTE AU JEUNE,
CONFIANCE TESTÉE ET ÉPROUVÉE, DISPOSITIF INTERSECTORIEL

Les impacts

Pour les jeunes :

Moins d'hospitalisations, moins d'urgence mais des hospitalisations programmées.

Sur les politiques publiques :

La situation de Nolan et le projet de l'USAH ont rendu visible auprès de l'ARS les besoins d'accueil en pédopsychiatrie à temps plein. Début 2021 : 11 lits à temps plein ont été ouverts à Saint Nazaire. De plus 4 postes d'infirmière de liaison ont été créés.

Chez les partenaires :

- Changement de pratiques et de paradigme pour l'établissement médicosocial porteur de l'USAH
- Un infirmier de liaison qui se dirige vers un poste d'Infirmier en pratique avancée
- Une confiance « testée et éprouvée »

Une coopération ESMS handicap-Protection de l'enfance accélérée par la crise sanitaire (Maine-et-Loire)

Le second témoignage assemble le regard d'un directeur de foyer de l'enfance et d'un directeur général d'organisme gestionnaire du champ de l'enfance en situation de handicap.

Tous deux posent les doubles vulnérabilités en contexte avant la crise sanitaire : en Maine-et-Loire, 13% des enfants confiés à l'ASE relèvent d'une orientation médico-sociale MDA soit 400 jeunes (année 2019-2020).

Une dynamique départementale de crise fédératrice

Au moment du premier confinement les établissements protection de l'enfance restent ouverts mais sans la réponse médico-sociale en journée pour les enfants. La continuité de l'accueil, qui est un impératif en protection de l'enfance est un engagement moral pour le médico-social.

Le foyer de l'enfance Village Saint Exupéry du CDEF et l'ARPEP Pays de la Loire se connaissent préalablement. Ils se retrouvent dans la cellule interinstitutionnelle qui se met en place et dans les rencontres bimensuelles des acteurs de la protection de l'enfance et du médicosocial.

La cellule inter-institutionnelle réunit ARS, MDA, éducation nationale et Direction Enfance Famille du CD 49. Elle décide collégialement des orientations garantissant le parcours de l'enfant ; elle évalue les besoins et organise les réponses alternatives.

Les rencontres bimensuelles des acteurs permettent quant à elles de :

- Recenser les ressources disponibles (*personnel, locaux, masques et gel*)
- Mettre en œuvre des réponses d'accueil permanent limitant le risque sanitaire et offrant une continuité de parcours tant social que médicosocial
- Répondre aux situations d'urgence présentes dans les établissements du territoire
- Assurer la continuité des missions d'accueil d'urgence en s'appuyant sur des coopérations nouvelles

Des actions fédératrices naissent :

- L'organisation conjointe (ARS-Département) de séjours de répit et de loisirs dans des structures adaptées de 2 opérateurs du Territoire. *SAETED ARPEP PDL, Association La Résidence Sociale*
- L'accueil en continu d'enfants confrontés à une double vulnérabilité dans les internats d'ITEP et d'IME du Département durant la première phase de confinement : *SAETED ARPEP PDL*
- La mise à disposition de personnel médico-social auprès des structures habilitées Protection de l'enfance afin de garantir un accompagnement médico-social adapté autant que possible à leurs besoins : *CDEF (création d'une unité nouvelle durant 3 mois, avec des personnels d'une équipe mobile d'ITEP)*
- Des accompagnements à domicile par des établissements médico- sociaux en collaboration avec l'ASE auprès de familles afin de faciliter l'apprentissage de repères fondamentaux. : *SAETED ARPEP PDL, ITEP ARPEP, CDEF*
- La gestion de situations complexes en dérogeant temporairement juridiquement et financièrement aux règles du droit commun pour répondre au besoin spécifique de chaque jeune. *MECS ARPEP PDL*

L'urgence sanitaire a ainsi créé un contexte propice au changement, facilité par le cadre juridique/ financier dérogatoire et par la rapidité des prises de décisions (ARS, ASE, Justice).

Vers un projet de parcours commun et une coordination différenciée

Après la phase d'urgence sanitaire les partenaires ont travaillé autour de réponses pour des enfants hospitalisés en pédopsychiatrie depuis plus d'un an. Ils cherchent ensemble des solutions de lieux et d'accompagnement pour des enfants avec une double vulnérabilité.

Les partenaires gèrent le parcours d'enfants de 1 à 14 ans avec une double vulnérabilité. Le CDEF propose un hébergement pour répondre aux besoins fondamentaux. L'équipe mobile ARPEP propose un accompagnement pédagogique et médico-social proposé in situ et dans des espaces proposant des activités de remédiation sociale. Les objectifs sont de répondre aux besoins de projection des jeunes, en coordonnant le parcours, en lien avec le projet de soin.

En exemple, c'est l'histoire de Lou. Lou passe d'une famille d'accueil à l'hébergement en établissement (MECS). Lou a des difficultés à vivre avec plus de deux enfants ; la difficulté à trouver un hébergement

de nuit est grande ; la pédopsychiatrie n'est pas une solution. La dynamique de coopération a permis de structurer son parcours :

- En 2020, Lou est accueillie, avec un autre enfant, dans des locaux mis à disposition par le Conseil Départemental 49. La possibilité de compléter avec un ou deux autres enfants est en cours en lien avec le Village Saint Exupéry pour compléter cette petite unité,
- Une équipe dédiée de la MECS Les écureuils assure l'accompagnement sur cet espace. Le financement est assuré par l'ASE 49.
- La Pédopsychiatrie assure un accompagnement spécifique de Lou en suivi de jour mais aussi en soutenant l'équipe de la MECS.
- La scolarité au collège en SEGPA a été maintenue à temps partiel avec la volonté de progresser sur la durée de scolarisation.
- L'ITEP, assure par son Unité de Remobilisation aux Apprentissages, des temps d'accompagnement
- Une coordination de Parcours est assurée par une professionnelle de l'Association Les Chesnaies (qui n'intervient pas pour l'accompagnement direct). Cette action est financée par l'ARS.

Convaincus que la démultiplication des « projets » ne fait pas sens, l'ARPEP Pays de la Loire et le Village Saint Exupéry travaillent à un « projet de parcours global de vie », qui se déclinera en projets de prestations au sein de chaque structure partie prenante de l'accompagnement. Un coordinateur de parcours unique sera nommé chez l'un ou l'autre des partenaires. Cette action bénéficie d'un soutien par l'ARS.

Pour ce projet, les facteurs de réussite identifiés sont :

- La volonté initiale de différencier projet de parcours et la coordination de parcours
- S'appuyer sur des services ou la pluridisciplinarité favorise la gestion de la conflictualité interinstitutionnelle
- Dépasser les limites des organisations : par exemple d'un point de vue spatiale les interventions de chacun peuvent se réaliser sur les espaces de l'autre
- Disposer d'un cadre de gestion de crise avec l'établissement sanitaire de pédopsychiatrie

Pour prolonger les coopérations de la phase de confinement, l'ARS et le CD ont lancé, dans la cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance, un appel à projet conjoint pour renforcer ou créer des nouvelles coopérations. L'expérience de la crise a ainsi permis de passer de coopérations situationnelles à des coopérations structurelles.

Synthèse des échanges

Si les échanges lors de l'atelier ont salué les dynamiques partenariales présentées, ils ont également pointé des contextes locaux très variés témoignant ainsi de difficultés à mettre en œuvre des partenariats médico-social-ASE et Médico-social-pédopsychiatrie.

Les ressources humaines ont également été évoquées, avec l'importance de faire culture commune entre professionnels du soin et professionnels de l'éducatif mais également de penser le répit des professionnels qui accompagnent ces situations complexes.

La notion de temporalité est venue dans les échanges sur deux aspects. D'une part, la difficulté à concilier la temporalité du jeune et la temporalité des autorités de tarification. D'autre part, les barrières d'âges de chaque silo (16 ans, 18 ans, 21 ans) comme autant de limites administratives/institutionnelles dont l'impact peut être violent sur le parcours des jeunes.

Les aspects décisionnels ont également donné lieu à des échanges. Pour répondre aux situations complexes et mettre en œuvre des coopérations pour y répondre, il est souvent nécessaire de faire un pas de côté. Pour l'ARPEP Pays de la Loire, c'est également savoir dire ses limites en tant qu'institution et croire en la nécessité de chercher des solutions avec d'autres. L'engagement de gouvernance sur le terrain de la coopération peut être facilitante.