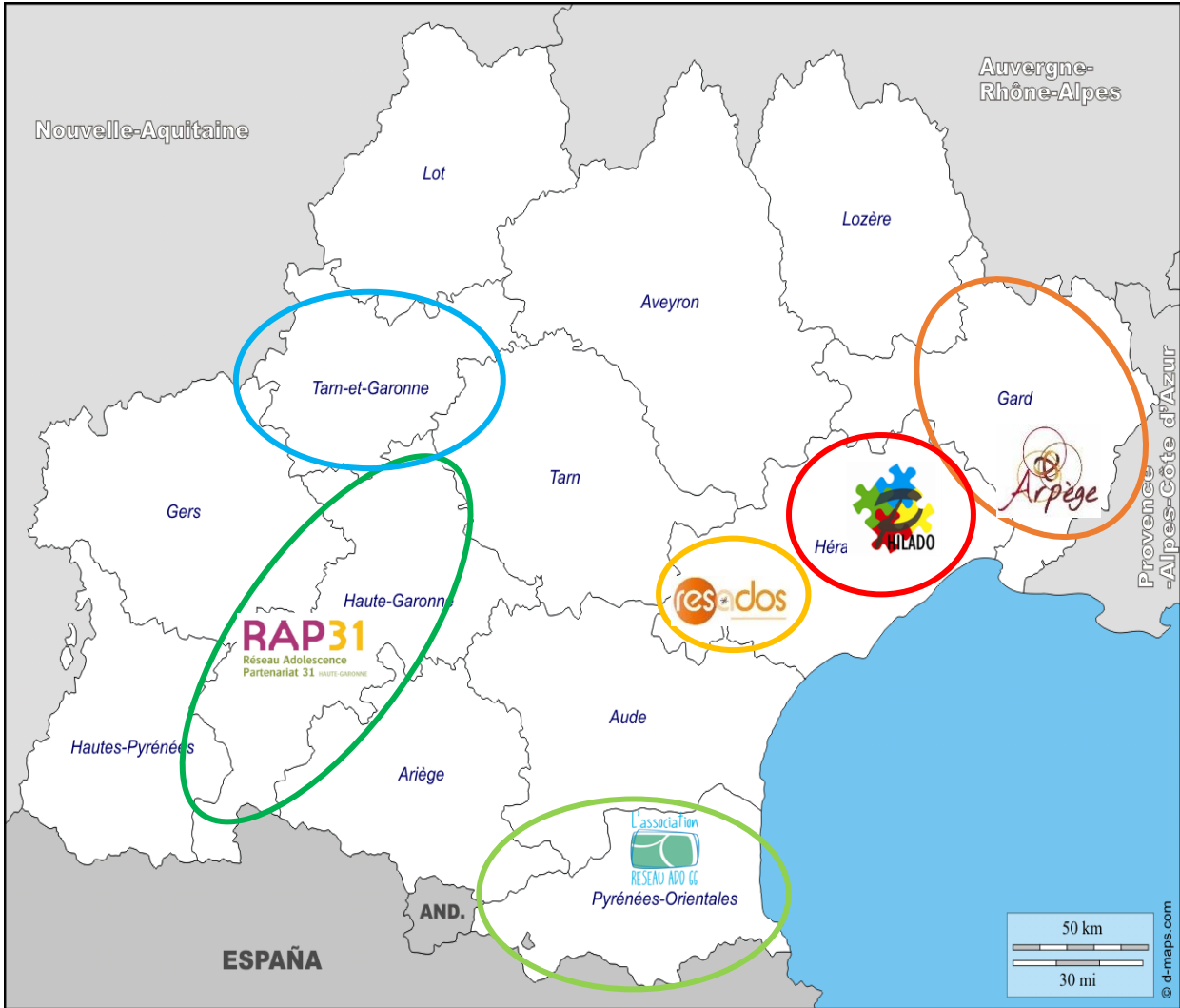


Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée D-CIIC



*Référentiel écrit par le Collectif des Dispositifs de Clinique Indirecte
Concertée d'Occitanie*

juin 2019



	<p>ARPEGE, DEPARTEMENT DU GARD</p>
	<p>LE RAP 31, DEPARTEMENT DE LA HAUTE GARONNE</p>
	<p>LE RESEAU RESADOS DANS L'OUEST HERAULT</p>
	<p>LE RESEAU PHILADO DANS L'EST HERAULT</p>
	<p>LE RESEAU ADO 66, DANS LES PYRENEES-ORIENTALES</p>
	<p>RESADO 82, DANS LE TARN ET GARONNE</p>

SOMMAIRE

Préambule	4
Cadre réglementaire.....	4
Des publics et des parcours protéiformes.....	5
Un public : des incasables aux jeunes en situations complexes.....	5
Parcours et trajectoires : la notion de rupture.....	6
Missions.....	7
Missions de Suivi des situations des jeunes en difficultés multiples et appui aux professionnels.....	7
<i>En théorie</i>	7
<i>En pratique</i>	10
Missions d'Animation du réseau de partenaires sur le territoire d'intervention	12
<i>Expertise partenariale</i>	12
<i>Dynamique de montée en compétences</i>	13
<i>Fonction de veille et de recherche en appui à la décision publique</i>	14
Organisation et fonctionnement des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée.....	15
Les cadres : structures juridiques, gouvernance et ressources humaines des réseaux.....	15
Les fonctions socle.....	16
• La fonction de coordination de parcours :	16
• La fonction clinique :	16
• La fonction d'animation territoriale :	16
• Les fonctions support : secrétariat et comptabilité :	16
Les ressources.....	17
L'évaluation	17
Mise en perspective	20
Stratégie Départementale	20
Structuration régionale	23
Objectifs de la structuration régionale.....	23
Organisation pratique de l'équipe régionale.....	23
Annexes	24
Annexe 1 : La diversité dans la structuration des D-CIIC.....	24
Annexe 2 : La diversité dans les équipes	24
Annexe 3 : La diversité des outils et modalités de parcours	25
Annexe 4 : Réflexion sur la clinique indirecte (du point de vue d'une éducatrice spécialisée)	26
Annexe 5 : Niveaux de complexité à partir de la Pyramide de Kaiser.....	28
Annexe 6 : Liste des sigles :	29

PREAMBULE

Conscientes de leur apparente hétérogénéité, les équipes de coordination des réseaux de santé jeunes ont entendu la demande de l'ARS de mieux identifier leurs missions et leurs pratiques, de décrire et d'expliquer leurs outils, et de présenter les plus-values de tels dispositifs. Cette demande s'inscrit en cohérence avec une dynamique déjà soutenue depuis 2009, qui a vu se multiplier les rencontres entre les équipes de coordination du Grand Sud.

Depuis la création de la région Occitanie (2016), ces rencontres sont trimestrielles et voient émerger des projets partagés : création du référentiel, travaux sur une étude statistique et descriptive de la population-cible, harmonisation du rapport d'activités. Elles doivent aboutir en 2019 à la mise en place d'une forme représentative des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée pour la région Occitanie.

Le présent document a été conçu comme un outil, vecteur de sens partagé, pour les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée en Région Occitanie et leurs partenaires. Le référentiel a été rédigé selon les méthodes de travail mises en œuvre dans les réseaux eux-mêmes : collectif d'écriture, participation active de chacun ; temps communs et temps en sous-groupe ; appui sur des regards et compétences multiples (clinique partagée et indirecte, social, administratif ...).

Il participe aux fondements du collectif des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée d'Occitanie, mais se veut aussi un outil de communication avec les partenaires (institutions de proximité, financeurs et décideurs) et un cadre réflexif pour tout professionnel ou institution qui s'engage dans un projet autour de cette population-cible.

Il vient également répondre à la nécessité de se situer dans un paysage complexe de dispositifs émergents (RAPT, PTA, DAC), au moment où la loi de modernisation de notre système de santé, entre autres, consacre les regroupements professionnels (ESP, CPTS). Il y a donc un enjeu fort à préciser le rôle et le périmètre d'actions de chacun de ces dispositifs, afin de souligner leurs articulations possibles et lever toutes les craintes de redondance.

CADRE REGLEMENTAIRE

La circulaire interministérielle DGS/DGAS/DHOS/DPJJ N° 2002-282 du 3 Mai 2002 a défini les orientations pour favoriser une élaboration pluridisciplinaire et partenariale des réponses aux besoins d'éducation et de santé mentale des mineurs en situation complexe.

Les dispositions relatives aux réseaux de santé en général sont définies par la loi n° 2002- 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La chronicisation des pathologies et le développement des « pluri-pathologies », la montée de la dépendance liée à l'âge ou au handicap, l'isolement, les problèmes sociaux, peuvent générer des parcours de santé complexes, nécessitant autour du patient, l'intervention de différents professionnels des champs sanitaire, médico-social ou social, doublée d'allers et venues réguliers entre la ville et l'hôpital.

Il existe un enjeu fort de coordination, de qualité et d'efficacité, quelle que soit la population concernée et quel que soit l'acteur en charge de celle-ci. L'accès au soin est une priorité élargie à la notion de prise en charge globale et partagée.

Les professionnels expriment leur besoin d'accompagnement pour le suivi de ces situations présentant des parcours complexes qui mettent en difficulté les équipes en responsabilité de prises en charges devenues séquentielles et morcelées.

Il est apparu dès lors nécessaire de créer, à l'époque, les réseaux adolescents, au bénéfice des professionnels et des jeunes afin d'éviter les ruptures dans les parcours en favorisant la mobilisation la plus rationnelle possible des ressources existantes, sans se substituer à ces dernières.

Les missions attribuées aux Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée s'inscrivent en lien avec la Stratégie Nationale de Santé qui fait de la coordination des parcours une priorité. Il est attendu des D-CIIC un positionnement « au service » et en soutien des équipes de premiers recours, autres professionnels et proches de patients. Elles doivent pouvoir s'adapter à la diversité et à l'évolution des compétences et des pratiques des équipes et des autres professionnels sur chaque territoire.

La structuration de ces Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée en Occitanie relève de contextes locaux singuliers qui ont conduit à des adaptations locales¹. Pourtant, fortes de leurs échanges réguliers, ces différents D-CIIC fondent leur identité sur un socle partagé décrit ci-après, comprenant :

- un public-cible dont les spécificités (ruptures, complexités) déterminent la nature des interventions autour d'une notion-clé : la clinique indirecte
- des interventions déclinées dans des missions clairement identifiées (coordination de parcours, animation du réseau de partenaires sur leur territoire, amélioration des pratiques professionnelles et fonction d'observatoire)
- des outils structurants au service d'une responsabilité partagée et engageante.

DES PUBLICS ET DES PARCOURS PROTEIFORMES

Un public : des incasables aux jeunes en situations complexes

Le public – cible des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée a connu plusieurs dénominations, qui ont reflété l'évolution des connaissances les concernant et celle des pratiques professionnelles.

▪ Les « jeunes incasables » ont d'abord été identifiés par les problèmes d'orientation qu'ils posaient aux professionnels : ils ne rentraient pas dans la case du médico-social, ni dans celle de la protection de l'enfance. Cette première acception laissait entendre que le travail des professionnels à leur attention se résumait à leur trouver *la bonne case*.

▪ Plus tard, ils seront nommés « adolescents en grandes difficultés / grandes difficultés psychiques ». L'accent est mis sur leurs problématiques psychiques propres, atypiques ou d'expression singulière, qui ne leur permettent pas de s'appuyer sur les dispositifs classiques. S'ouvrent alors deux axes de réflexion :

- Clinique : quelles sont les formes cliniques de leurs troubles ? quels en sont les déterminants ? Quelles en sont les conséquences ?
- Organisationnels : les professionnels analysent leurs modes d'accompagnement, soulignant la rigidité des cadres de travail et leur nécessaire décloisonnement

¹ Détail en annexe 1

- Enfin, plus récemment, le terme « adolescents en difficultés multiples »² souligne leur fragilité multiaxiale : psychique, pédagogique, somatique, psychiatrique et sociale, et consacre la nécessaire implication des différents champs d'intervention de façon coordonnée pour en préserver et en soutenir la cohérence.
- Au-delà des critères objectifs de complexité comme définis par la DGOS, ce sont les professionnels qui définissent le caractère complexe d'une situation, en fonction de leurs compétences, formations, et attestent qu'ils peuvent, ou non, y répondre seuls avec leurs pratiques habituelles.

Ainsi, la complexité de la situation de ces jeunes se traduit par une difficulté à accompagner leur trajectoire, du fait des symptômes majorés spécifiques à l'adolescence, d'une histoire institutionnelle ancienne et d'un parcours de vie traumatique.

Loin de la notion de « case », ces adolescents nous invitent plutôt à penser les espaces interstitiels et mouvants qui peuvent faire sens pour eux. La multiplicité de leurs besoins, et leur concomitance, ne trouvent des réponses apaisantes et structurantes que dans la mise en lien de partenaires multiples et porteurs, chacun, d'une dimension précise d'un accompagnement plus global. C'est pourquoi leur prise en charge s'appuie sur plusieurs champs de compétences, devant s'articuler pour rester cohérents dans leurs propositions.

Parcours et trajectoires : la notion de rupture

Cette population se caractérise en outre par des parcours de prise en charge où dominant les ruptures, exclusions, changements itératifs d'institution ou de référents. L'impression de chaos résulte de la multiplicité des lieux de prise en charge : certaines études montrent qu'à 15 ans, ces jeunes ont déjà connu en moyenne 7 équipes différentes. Ces jeunes sont suivis tôt dans leur vie, dès l'enfance qui peut être déjà qualifiée de complexe. Les équipes se succèdent plus qu'elles ne se coordonnent ; certains partenariats se mettent en place après l'apparition des symptômes les plus bruyants. Les ruptures entraînent une modification de l'environnement du sujet (social, éducatif, normatif,...) qui l'oblige à trouver d'autres repères, à gérer les séparations et les nouvelles rencontres. Ceci demande des capacités d'adaptation que les adolescents n'ont pas toujours du fait de leur singularité, de leur immaturité développementale mais aussi de leur trajectoire de vie émaillée de difficultés et de ruptures. Les changements de lieux de prise en charge sont nombreux, certaines « orientations » cachant des exclusions, tant ces jeunes renvoient de l'impuissance aux professionnels. Dans cette multitude d'intervenants, beaucoup d'informations sont perdues.

Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée ont donc rapidement travaillé sur leurs parcours de vie et leurs parcours institutionnels, par le recueil d'informations le plus exhaustif possible, de préférence via les acteurs eux-mêmes des prises en charge, en prenant le temps de retrouver les professionnels qui ont jalonné la vie du jeune.

² «Les jeunes dits «*incasables*» présentent de multiples difficultés marquées par leur intensité et pouvant tenir à la fois aux fragilités du contexte familial, à des troubles psychologiques ou psychiatriques, à un handicap, à la conduite de pratiques addictives, à un contexte social souvent marqué par une extrême précarité, à des carences éducatives, à des phénomènes d'errance, à un décrochage du système scolaire voire à la commission d'actes de délinquance. Leur situation les situe à la charnière des prises en charge sociale, éducative, judiciaire, médico-sociale et sanitaire. Ils connaissent, des parcours souvent complexes et instables, ponctués par de nombreuses ruptures, mettant en échec les institutions dans lesquelles ils sont successivement accueillis». - Extrait de l'Etude régionale «*Jeunes et adolescents en difficulté nécessitant des prises en charge et coordonnées*», Janvier 2016 pour l'ARS Bretagne par le CREAI Bretagne.

MISSIONS

Au regard de la singularité des publics visés précédemment identifiée, les D-CIIC se sont donné des missions précises, servies par des outils qu'ils ont élaborés en leur sein et qui fondent leur spécificité.

Ces missions peuvent s'exercer grâce à la capacité des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée à coordonner les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux engagés dans les suivis de ces jeunes. Cette transversalité, opérante sur les territoires, est aujourd'hui légitimée par les acteurs eux-mêmes.

Missions de Suivi des situations des jeunes en difficultés multiples et appui aux professionnels

Objectif	Assurer la continuité des parcours d'adolescents en situation complexe, en offrant un espace tiers de réflexion et d'élaboration
Méthode	Clinique indirecte (fiche technique 1) : Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée intègrent dans leur pratique du travail en pluri-partenariat une forme de créativité et une ouverture à des approches théoriques et cliniques diverses. La clinique indirecte oriente le travail en réseau. Elle se définit par la clinique des professionnels qui ne rencontrent pas directement le sujet concerné, mais produisent un effet thérapeutique sur lui, en agissant auprès d'autres professionnels de « proximité » Secret partagé (fiche technique 2)
Outils	Dossiers de demande, réunions partenariales, comptes rendus (fiche technique 3) : Création d'outils favorisant l'émergence de la clinique indirecte (parcours de vie, tableau clinique...)

En théorie

L'enjeu est ici celui de la capacité des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée à mobiliser des ressources, créer des outils, adapter des prises en charge, entre équilibres et déséquilibres permanents.

Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée facilitent la prise en charge et fluidifient les relations inter partenariales.

- Elles anticipent dans la mesure du possible les difficultés médicales, médico-sociales ou sociales des jeunes en situation complexe et planifient les interventions visant à les surmonter.
- Elles prennent en compte l'expression différenciée des attentes de la personne, des proches, du représentant légal et des professionnels.
- Elles coordonnent l'action des différents acteurs qui interviennent dans la situation, dans un souci d'efficacité et de lisibilité pour les professionnels et les adolescents eux-mêmes.

Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée **ne se substituent pas aux professionnels** engagés mais **proposent un espace d'appui et de soutien** aux acteurs qui accompagnent ces jeunes dont le parcours impose une intervention tierce. Elles ne disposent d'aucun pouvoir de contrainte, fonctionnent sur le mode de la libre adhésion des partenaires qui s'engagent dans les réunions de coordination, et n'ont pas vocation à définir une « case » adaptée pour une situation. Cette **fonction tierce** qu'elles occupent, favorise la sécurisation des partenaires, prévient l'épuisement professionnel et permet de mieux cibler les orientations dans les dispositifs d'aide.

Fiche technique 1 : Dispositif de clinique indirecte³

René Roussillon dans un article sur « les questions du cadre du dispositif clinique » parle de dispositif adressé aux professionnels afin de
«Permettre un confort de travail, un confort du dégagement de la réalité psychique et de ses enjeux, ce confort passe par un déparasitage de la pratique par rapport aux ordres de réalité (...) nécessairement toujours impliqués. Ce dispositif doit permettre d'assurer trois fonctions, trois tâches, trois «temps» du processus de métabolisation de l'expérience subjective qui sont la fonction de contenance, la fonction sémaphorisante et la fonction métaphorisante» :

Autrement dit,

Le Dispositif de Clinique Indirecte Concertée propose un **cadre clinique spécifique** destiné aux professionnels concernés par une même situation d'adolescent en situation complexe : **la Clinique Indirecte**. Ce cadre permet de créer les conditions d'une rencontre et d'un échange inter-partenarial favorables à l'émergence d'hypothèses sur le fonctionnement psychique du jeune, sur ses modes de relation à l'Autre, sur la dynamique familiale et sur les répétitions observables dans son parcours de vie.

Le point d'extériorité, de neutralité et de bienveillance des membres des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée permet aux partenaires de prendre du recul par rapport à la situation, de s'inscrire en confiance dans cet espace d'échange que représente les réunions inter-partenariales et de pouvoir se réengager dans un accompagnement « à risque » : risque de rupture, risque de passage à l'acte, risque de décompensation, etc...

Le principe de la co-construction d'un savoir partagé sur le jeune et sa famille permet d'éviter les clivages, celui de la co-élaboration d'hypothèses sur les postures professionnelles et leur résonance, sur la direction des projets de soins, éducatifs, pédagogiques, sociaux ou judiciaires permet de garantir la cohérence et l'efficacité de l'accompagnement global.

Les propositions de prise en charge évoquées sont à faire valider par le jeune et les représentants de l'autorité parentale au décours du suivi par les intervenants directs.

Ces principes permettent donc que se dessine une représentation unifiée de ce jeune et sa famille, de relancer la pensée, de questionner les postures professionnelles et d'énoncer des projets institutionnels.

La Clinique Indirecte favorise l'apparition de ressources mobilisables.

L'inclusion d'une situation dans la file active du dispositif est un point d'ancrage pérenne et sécurisant qui garantit la préservation des liens interinstitutionnels et leur maillage.

Cette articulation de l'ensemble des champs permet de sortir des logiques institutionnelles, de solliciter les ressources adéquates. Les professionnels des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée co-construisent le parcours du jeune avec l'ensemble des professionnels impliqués dans son parcours et assurent le suivi de la mise en œuvre des mesures qui ont été validées par l'ensemble des acteurs. Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée sont alors les garantes du parcours du jeune et permettent de prévenir les risques de rupture (exclusion des institutions, conduites à risques, maltraitance institutionnelle...). Il s'agit donc bien de réaménager de manière concertée les modalités de prise en charge existantes, et non pas d'inviter à créer ou imposer une place pour un adolescent au sein d'un établissement.

³ Voir annexe «Réflexion sur la clinique indirecte : le point de vue d'une éducatrice spécialisée»

Le risque de rester seul, en tant que professionnel, avec une situation complexe, est ainsi évité. Soutenus par un espace d'élaboration collectif et sécurisant, les professionnels peuvent alors s'autoriser à prendre un autre risque, pour eux-mêmes et pour l'adolescent et sa famille : celui de cet accompagnement.

Fiche technique 2 : le secret partagé

La recherche d'efficacité dans la prise en charge implique un travail partenarial, en réseau, et pluridisciplinaire. Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée s'appuient sur une grande diversité d'institutions, de métiers et de fonctions intervenant dans le parcours d'un adolescent, et la nécessité de partager des valeurs communes.

Les comptes rendus servent de fil rouge, de traces des engagements des professionnels quant à la mise en œuvre du projet élaboré conjointement. Aujourd'hui encore, certains partenaires font valoir la notion de secret et ont des difficultés pour s'inscrire dans les réunions organisées par le réseau afin d'échanger sur les situations incluses.

La notion de secret partagé a été, pour la première fois, consacrée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les professionnels peuvent être soumis au secret par état, par profession, par fonction ou par mission. La loi du 27 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé complétée par deux décrets du 20 juillet 2016 a remis en cause ce principe en permettant à d'autres professions de participer à cet échange d'informations couvertes par le secret médical.

Les objectifs du secret partagé sont d'évaluer la situation, de déterminer les mesures et actions nécessaires, et de mettre en œuvre ces actions. Cela s'organise autour de principes :

- partager les mêmes finalités : l'intérêt de l'enfant, sa protection et la cohérence de son parcours.*
- identifier les missions et le cadre d'intervention de chaque partenaire.*
- informer les usagers des échanges d'informations les concernant sauf situations particulières. Ceci est réalisé par le référent du jeune.*
- échanger des informations strictement nécessaires à l'évaluation de la situation de l'enfant et à son accompagnement.*
- partager des informations vérifiées et actualisées.*
- formaliser les procédures de transmission de l'information internes à chaque institution et entre les institutions.*
- acter le principe de responsabilité de chacun.*

Dans le cadre des réunions, les professionnels qui participent à un partage d'informations ont effectivement à connaître la situation au regard de leur action directe ou indirecte auprès de l'enfant. Les échanges et informations évoqués sont pertinents au regard de l'intérêt de l'enfant. Après avoir échangé entre eux, les professionnels veillent à ce que l'information soit retransmise dans un cadre formalisé et approprié.

Il est important de poser ce cadre de travail qui, incompris, mal interprété ou peut être mal vécu par des professionnels, peut se traduire par l'absence de représentants, et peut être vécu par les partenaires comme une entrave dans la construction du parcours du jeune.

Le partage de l'information nominative entre professionnels est devenu une pratique nécessaire au travail d'équipe et au partenariat afin d'évaluer et de construire les réponses les mieux adaptées aux situations des jeunes. Cela sert l'amélioration de la qualité des accompagnements en soutenant la pertinence, la coordination et la cohérence des réponses apportées.

En pratique

Sollicitation du Dispositif de Clinique Indirecte Concertée par des professionnels assurant tout ou partie de la prise en charge d'un adolescent dont ils éprouvent les limites, après obtention de l'accord du détenteur de l'autorité parentale si le jeune est mineur, ou l'accord de ce dernier s'il est majeur.

Outil : dossier d'inclusion rempli par le demandeur ou fiche de sollicitation remplie par le coordonnateur qui reçoit la demande.

Réunions de travail : L'équipe met en place des réunions pluripartenariales en invitant l'ensemble des partenaires. Ces réunions permettent le suivi périodique d'une situation suivie. Le projet qu'ils étudient se décline sous forme d'hypothèses de travail que les partenaires de la prise en charge de la situation pourront mettre en œuvre.

Ceci marque le commencement d'un processus : les partenaires sont détenteurs d'un savoir et d'un questionnement relatif à la situation actuelle d'un jeune en grande difficulté. Ils sont dans l'attente de trouver des éléments de compréhension leur permettant de projeter de nouvelles pistes d'accompagnement. Ils bénéficient d'un cadre de rencontre, d'échange et de réflexion tiers, hors du champ de leur seule institution dont l'équipe de coordination est garante. Les professionnels qui ont connu le jeune peuvent énoncer et partager leur connaissance, qu'elle soit institutionnelle (parcours de vie) et/ou personnelle (dans les liens établis avec cet adolescent). En venant partager en réunion ses constats, ses pensées et ses ressentis professionnels, le partenaire prend suffisamment de recul par rapport aux tensions provoquées par la dynamique d'une situation et les mouvements du jeune. Cela lui permet d'envisager d'autres possibles. Cette mise en récit des vécus partagés participe à une élaboration collective, dans le cadre d'une clinique indirecte. Pour ce faire, les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée reconstituent les trajectoires des adolescents (cf. fiche technique 3).

Les équipes sont en premier lieu traversées par les représentations des intervenants quant à un adolescent ou à sa famille. Cette posture leur permet de se mettre aux côtés de chaque professionnel, d'épouser tour à tour chacun des points de vue, afin de relier une écoute bienveillante et une partialité multifocale.

Ainsi, du parcours émerge la trajectoire, entendue comme la dimension individuelle, singulière d'un parcours institutionnel. Le parcours de vie ainsi reconstitué, et complété par des éléments que le Dispositif de Clinique Indirecte Concertée peut colliger (pièces médicales, judiciaires, administratives), s'inscrit dans un commun qui fait sens pour les partenaires rassemblés.

Ainsi, travailler sur les parcours individuels, tout en ayant une lecture clinique :

- est un puissant facteur de liens entre les professionnels qui se retrouvent à parler du même jeune, même si leur regard diffère, et qui appréhendent mieux l'intervention de chacun,
- favorise l'investissement de ce jeune par les professionnels car se découvre progressivement l'ensemble des événements de vie traumatiques,
- relance des capacités de pensée grâce à l'analyse clinique garantie par le Dispositif de Clinique Indirecte Concertée,
- permet de faire émerger la singularité de ce jeune : son histoire familiale et individuelle, ses possibles et ses impossibles,
- permet de dépasser les disqualifications réciproques pour mieux entrer dans une collaboration constructive.

Fiche technique 3 : Le parcours de vie

Aspect théorique :

Le parcours de vie est élaboré par le Dispositif de Clinique Indirecte Concertée, le ou les professionnels référents de la situation. Ce travail consiste à collecter des données sur le parcours institutionnel et familial de l'adolescent. Cela prend la forme de consultations de dossiers, d'entretiens téléphoniques (avec les institutions ayant été concernés par la situation notamment) puis la création de supports (tableau sur les faits, génogramme, analyse clinique, ..).

Le parcours de vie met en jeu la temporalité biographique du sujet qui se rapporte à l'enchaînement chronologique de sa vie.

- C'est un outil qui permet de se saisir de l'histoire d'un jeune, et de sa famille, dans sa globalité afin de rendre visible les règles familiales, les répétitions, les personnes ressources, ...

- C'est un outil proposé, et non-imposé, destiné aux professionnels qui sont libres de s'en saisir lorsqu'ils l'estiment nécessaire, avec l'objectif de relancer de façon dynamique des hypothèses, des pistes de travail lorsque le sentiment est qu'on est à l'arrêt, et de se projeter avec plus de sécurité dans l'accompagnement de cet adolescent.

Enjeux :

- *L'historicisation met au travail les représentations et les identifications de chacun dans un lieu hors institution qui permet la survenue d'une parole moins censurée lorsque le cadre est favorable : la responsabilité du Dispositif de Clinique Indirecte Concertée dans la gestion du cadre et de l'animation des réunions est alors primordiale.*

- *L'Historicisation permet d'élaborer des hypothèses de compréhension d'un parcours en identifiant des traumas et des répétitions par exemple.*

Cette étude du parcours de vie a donc pour objectif d'induire une lisibilité et une continuité dans l'histoire de l'adolescent, faisant apparaître les logiques sous-jacentes aux décisions, les raisons de ses déplacements, et permettant l'émergence d'hypothèses. La connaissance d'un Sujet dans sa complexité et ses énigmes permet de se projeter avec plus de sécurité dans son accompagnement présent et à venir. Cette proposition de lecture et de sens autour d'une trajectoire de vie résume un parcours difficile à appréhender par sa complexité, son morcellement et ses ramifications.

Missions d'Animation du réseau de partenaires sur le territoire d'intervention

Objectifs	Favoriser l'interconnaissance des professionnels opérant sur un même territoire, soutenir une montée en compétence partagée, favoriser la prévention des situations complexes et la fluidification de ces parcours, assurer une fonction de veille afin d'éclairer la décision publique.
Méthode	Animation territoriale, recherche.
Outils	Répertoire opérationnel de ressources, formalisation de partenariats, organisation de journées de sensibilisation/formation, interface auprès des autorités de tutelle (PTSM, CLS, Schémas...)

Expertise partenariale

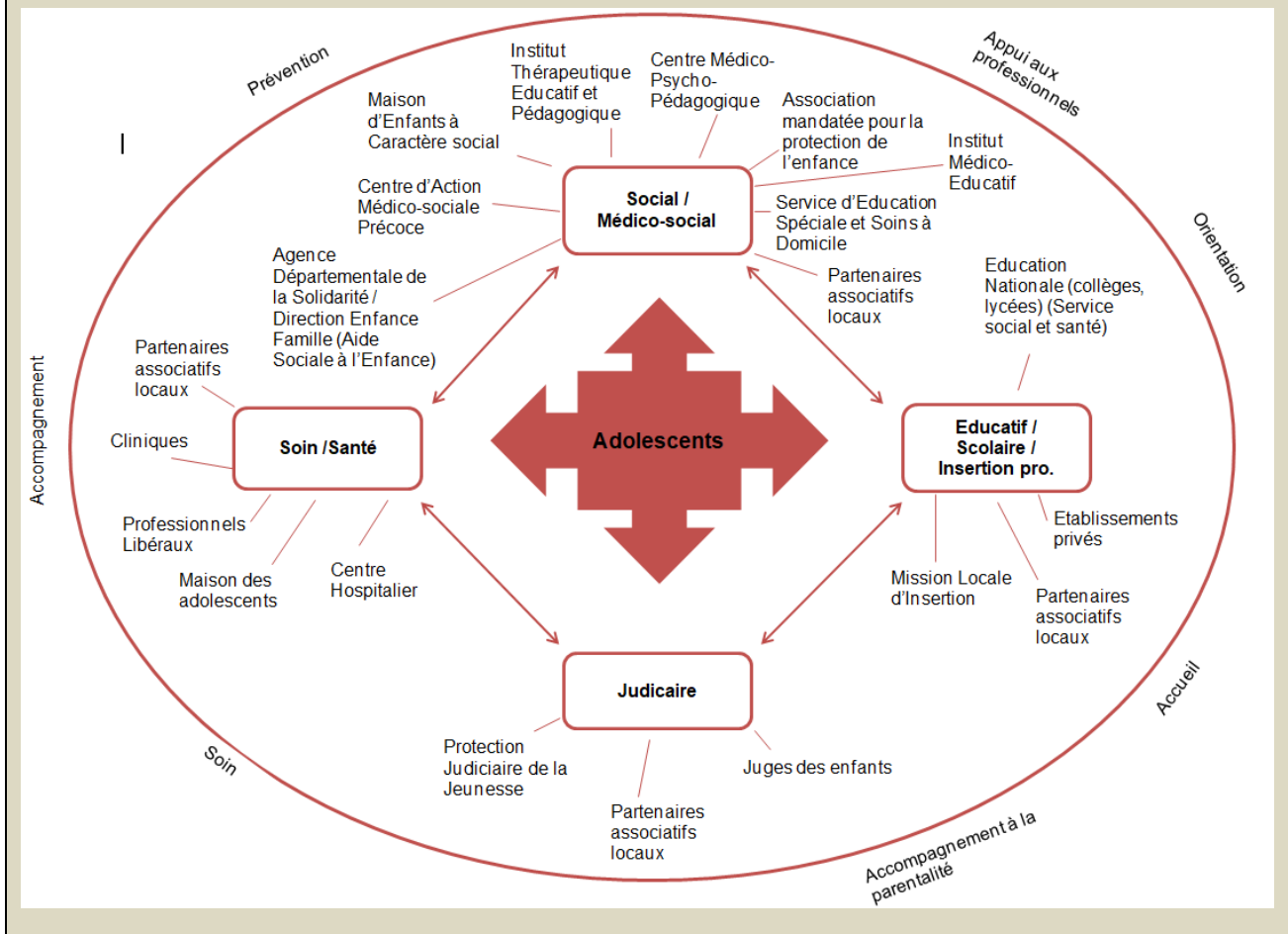
Le public adolescent en situation complexe est sans cesse en mouvement, ce qui suppose de la part des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée, la capacité à mobiliser les ressources là où se trouve le jeune. De fait, les équipes sont mises en demeure, pour le bon déroulement de leurs interventions, de posséder une *connaissance fine et actualisée* de l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs opérant sur leur territoire et sur les territoires limitrophes.

Cette connaissance se construit à travers des interactions régulières autour des situations, mais également en dehors d'elles, par l'organisation de réunions ou groupes de travail thématiques (addictions, violences, santé psychique...) ou par infra territoires, ou encore par des visites des équipes dans les espaces de travail des partenaires eux-mêmes.

Elle se traduit dans des outils type annuaire régulièrement actualisés, au rythme du renouvellement des équipes, des extensions de missions des partenaires ou de la diversification de leurs modalités d'interventions.

Cette connaissance fine et actualisée permet aux équipes d'accompagner les professionnels rassemblés autour d'une situation et d'identifier de manière pertinente les ressources complémentaires à mobiliser. Elle permet également d'assurer une vigilance éclairée sur la nature des résistances à lever, puisque souvent, au-delà des postures professionnelles qui se travaillent via la clinique indirecte, ce sont aussi des conflits internes aux institutions concernées qui viennent se rejouer lors des réunions de coordination.

Fiche technique n°4 : la diversité des partenaires mobilisés en réunions de coordination



Dynamique de montée en compétences

- Formations/sensibilisations :

Cette connaissance fine des partenaires est également mise au travail dans des espaces tiers, c'est-à-dire en dehors des temps d'élaboration collective des prises en charges en réunions de coordination.

En effet, les D-CIIC proposent des journées d'échanges et de réflexions dont le thème est tiré des situations complexes incluses et mises en œuvre dans les réseaux. Ces formations/sensibilisations sont pluridisciplinaires et pluri professionnelles et visent à favoriser une montée en compétence de l'ensemble des professionnels partenaires, de près ou de loin, des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée :

- en direction des partenaires territoriaux, elles permettent non seulement d'éclairer des thématiques particulières, mais elles constituent également des espaces neutres, détachés des situations abordées en réunions de coordinations qui sont potentiellement conflictuelles ou sources de tensions. Mobilisés dans une dynamique d'apprentissage, les professionnels participant à ces espaces de formations apprennent à se décaler et à se former ensemble, ce qui leur permet de réinvestir ensuite des réunions de coordination de manière pacifiée et constructive.
- en direction des D-CIIC eux-mêmes, elles favorisent l'exploration de thématiques spécifiques qui interrogent les pratiques professionnelles, les limites des dispositifs existants, la nécessité de revisiter les modèles de prise en charge, la capacité d'innovation au service d'adolescents en mouvement.

- Démarche qualité :

Régulièrement interrogées sur les actions qu'elles déploient, par nature sans cesse renouvelées dans un souci d'adaptation aux réalités empiriques, les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée se donnent les moyens d'actualiser, au-delà de leurs connaissances, leurs outils de fonctionnement.

Elles construisent et sécurisent des espaces de collaborations incarnés dans des journées de travail partagées à l'échelle de la région Occitanie afin de développer des outils communs (dossier patient, systèmes d'informations..), dans un objectif d'échange de pratiques et d'harmonisation, en cohérence avec les recommandations de l'ANESM et les normes de la HAS.

Fonction de veille et de recherche en appui à la décision publique

Au carrefour de l'intervention de l'ensemble des professionnels en lien avec l'adolescence (acteurs institutionnels et associatifs), les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée occupent une place privilégiée dans l'observation des phénomènes émergents et des coopérations nouvelles à soutenir dans la structuration des réponses à apporter à ces besoins nouveaux. Leur activité doit permettre de favoriser les synergies à construire entre la théorie et la pratique, et de soutenir par la connaissance, le développement des politiques publiques en direction des adolescents, de leurs parents, et des professionnels qui les accompagnent.

Parallèlement aux suivis des jeunes, les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée permettent de mieux connaître la population « adolescents en difficultés multiples », au travers d'une analyse qualitative de leurs situations, en particulier de leurs trajectoires de vie. A partir de la file active, chacun des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée peut réaliser une typologie d'un adolescent en situation complexe : âge moyen d'entrée dans le réseau, nombre d'équipes engagées, types de pathologies...

Cette typologie permettrait d'engager un travail de définition de « l'adolescent en difficultés multiples », travail s'appuyant sur une analyse statistique fine, dans une démarche scientifique.

De même, l'analyse des situations qui sont présentées aux Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée ainsi que le témoignage des professionnels, permettent de mettre en évidence les évolutions des conduites adolescentes et l'émergence de nouveaux comportements et symptômes qui apparaissent au travers des parcours des adolescents. L'observation de ces pathologies adolescentes émergentes, (ivresses aiguës ; maternités précoces ; nouveaux types d'addiction ...) est bien entendu remontée aux tutelles mais peut aussi faire l'objet de réflexions, de groupes thématiques de travail, voire d'études plus approfondies pouvant déboucher sur des travaux, des conférences, des publications.

Au plus près des professionnels du territoire, les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée sont à même de repérer les besoins de ces acteurs autour de la problématique adolescente : prise en compte des facteurs de risque dès l'enfance, passage à la majorité, lien avec les secteurs adultes. Par le mode de fonctionnement transversal et pluri-professionnel du réseau, les acteurs de la coordination sont les témoins privilégiés de l'évolution épidémiologique des modes d'expression du mal-être adolescent, de la difficulté des équipes chargées du soin, dans tous les sens du terme. Il s'agit d'une observation clinique qui vient compléter sur le plan qualitatif les enquêtes de santé publique. Ils partagent cette expertise au sein d'instance de construction de l'action publique : Projets Territoriaux de Santé Mentale, Contrats Locaux de Santé, schémas départementaux des CAF ou des Conseils Départementaux.

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES DISPOSITIFS DE CLINIQUE INDIRECTE CONCERTÉE

Les cadres : structures juridiques, gouvernance et ressources humaines des réseaux

Les formes juridiques adoptées par les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée sont celles des possibles offerts par le code de la Santé Publique : association (partenaires multiples), groupement sanitaire, GIP, Centre hospitalier (art. L6321-2 du CSP). Au-delà des avantages et inconvénients juridiques et financiers des différents modèles, identifiés par les porteurs, il s'agit de mettre en synergie les politiques locales, départementales, régionales pour la prise en charge des jeunes en situation complexe, (y compris en demandant d'apporter un soutien logistique et/ ou financier), et de favoriser l'implication des partenaires dans la gouvernance des D-CIIC⁴.

- La forme associative accueille des personnes publiques et privées rassemblées, pour travailler à la réalisation d'une mission reconnue d'intérêt général. Les statuts de l'association garantissent une véritable autonomie de droit et de fait à l'égard des personnes publiques assurant le financement. Il y a pourtant le risque de la gestion de fait quand elle est principalement dépendante d'une institution. Elle se caractérise par une extrême modularité, qui autorise une pluralité de partenariats dont la diversité fait la richesse, formalisés par des conventions tout aussi souples.
- Le GIP, lui, permet d'inscrire dans la continuité le regroupement de partenaires très divers, publics (établissements de santé, collectivités territoriales, Etat...) ou privés (associations, établissements médico-sociaux...), ce qui a pour conséquence l'établissement de financements stables. En effet, depuis la loi du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, le Groupement d'intérêt public (GIP), n'est plus limité en durée. Seule limite : les personnes physiques ne peuvent y participer.
- Le GCS, enfin, peut être « de moyens » ou « établissement de santé ». Dans le cas des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée, on parle souvent des GCS « de moyens », qui permet de mutualiser des équipes communes de professionnels médicaux ou non, des équipements, des moyens immobiliers ou des systèmes d'informations. Le choix de la nature (public ou privé) du GCS est déterminant pour le statut des personnels, des règles budgétaires et comptables applicables, ou encore sur la fiscalité du groupement.

Les organisations internes des équipes sont variables : certains Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée ont déterminé des rôles hiérarchiques (responsable coordonnateur), d'autres proposent une organisation horizontale reposant sur une dynamique de projets. Toutes les équipes sont composées de professionnels incarnant quatre fonctions différentes : la coordination, l'expertise clinique, la fonction d'animation territoriale et les fonctions support (secrétariat, comptabilité, ressources humaines), qui se complètent et se renforcent mutuellement. Au regard du récent développement des missions dévolues aux Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée d'autres fonctions pourront être mobilisées (formation professionnelle, recherche universitaire, ingénierie de projets en soutien aux territoires non pourvus).

⁴ Le détail des structures et modes de gouvernance des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée en Occitanie est illustré en annexes 1, 2 et 3.

Les fonctions socle

- **La fonction de coordination de parcours :**

- Connaître les ressources départementales pour les mobiliser de façon adaptée.
- S'assurer de la mobilisation des professionnels et de l'articulation des acteurs.
- Participer à l'évaluation multidimensionnelle de la situation et à l'élaboration du projet.
- Participer à la réévaluation du projet en cas de modification de la situation du jeune et dans tous les cas, à la demande des équipes.
- Assurer le suivi de la réalisation des interventions planifiées (suivant les équipes, le suivi se fait en interne ou est confié à un des partenaires).
- Assurer la transmission des informations entre les intervenants : téléphone, points de coordination par téléphone ou réunion physique... (Suivant les équipes, le suivi se fait en interne ou est confié à un des partenaires).
- Organiser les réunions de concertations entre les intervenants impliqués.

- **La fonction clinique :**

- Les pédopsychiatres / psychiatres et psychologues garantissent l'orientation clinique du dispositif.
- Ils participent à la communication relative au Dispositif de Clinique Indirecte Concertée auprès de leurs pairs, et facilitent les échanges, la coordination, la mobilisation des acteurs de ville, médico-sociaux, et en établissements de santé.
- Ils apportent, selon leurs demandes, un éclairage ou un avis aux équipes et aux Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée (analyse conjointe de situations, analyse des pratiques, aides à l'orientation).
- Ils sont chargés de l'analyse des données psychiques des jeunes inclus, dans le cadre d'éventuelles analyses de dossiers (évaluation du service rendu par le D-CIIC).

- **La fonction d'animation territoriale :**

- Assurer une veille continue en direction des politiques publiques et de la législation en vigueur
- Participer à l'ensemble des espaces de réflexion sur la structuration des dispositifs dédiés à la santé des jeunes
- Animer des groupes de travail thématiques pour favoriser la prévention

- **Les fonctions support : secrétariat et comptabilité :**

- Assure l'accueil téléphonique de l'équipe et oriente les demandes.
- Transmet à l'Agence Régionale de Santé les documents de suivi prévus au contrat.
- Assure le secrétariat de la cellule de coordination
- Organise, en lien avec les autres professionnels de la cellule de coordination, les différentes réunions.
- Assure le suivi du budget de l'équipe, incluant le cas échéant le suivi des prestations dérogatoires.

Une même personne peut assurer des fonctions appartenant à des champs distincts (par exemple : le psychologue peut assurer un ensemble de missions de coordination). En fonction des territoires et des équipes, des fonctions complémentaires pourront être identifiées, au service de missions validées en concertation avec la Délégation Départementale locale (assurer la montée en compétence sur les territoires, que ce soit en amont, auprès des professionnels de l'enfance, ou en aval, auprès des professionnels accompagnant les jeunes adultes, soutenir une démarche de recherche dans une fonction d'observatoire...).

Les ressources

- Financements

Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée assurent une mission transversale autour de la santé et du bien-être des jeunes, en soutien aux professionnels des champs médical, social, médico-social, éducatif et judiciaire. Ils ont vocation à être accompagnés financièrement par les acteurs institutionnels de ces champs, dans le cadre de leurs missions socles :

- Agence Régionale de Santé
- Conseils Départementaux

Ces financements ont vocation à devenir stables et pérennes, dans le cadre d'une politique de contractualisation de CPOM à construire avec les tutelles, permettant de donner souffle et perspective à des dispositifs qui s'emploient quotidiennement à soutenir *l'engagement de partenaires dans la durée*. Cet engagement n'est possible que dans la mesure où les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée sont eux-mêmes en capacité de rassurer leurs partenaires sur leur existence à moyen terme. Ce n'est souvent en effet qu'assuré de l'engagement des autres partenaires, que chacun se remobilise autour d'un projet pour un jeune.

- Mises à disposition

Par ailleurs, dans le cadre de collaborations inter partenariales, des partenaires peuvent également soutenir l'activité de ces réseaux via des mises à disposition :

- D'espaces de travail (ville, agglomération, département)
- De personnels (Centres hospitaliers, Protection Judiciaire de la Jeunesse...)

L'évaluation

Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée s'inscrivent dans les cadres de rendus comptes d'activités, tels que définis par l'Agence Régionale de Santé Occitanie. Le présent référentiel met en exergue la singularité de tels dispositifs, qui ont pu, de concert avec l'ARS, co élaborer ces cadres d'évaluation.

Aussi, dans la volonté de rendre compte de la manière à la fois la plus fidèle, mais également la plus lisible possible, pour les partenaires, les équipes, et les autorités de tutelle, un dialogue s'est engagé avec l'ARS sur la nécessaire harmonisation de ces bilans d'activité.

Etape préalable à cette harmonisation, la définition d'indicateurs communs d'activité a fait l'objet de nombreuses réunions, et s'incarne désormais dans le schéma suivant (fiche technique 5), qui reprend à la fois les blocs d'activités (obligatoires, règlementaires), leurs objectifs, les actions qui en découlent, et les indicateurs d'activité que se sont donné les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée.

Fiche technique 5 : les indicateurs d'activité communs

Bloc	Objectifs	Actions	Indicateurs d'activité
Bloc d'activités obligatoires	1. Assurer la continuité des parcours ados à partir d'une clinique indirecte	<ul style="list-style-type: none"> Analyser demandes et orienter au besoin Organiser RCP clinique indirecte : processus d'activité (soutenir, réunir, animer, restituer, maintenir la dynamique...) Assurer le suivi de la mise en œuvre des parcours avec les partenaires S'articuler avec MDPH si PAG commun S'articuler avec équipes mob psy au besoin (conventionnement, protocole de coopération...) 	<ul style="list-style-type: none"> Nbre situations anciennes + nouvelles Nbre situations en lien avec MDPH (PAG et non PAG) Nbre de situations en lien avec équipes mob psy Nbre de participants RCP Intensité suivis Délai moyen d'inclusion Caract. ados (âge, sexe, géo, problématiques) Partenaire à l'origine de la demande (institution et territoire)
	2) Animer le territoire d'intervention pour favoriser prévention des situations complexes et la fluidification de ces parcours	<ul style="list-style-type: none"> S'articuler avec la PTA Participer aux politiques publiques enfants/jeunes 0-25 ans en PTSM ou CPTS Assurer des réunions d'inter connaissance des dispositifs partenariaux (stages croisés, petits déjeuners, groupes de travail thématiques...) et la tenue d'un annuaire actualisé 	<ul style="list-style-type: none"> Nbre de sollicitations via PTA Nbre de participation à des réunions politiques publiques (PTSM, CPTS, CLS, CLSM...) Nbre réunion d'interconnaissance et nbre de participants Volume global annuaire
Bloc d'activités complémentaires	Promouvoir la montée en compétence sur le territoire départemental	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser le repérage précoce (0-11 ans : PMI, CMPP, pédiatres, ASE...) et faciliter la coordination des parcours complexes 16-25 ans (MLJ, PAEJ, MLDS...) Organiser des temps de formation et/ou sensibilisation thématiques (colloques, séminaires départementaux) Soutenir des démarches de recherches universitaires (fonction d'observatoire) 	<ul style="list-style-type: none"> Nbre de rencontres Nbre de participants Nbre de formations, contenu, nbre participants et rayonnement géo

NB : la définition de la « file active » correspondant au « nombre de jeunes différents qui ont été suivis au moins une fois dans l'année », d'après la définition de la DGOS, dans son guide méthodologique de 2012, les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée ont retenu les composantes suivantes, afin d'harmoniser leurs pratiques de décompte d'activité. La file active comprend ainsi 4 groupes distincts :

- Nouvelles situations dans l'année
- Situations anciennes toujours actives (faisant l'objet de réunions et appels téléphoniques, mails.)
- Situations en veille (celles sur lesquelles l'équipe se renseigne au moins une fois dans l'année, et situations stabilisées avec les partenaires)
- Sorties (changement de département, décès, refus d'accompagnement à la majorité, sortie à 21 ans)

Ces évaluations quantitatives annuelles de processus, par département, serviront de base à une évaluation plus qualitative, au terme du PRS2, qui mobilisera également l'échelon régional.

Fiche technique 6 : synthèse des apports de l'inclusion de situations
dans des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée

A destination de qui ?

- Des bénéficiaires :
 - Prise en compte « globale » et impartiale de leurs besoins
 - Valorisation du parcours et des processus, limitant ainsi les effets de sidération ou les répétitions
 - Fluidité acquise dans la transmission de l'information entre professionnels permettant une réactivité et une cohérence dans les réponses apportées
- Des partenaires
 - Espace de rencontres permettant une meilleure connaissance réciproque
 - Soutien dans la mise en œuvre de l'accompagnement, par le partage de ressources et l'acquisition de nouvelles compétences
 - Espace d'élaboration clinique qui permet de se distancer des points de blocage et des disqualifications internes et externes par une analyse interdisciplinaire de la situation
 - Apport de connaissances et montée en compétences
 - Coordination du parcours et facilitation dans la mise en œuvre des actions
- Des partenaires institutionnels des politiques publiques :
 - Accès à une épidémiologie fine et réactualisée
 - Meilleure utilisation des ressources par le développement de collaborations entre les dispositifs existants de droit commun

Comment ?

- En coordonnant l'accès aux soins ainsi que les relais de prise en charge.
- En offrant un cadre interinstitutionnel et un appui technique permettant l'appréhension clinique globale de la situation de l'adolescent par une clinique indirecte
- En favorisant le partage des informations entre les différents intervenants.
- En promouvant des actions de sensibilisation et d'information auprès des intervenants.
- En améliorant le dépistage et la prévention des situations de rupture.
- En améliorant la formation des professionnels qui interviennent auprès d'adolescents en difficulté (quel que soit leur mode d'exercice et leur champ de compétences).
- En formalisant des outils communs et le partage des pratiques.

MISE EN PERSPECTIVE

Stratégie Départementale

Dans un souci de lisibilité, les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée proposent dans ce chapitre une lecture comparée de leurs publics, missions et organisations, au regard d'autres logiques d'interventions que représentent les PTA, les équipes mobiles et les équipes de « case managers ».

Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée pour jeunes en difficultés multiples étant à l'interface de plusieurs dispositifs, quelques éléments de réflexion sont proposés sur leurs articulations fonctionnelles. Leur spécificité suffisamment décrite dans ce document et leur expérience permettent de soutenir une dynamique stratégique et technique à l'échelle du département et de la région. Une attention particulière est donnée à l'articulation Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée et Maison des Adolescents lorsque les deux dispositifs existent sur le territoire.

	Equipes mobiles Adolescents	Case manager	RAPT	Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée	PTA
	Action directe auprès du public-cible		Dispositifs d'action indirecte auprès du public cible		
Territoire	Secteur de psychiatrie		Département	Département ou infra-départemental	Département ou infra-départemental
Public	Adolescents loin du soin psychique	Adolescents souffrant de pathologie psychiatrique	Personnes en situation de handicap Tout âge, à partir du moment où il y a une notification MDPH (coopération territoriale possible pour les enfants et adolescent en situation complexe)	Jeunes en difficultés multiples (responsabilité populationnelle)	Tout âge, toute pathologie, tout handicap (coopération territoriale)

Niveau de complexité ⁵	2 et 3	2 et 3	1,2 et 3	2 et 3	0, 1, 2 et 3
Objectifs clés	<p>Aller au-devant des situations en incapacité de se présenter au soin</p>	<p>Favoriser l'adhésion du patient au soin, aider à la définition de ses besoins</p> <p>Eviter les ruptures et les dispersions</p> <p>Assurer l'observance thérapeutique</p> <p>Travailler l'inclusion sociale et l'accompagnement hors institution des patients en santé mentale</p>	<p>Organisation du parcours «Handicap» en assurant la concordance entre une notification MDPH et une place attribuée de manière effective</p> <p>Réunir les partenaires financeurs pour faciliter les accueils quand ceux-ci nécessitent des moyens supplémentaires</p>	<p>Appui aux acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, judiciaires et l'Education Nationale pour le suivi des jeunes en difficultés multiples</p>	<p>Organisation d'une porte d'entrée unique aux systèmes de santé, essentiellement à l'attention du secteur libéral, afin de faciliter l'adressage vers les ressources adéquates</p> <p>Participation au soutien d'un continuum dans l'offre de santé d'un territoire</p>
Organisation	<p>Equipes sanitaires réactives</p> <p>Accompagnement des acteurs avec intervention directe auprès du patient</p>	<p>Relation directe 1 pour 1 avec le patient pour la mission de coordination sans relation thérapeutique.</p> <p>Mise en lien avec les ressources disponibles, accompagnement physique</p>	<p>PAG et GOS qui rassemblent les partenaires susceptibles d'inclure le patient</p> <p>Logique de coopération en GOS 1</p> <p>Logique de contrainte en GOS 2 (création de places financées)</p>	<p>Equipes de coordination de « métier », dans le souci de s'appuyer sur des compétences à faire évoluer par la clinique</p>	<p>Equipes de coordination de « services » dans le souci d'orienter vers des ressources existantes à articuler par la mise en lien</p>
Durée potentielle intervention	<p>Jusqu'à l'organisation d'un parcours de soins</p>		<p>Durée du parcours handicap</p>	<p>Jusqu'à stabilisation de la trajectoire</p>	<p>Interventions ponctuelles</p>

⁵ Cf annexe 5

Par rapport aux autres dispositifs Jeunes, l'apport des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée pour Jeunes en difficultés multiples et leur articulation peuvent s'envisager comme suit :

- en lien avec **les RAPT**, ils peuvent introduire une dimension clinique et une connaissance de la trajectoire, de nature à permettre la construction d'un dispositif ad hoc pour les jeunes en difficultés multiples, nécessitant l'action coordonnée de plusieurs acteurs, suivis par un binôme de coordinateur de parcours (MDPH et Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée). Par contre, les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée ne peuvent être sollicités pour un jeune en attente de place dans le secteur médico-social.
- **Les PTA** doivent apporter de la clarté et de la lisibilité sur les dispositifs, dont ceux concernés par la jeunesse. Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée participent à la constitution d'une composante majeure dans le parcours Santé jeunes et Santé mentale, grâce à des coopérations et collaborations inter-institutionnelles.
- Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée sont un partenaire privilégié des **Equipes Mobiles**, en constituant un arrière-plan à leur action, apportant sécurité (coordination en aval de l'intervention de l'EM) et pertinence (le plan de soins tient compte de la trajectoire de vie/ de soins travaillée par les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée).

Quand **MDA** et **Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée** existent sur un même territoire, leur synergie s'envisage sur les missions transversales :

- Animation du réseau de partenaires du territoire : groupes thématiques, aide à la décision de la puissance publique, ...
- Fonction ressources sur la connaissance des dispositifs existants
- Fonction d'appui aux acteurs du 1er recours sur les compétences de repérage, évaluation multidimensionnelle et orientation ;
- Fonction de prévention des ruptures dans les parcours auprès des acteurs institutionnels pour certains niveaux de complexité,
- Fonction de veille sanitaire (par exemple, problématiques émergents à l'école pour les MDA, repérage des enfants de familles en difficultés multiples pour les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée),
- Formation continue et initiale des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux
- Amélioration des pratiques professionnelles sur les capacités de repérage, d'évaluation multidimensionnelle, de création de dispositifs ad hoc.

STRUCTURATION REGIONALE

Objectifs de la structuration régionale

A un niveau régional, les territoires non pourvus en Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée nommément repérés comme tels, doivent pouvoir compter sur l'appui des équipes installées, en direction de réseaux informels à repérer, dans une collaboration étroite avec les DDARS concernées. Cet appui pourra prendre plusieurs formes (capitalisation d'expériences, recommandations de pratiques, élaboration de contenus de formations).

L'enjeu est bien celui d'assurer une couverture territoriale complète, en termes d'équipes ressources en capacité d'accompagner les professionnels d'un territoire sur la prévention des risques de ruptures.

Cet objectif passe notamment par :

- L'élaboration et le déploiement d'une offre de formation autour des enjeux de la clinique indirecte adaptée à la gestion des situations complexes des jeunes (12-25), en fonction de besoins à évaluer avec les partenaires des territoires et les DDARS, et à partir des acquis des équipes en place
- Le partage d'expertise par l'intervention dans les formations initiales et continue des professionnels de santé (repérage des structures, articulation des parcours, arbre décisionnel)
- La modélisation de supports et outils afin de sensibiliser les professionnels de la petite enfance et de l'Éducation Nationale au repérage précoce des signes de complexité (prévalences sociales, éducatives, sanitaires, judiciaires)
- La capitalisation des acquis des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée (recensement et évaluation d'expérimentations et actions innovantes, élaboration d'outils communs, organisation d'événements et formations à dimension régionale)
- L'intervention sur site auprès d'équipes non formalisées
- La diffusion des informations par un site ressource numérique collaboratif

Organisation pratique de l'équipe régionale

Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée d'Occitanie, désireux d'organiser une partie de leur réflexion et de leurs actions à une échelle régionale, et afin de répondre à l'appel de l'ARS Occitanie à créer une équipe régionale, se rassemblent dans un collectif (association de fait). C'est au sein de cette association de fait, dotée d'un fonctionnement horizontal non hiérarchisé, que se structure, de manière concertée et évolutive, la configuration de l'équipe régionale. Celle-ci doit pouvoir en effet compter sur l'implication de chacun des professionnels des D-CIIC existants, tout en préservant la possibilité de faire appel à des compétences extérieures en termes de contenus intellectuels (conférenciers, cabinets d'études) aussi bien qu'en termes logistiques (locations, services).

N'étant pas dotée des capacités de la personne morale, le collectif des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée prend appui sur l'association loi 1901 MDA30, qui en assure le portage juridique et financier, et sera donc l'intermédiaire entre le collectif et l'ARS Occitanie dans la rédaction et le suivi du CPOM qui accompagnera le déploiement de l'activité de cette équipe régionale.

ANNEXES

Annexe 1 : La diversité dans la structuration des D-CIIC

	Portage juridique	Gouvernance	Financements/MàD
Arpège	Association MDA30	Assemblée Générale et Conseil d'Administration de la MDA30	ARS : 152 522 € CD30 : 15 500 € PJJ : Mise à disposition 0.4 ETP d'éduc. spécialisé
RAP31	Association loi 1901	Assemblée Générale et Conseil d'Administration	ARS : 280 000 € 0,5 ETP éduc. PJJ mis à disposition
Résados	Centre Hospitalier de Béziers	Comité de pilotage annuel Gouvernance rattachée à la Direction de la Stratégie et des Affaires Médicales	ARS : 143 236
Philado	Centre hospitalier	Comité de pilotage trimestriel, présidé sur nomination du DG du CHU (Membres signataires de la convention + équipe du réseau Assemblée générale annuelle	ARS : 176 000€ Mise à disposition 1 ETP coordonné par le Conseil Départemental
Réseau ados 66	Association loi 1901	Conseil d'administration + Comité de pilotage (axe d'orientation technique du dispositif)	ARS : 175 575 € CD66 : 10 000€
Résado 82	Association loi 1901 La Raison des Ados	Conseil d'administration Bureau associatif Comité technique : constitué par les salariés de RésAdo, de la MDA et du Gem'Ado pour l'élaboration de propositions de projet associatif	ARS : 284 000 € Pas de mise à disposition ni tps pro, ni moyens de fonctionnement (locaux)

Annexe 2 : La diversité dans les équipes

	Coordination	Fonction clinique	Fonctions supports
Arpège	0.5 ETP coordonnateur	3 x 0,5 ETP psychologue 0.05 ETP psychiatre 0.4 ETP éducateur spécialisé	0.4 ETP assistante administrative 0.1 RH et comptabilité
RAP31	1 ETP coordonnateur	1,14 ETP médecin/ pédopsychiatre 1 ETP éducateur	1 ETP assistante administrative
Résados	0.5 ETP coordonnatrice	1 ETP psychologue 0.3 ETP pédopsychiatre	0.5 ETP secrétaire médicale
Philado	1 ETP coordonnatrice	0.2 ETP pédopsychiatre 0.8 ETP psychologue	0.2 ETP Direction 1 ETP adjointe administrative
Réseau ados 66	1 ETP coordonnatrice	0,8 ETP psychologue	1 ETP assistante de direction
Résado 82	1 ETP coordonnatrice	0.8 ETP psychiatre 0.5 ETP psychologue	0.8 ETP secrétaire médicale 1 ETP de Direction Administrative et financière, mutualisé avec la MDA82 et Gem'Ado 82

Annexe 3 : La diversité des outils et modalités de parcours

	Entrée	Suivi	Sortie
Arpège	<p>Demande d'admission suite à une saisie par un professionnel : dossier décrivant la situation constitué par l'adresseur.</p> <p>Etude de la situation en équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Nomination du référent et co-référent le cas échéant.</p> <p>Prise de contact avec l'adresseur.</p>	<p>Mise en lien avec l'ensemble des professionnels de l'accompagnement passé, présent et futur. Elaboration et analyse du parcours de vie (témoignages, rencontres, archives documentaires).</p> <p>Mise en place des réunions de coordination (118 réunions pour 91 situations, 84 partenaires incarnés par 323 professionnels différents en 2017). Durée moyenne des PEC : 2 ans et 5 mois.</p> <p>Compte rendu systématique adressé à tous les partenaires</p>	<p>Fin de suivi en accord avec les parties, ou si sortie du territoire ou âge dépassé (21 ans), avec construction du relais pour la suite.</p> <p>Notification à l'ensemble.</p>
RAP31	<p>Demande d'inclusion suite à saisine par un professionnel, puis passage en commission d'inclusion</p> <p>Accord du représentant légal ou du jeune majeur</p> <p>Inscription dans la file d'attente puis dans la file active : détermination des premiers partenaires à solliciter avec le professionnel demandeur</p>	<p>Mise en place d'une première réunion de concertation pluripartenariale et si nécessaire de plusieurs réunions de suivi.</p> <p>Le CR de chaque réunion est envoyé à tous les partenaires concernés par la situation y compris le médecin traitant.</p>	<p>Fin de suivi à 21 ans ou si au bout de 3 ans, il n'y a pas eu de nouveau contact.</p> <p>Possibilité de ressortir le dossier même au bout de plusieurs années si nouvelle sollicitation.</p> <p>Contact de tous les partenaires après le passage à l'âge adulte pour bilan général de l'action du RAP31</p>
Résados	<p>Demande d'admission sur protocole de saisine (dossier de saisine, accord du représentant légal ou du jeune majeur).</p> <p>Réunion d'équipe pour valider l'admission.</p> <p>Reprise de contact avec le professionnel à l'origine de la demande pour l'informer de la décision (Orientation ou admission).</p> <p>Mise en place d'une réunion d'admission avec les partenaires.</p>	<p>Mise en place de réunions de suivis pluri partenariales à la demande des partenaires ou du réseau. Ces réunions sont animées par la psychologue du réseau.</p> <p>Transmission d'un compte rendu systématique dans un délai de 15 jours à l'ensemble des partenaires.</p> <p>Prises de contacts de manière régulières avec les partenaires (téléphone, mails, rencontres).</p>	<p>Sortie du réseau soit à la demande du professionnel à l'origine de la demande, soit une sortie du territoire de l'adolescent (relais possible avec les autres réseaux adolescents), soit à la demande du réseau en accord avec les partenaires. Une réunion de sortie peut être mise en place.</p> <p>L'information est systématiquement transmise à l'ensemble des partenaires.</p>

Philado	<p>Demande d'admission : dossier rempli à adresser. Réunion d'équipe, étude du dossier. Programmation d'une réunion d'admission (Accord du représentant légal ou du jeune majeur obligatoire). Au moins un partenaire/ Tel/Mail</p>	<p>Réunions pluri partenariales régulières. 3 réunions annuelles en moyenne par dossier</p> <p>Compte rendu systématique adressé à l'ensemble des partenaires.</p> <p>Suivi autant de temps que nécessaire</p> <p>Plus suivi pro actif entre les réunions (mails, tel, concertations...)</p>	<p>En accord avec toutes les parties tant que possible</p> <p>Sortie notifiée à l'ensemble des partenaires</p> <p>Réunion de bilan à la sortie. Compte rendu établi.</p>
Réseau ados 66	<p>Demande d'inclusion sur dossier et passage en Comité Technique.</p>	<p>Suivi de la file active semestriel et passage en Réunion de réajustement en fonction de la complexité de la situation</p>	<p>21 ans révolus du jeune</p> <p>Changement de département</p>
Résado 82	<p>Sollicitations</p> <p>Accord de l'AP et du jeune (adolescent)</p> <p>Au moins un partenaire</p> <p>Téléphone</p> <p>Coordonnatrice</p>	<p>Réunions tous les 2 mois (synthèses ou Instances de Réflexion Clinique)</p> <p>1 CR par réunion, adressé aux professionnels</p> <p>Suivi autant de temps que nécessaire</p>	<p>En accord avec toutes les parties tant que possible</p> <p>Sortie notifiée au jeune ou AP par un courrier.</p>

Annexe 4 : Réflexion sur la clinique indirecte (du point de vue d'une éducatrice spécialisée)

Lorsque plusieurs services interviennent auprès d'un jeune qui rencontre des difficultés importantes, le premier problème qui se pose est le regard qu'on porte sur ce dernier du fait des missions pour lesquelles nous intervenons. Malgré les échanges téléphoniques, les rencontres entre professionnels, il arrive que chacun reste focalisé sur ce que le jeune montre dans les différents espaces et une suspicion peut exister sur la manière dont l'autre mène sa mission. Bien évidemment le jeune et sa famille peuvent utiliser ce doute pour éviter que les sujets difficiles soient abordés, et ainsi l'énergie des professionnels est alors mobilisée sur une incompréhension mutuelle du travail de l'autre.

Lorsqu'une situation est exposée dans le cadre d'un espace de réseau, elle est exposée et le travail du professionnel est également exposé. Il faut une période de mise en confiance pour arriver à parler de son travail et accepter que d'autres en disent quelque chose. Cette mise en confiance se fera en fonction de la manière dont les professionnels du réseau se positionneront (écoute, positionnement humaniste, ...)

Il s'agit de rencontrer le sujet « autrement » :

- **Lieu neutre** : le fait que les professionnels se rencontrent dans un lieu neutre permet de se centrer sur le jeune en tant que sujet unifié. Les rencontres dans les institutions déterminent le projet du jeune en fonction des missions de ces dernières.

- **Éviter le clivage** : un des premiers effets de ces rencontres va être d'écouter les partenaires sur ce qu'ils vivent, ce qu'ils mettent au travail avec un jeune. Petit à petit, un jeune qui adaptait son discours en fonction des missions du professionnel qui lui parle, va réussir à décroisser les espaces et pouvoir montrer autre chose de lui. Le professionnel va également faire référence à des échanges qui ont eu lieu pendant la rencontre et ainsi permettre une autre rencontre.
- **Mise en mouvement** : des rencontres régulières entre professionnels permettent de penser la situation d'un jeune dans toute sa complexité. De ces échanges ressortent des idées, des envies de rencontrer un jeune différemment, d'être plus créatif et nous oblige à nous adapter et non pas l'inverse.

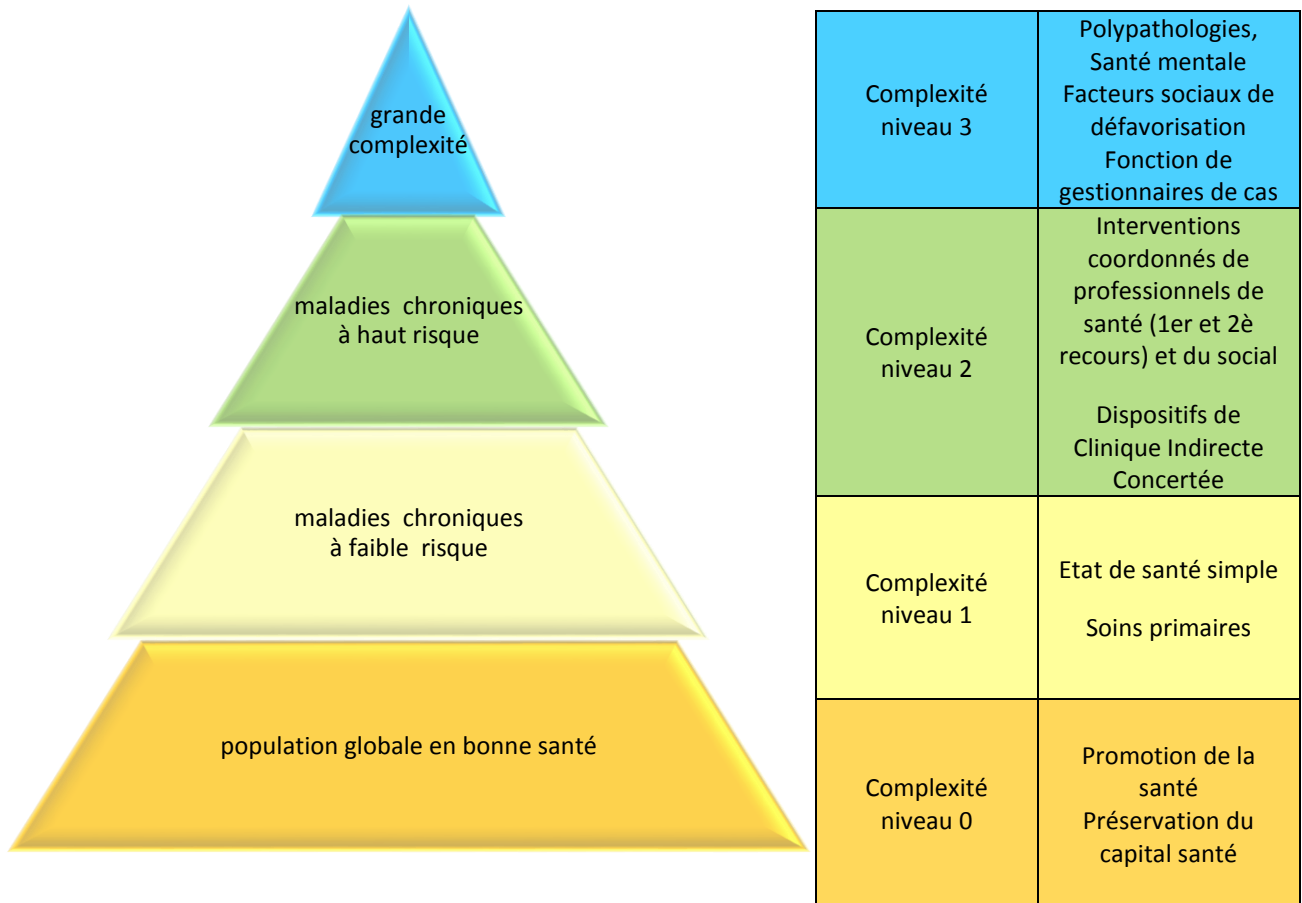
Le fait de travailler, réfléchir ensemble peut créer une émulation.

Lors de périodes de crise, le regard extérieur d'un professionnel permet de rassurer les professionnels de « proximité » qui sont en difficulté, qui ont peur d'un échec, le fait de pouvoir en dire quelque chose, peut permettre aux professionnels d'en dire par la suite quelque chose au jeune.

Cette clinique indirecte permet de : **Prévenir les passages à l'acte des institutions ; Éviter de réduire un sujet à une problématique unique ; Créer des espaces de créativité, de possibles**

Sans oublier de rappeler l'importance d'impliquer le jeune dans le cadre des rencontres du réseau, lui en parler, lui demander si il a des choses à exprimer, l'inviter si nécessaire lorsqu'il est majeur, conditions qui semblent essentielles aussi dans le cadre de la clinique indirecte. Même si les premiers effets concernent avant tout le positionnement du professionnel, c'est ce qui pourrait différencier d'une supervision.

Annexe 5 : Niveaux de complexité à partir de la Pyramide de Kaiser



Annexe 6 : Liste des sigles :

- A**
- AED** : Aide Educative à Domicile
 - AP** : Accueil Provisoire (mesure de placement- dans le cadre de la protection administrative)
 - APEA** : Association pour l'Enfance et l'Adolescence.
 - ARS** : Agence Régionale de Santé
 - ASE** : Aide Sociale à l'Enfance
- B**
- BPDJ** : Brigade de Prévention de la Délinquance Juvénile
- C**
- CEF** : Centre Educatif Fermé
 - CER** : Centre Educatif Renforcé
 - CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
 - CJ** : Contrôle Judiciaire
 - CLS** : Contrat Local de Santé
 - CLSM** : Conseils Locaux de Santé Mentale
 - CMPEA** : Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents
 - CPEAG** : Comité de Protection de l'Enfance et de l'Adolescence du Gard
 - CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
 - CRIAVS** : Centre Ressources Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles
- D**
- DAC** : Dispositif d'Appui à la Coordination
 - D-CIIC** : Dispositif de Clinique Indirecte Concertée
 - DGADS** : Direction Générale Adjointe du Développement Social
 - DGOS** : Direction générale de l'Offre de Soins
 - DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
 - DPJJ** : Direction de la Protection Judiciaire
 - DVH** : Droit de Visite et d'Hébergement
 - DVM** : Droit de Visite Médiatisée.
 - DT** : Direction Territoriale
- E**
- EPM** : Etablissement Pénitentiaire pour Mineur
 - ESP** : Equipe de Soins Primaires
- F**
- FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé
 - FDE** : Foyer Départemental de l'Enfance
 - FJT** : Foyer Jeunes Travailleurs
- G**
- GIP** : Groupement d'Intérêt Public

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GOS : Groupe Opérationnel de Synthèse

I **IED** : Intervention Educative à domicile.

IME : Institut Médico Educatif

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

J **JAE** : Jugement d'Assistance Educative

L **LS** : Liberté Surveillée : **P** = Préjudicielle

M **MAJ** : Mesure d'Activité de Jour

MDA : Maison Des Adolescents

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MFR : Maison Familiale et Rurale

MLDS : Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire

MLJ : Mission Locale Jeune

MLI : Mission Locale d'Insertion

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire ; Prononcé par le juge, suivi d'une audience chez le Juge pour Enfants qui confirme ou non la décision.

P **PAEJ** : Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes

PAG : Plan d'Accompagnement Global

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PED : Placement Educatif à Domicile

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

R **RAPT** : Réponse Accompagnée Pour Tous

S **SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social aux Adultes Handicapés

SAPMN : Service d'Accompagnement et de Placement en Milieu Naturel

SAP : Service d'accompagnement Personnalisé (modalité de placement qui se fait au domicile du ou des parents, judiciaire ou administrative)

SAVA : Service d'Accompagnement à la Vie Autonome

SME : Sursis avec Mise à l'Epreuve

STEMO : Service Territorial Educatif de Milieu Ouvert

T **TGI** : Tribunal de Grande Instance

U **UEAJ** : Unité Educative d'Activité de Jours

UHTPA : Unité d'Hospitalisation Temps Plein Adolescents