

Développer le rôle de prévention de l'ITEP sur le territoire pour
éviter les ruptures de parcours des enfants et adolescents.

Thierry PASQUET

2014

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier l'association AAJD et son Président, les services de la direction générale, pour leurs soutiens et leurs conseils avisés. Une mention spéciale à Manuel pour son écoute et sa clairvoyance.

Un grand Merci à l'équipe de l'ITEP.

Merci aussi à Marie Andrée pour sa disponibilité et son professionnalisme.

Mes derniers remerciements seront pour mes proches et particulièrement pour mon épouse.

Sommaire

Introduction	3
1 L'ITEP/AAJD : Un dispositif en faveur des enfants/adolescents présentant des troubles du comportement confronté à l'évolution du public et de son environnement.	7
1.1 Un public spécifique	7
1.1.1 Des problématiques complexes.....	7
1.1.2 Des parcours de vie chaotiques	9
1.1.3 Des besoins singuliers.....	11
1.2 Un projet d'établissement qui porte des valeurs associatives, des savoir- faire et une expertise reconnue.....	13
1.2.1 L'association gestionnaire et l'évolution de l'établissement	13
1.2.2 Le projet d'établissement et les résultats de l'évaluation externe.....	16
1.2.3 Les compétences et les savoir-faire de l'ITEP	21
1.3 A la croisée de l'évolution des besoins et des politiques publiques, de nouveaux modes d'intervention possibles.....	23
1.3.1 Un public de plus en plus nombreux.....	24
1.3.2 Des politiques publiques qui créent de nouvelles attentes.....	25
1.3.3 De nouveaux modes d'interventions.....	27
2 Développer la prévention pour mieux répondre aux besoins du public Troubles du Comportement	32
2.1 Un contexte qui invite à la mise en place de la prévention	32
2.1.1 Les nouveaux besoins des jeunes, des familles, des professionnels.....	33
2.1.2 Les attentes du législateur ou la mise en œuvre des politiques publiques.....	36
2.1.3 Des ressources mobilisables et une expérience qui s'inscrit déjà dans une logique de prévention.	40
2.2 Vers une démarche de prévention adaptée.....	41
2.2.1 Approche théorique de la prévention	43
2.2.2 La mise en œuvre de la prévention, sur un autre continent	46
2.2.3 Un choix qui engage : Une approche décloisonnée de la prévention.....	48
2.3 Concevoir l'ITEP de demain	49
2.3.1 Répondre aux besoins de la population et aux attentes du territoire.....	51

2.3.2	La mise en place d'une démarche de prévention globale et décloisonnée.....	52
2.3.3	L'ITEP et sa marge de manœuvre.....	53
3	Développer le rôle de prévention de l'ITEP sur le territoire	57
3.1	Connaitre le contexte et favoriser la décision d'engagement.....	57
3.1.1	Connaître le contexte, pour agir de façon adaptée	57
3.1.2	Préparer la décision	60
3.1.3	Présenter et faire valider les axes du projet.....	61
3.2	Préparer la phase de conception	63
3.2.1	Planifier pour organiser et répartir	63
3.2.2	Piloter pour suivre, ajuster et décider	64
3.2.3	Impliquer les professionnels avec les Groupes Projets.....	65
3.2.4	Communiquer tout au long du projet.....	66
3.3	Identifier les actions à mettre en place	67
3.3.1	Organiser l'accueil séquentiel.....	67
3.3.2	Concevoir une prévention active en faveur des jeunes inscrits sur liste d'attente	68
3.3.3	Elaborer une prévention passive en faveur des professionnels du milieu ordinaire.....	70
3.3.4	Mutualiser pour renforcer la participation des pédopsychiatres	70
3.3.5	Elargir la démarche de l'établissement vers un dispositif décloisonné pour la prévention des troubles du comportement.....	71
3.3.6	Tableau récapitulatif des différentes actions.....	72
3.4	Impulser et accompagner le changement nécessaire	73
3.4.1	Elaborer une démarche stratégique et managériale	74
3.4.2	Mettre en place une démarche participative	75
3.4.3	Déléguer pour concevoir	75
3.4.4	Développer des compétences	76
3.4.5	Elargir l'offre de service en redéployant des moyens financiers.....	77
3.5	Suivre les actions et leur inscription dans la démarche qualité	78
3.5.1	Mettre en place les instances de suivi et d'évaluation	78
3.5.2	Evaluer les actions avec des indicateurs	80
3.5.3	Inscrire les actions au projet d'établissement et à sa démarche qualité.....	81
	Conclusion.....	83
	Bibliographie	85
	Liste des annexesI	

Liste des sigles utilisés

AAJD : Association pour l'Aide aux Adultes et aux Jeunes en Difficulté

AIRe : Association nationale des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques et de leurs Réseaux

ANAP : Agence National d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASH : Adaptation Scolaire et scolarisation des élèves Handicapés

AVS : Assistant de Vie Scolaire

CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale

CAFS : Centre d'Accueil Familial Spécialisé

CAPA-SH : Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en Situation de Handicap

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CFA : Centre de Formation d'Apprentis

CLI : Classe pour l'Inclusion Scolaire

CLSC : Centres Locaux de Services Communautaires

CMPEA : Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée

CSSS : Centre de Santé et de Services Sociaux

DGAS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

ESMS : Etablissements et Services Médico-Sociaux

ETP : Equivalent Temps Plein

FJT : Foyer de Jeunes Travailleurs

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

GP : Groupe Projet

GPA : Groupe de Pilotage de l'Action

GPE : Groupe de Pilotage et d'Evaluation

HPST : Hôpital, Patient Santé et Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

MDA : Maison Des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfant à Caractère Social

MRIICE : Mission Régionale Interdépartementale d'Inspection de Contrôle et d'Evaluation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et à la Santé

PRIAC : Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PSRS : Programme Stratégique Régional de Santé

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

TCC : Troubles du Comportement et de la Conduite

ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

VRS : Valorisation des Rôles Sociaux

Introduction

Je dirige l'Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) de l'Association pour l'Aide aux Adultes et aux Jeunes en Difficulté (AAJD) depuis le mois d'avril 2011, après avoir été chef de service dans ce même établissement pendant plus de 10 ans.

J'ai contribué, en tant que cadre intermédiaire, à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement (2006/2011). Ce projet nous a permis de mettre en place une nouvelle organisation, de développer notre dispositif, en créant par exemple, un site sur le nord du département. Nous avons, par ailleurs, enrichi notre approche de la problématique des jeunes enfants/adolescents en constituant une équipe médico-psychologique, avec des professionnels de qualification et d'orientations complémentaires et en développant de nouveaux modes d'accompagnements.

Après ma prise de fonction, nous avons réalisé l'actualisation du projet de l'ITEP et j'ai décidé de le conforter, au travers d'une démarche participative, en prenant en compte les résultats récents de l'évaluation externe de l'établissement. Cette actualisation nous a permis aussi de dégager des axes de progrès, dont celui de notre rôle sur le champ de la prévention.

En m'appuyant sur les différents constats, partagés avec mon équipe de direction et plusieurs partenaires, j'ai choisi de mener un travail pour interroger le rôle de prévention d'un ITEP, avec l'objectif de prévenir les ruptures de parcours. Je constate depuis plusieurs années, qu'un ensemble de jeunes qui présentent des troubles du comportement, ne bénéficient pas de réponses adaptées à leurs besoins. Des délais d'admission très longs, de nouveaux modes de compensation, font vivre à ces jeunes et à leurs familles, des situations qui peuvent devenir très difficiles, souvent à l'origine de rupture de parcours. En développant ce rôle de prévention, j'aspire à ce que notre dispositif offre de nouvelles réponses et contribue à la définition d'autres interventions élaborées sur un mode coopératif avec nos partenaires. Les réponses du territoire ne suffisent plus, face à un nombre de situation en augmentation, caractérisé par des problématiques complexes qui engendrent des parcours institutionnels de plus en plus longs. Par ailleurs, certains jeunes présentant des troubles du comportement sont maintenus volontairement ou involontairement (liste d'attente) en milieu ordinaire. Ces situations, qui peuvent durer de nombreux mois mettent en difficultés les jeunes, leurs familles et les professionnels du milieu ordinaire. Elles sont souvent à l'origine de crises ou de situations de rupture (scolaire, familiale ou de soins). Les enjeux sont importants, car en développant la prévention, nous favoriserons ainsi une détection précoce des troubles du comportement, et par notre participation à l'élaboration d'accompagnements

adaptés, nous éviterons l'aggravation de certains troubles, et la mise en place de réponses médico-sociales coûteuses.

La première partie de ce travail est consacrée à une présentation du public, et de ses caractéristiques si particulières, qui nécessite la mise en place d'une évaluation précise des besoins et la co-construction avec le jeune et sa famille d'un projet d'accompagnement singulier et adaptable très rapidement, en fonction de l'évolution du jeune. Etre capables d'une évolution favorable très rapide lorsqu'ils peuvent enfin, mobiliser toutes leurs capacités, ou au contraire, présenter une dégradation majeure de leurs comportements, lorsqu'ils traversent une importante période de souffrance psychique, constitue une des particularités des jeunes qui présentent des troubles du comportement. Il est donc nécessaire de concevoir une organisation sécurisante et souple, capable offrant plusieurs possibilités de réponses en interne et à l'externe, qui favorisent l'évolution des compétences et la mise en place d'un projet d'inclusion, scolaire ou professionnelle. Cette organisation doit aussi, être en capacité d'anticiper et de faire face à des moments d'agitation et de violence, en préservant le bien être et la sécurité des autres jeunes accueillis et des professionnels. Ces manifestations ne sont que l'expression d'une souffrance intense qui nécessite une attention accrue portée à celui qui la vit. Concilier ce double aspect organisationnel constitue un véritable défi dans le cadre du fonctionnement d'un ITEP.

Je m'autorise à dire aujourd'hui, en m'appuyant sur les résultats de l'évaluation externe, que nous avons réussi à relever ce défi (même si nous devons en affronter d'autres). Pour atteindre cet objectif, l'équipe de l'ITEP s'est réorganisée. Nous avons développé des compétences et des approches, que nous devons valoriser et partager.

L'évolution des politiques publiques de ces dernières années, renforce la place dans la société de la personne en situation de handicap et développe de nouveaux modes de compensation. Je suis convaincu de l'intérêt de cette démarche, mais elle crée aussi de nouveaux besoins. La nouvelle organisation, la mise en place des Maisons Départementales de la Personne Handicapée, permet certainement une meilleure identification des personnes en situation de handicap et de leurs besoins spécifiques. Mais elle participe également à une forme d'augmentation du nombre d'orientations vers les institutions, qui doivent faire face, compte tenu des modes de compensation en milieu ordinaire, à un public présentant des problématiques aggravées et complexes.

Pour le public qui présente des troubles du comportement, l'évolution des modes de vie, et la crise économique que nous traversons, jouent des rôles particuliers en fragilisant des familles et le cadre éducatif qu'elles représentent. Ces évolutions créent une tension importante entre les besoins des personnes et les réponses médico-sociales, dans une période où l'état se réorganise et cherche à rationaliser les moyens qu'il mobilise en

faveurs des publics en difficulté. Dans les évolutions souhaitées, l'état attend que les établissements médico-sociaux élargissent leurs champs d'actions, en s'inscrivant dans des coopérations intersectorielles capables d'offrir de nouvelles réponses.

La deuxième partie de ce document, aborde la prévention comme un moyen à développer, pour répondre aux nouveaux besoins que j'ai pu repérer. La documentation spécialisée et les textes réglementaires confirment que l'ensemble des acteurs intervenant dans l'enfance et la petite enfance, réalise des actions de prévention sectorielles, qui doivent être effectuées, et inscrites dans des fonctionnements décloisonnés, basées sur une approche de la santé tel que la définit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹. L'ITEP, dans ses accompagnements, prend en compte la globalité de la personne, ce qui impose à l'équipe des pratiques professionnelles interdisciplinaires, et induit, des partenariats indispensables avec les acteurs des différents champs de la vie de l'enfant. Nous disposons aujourd'hui, d'un ensemble de compétences au sein de notre dispositif et de relations partenariales importantes, qui nous ont conduits à mettre en place à titre expérimental, des actions en faveur des enseignants du milieu ordinaire. L'appropriation des différents concepts de prévention, me permet de confirmer que ce type d'action s'inscrit dans une logique de prévention et me donne la possibilité de qualifier des actions que je souhaite mettre en place : Je propose donc d'inscrire mon action, dans un registre de prévention active et secondaire, directement en faveur du public concerné, afin de prévenir l'aggravation des troubles, et en parallèle de développer et de renfoncer une prévention passive, elle aussi secondaire, en faveur des professionnels du milieu ordinaire.

La dernière partie, présente le changement et la démarche que je souhaite mettre en place, pour permettre l'adaptation du dispositif que je dirige. La première étape est d'obtenir l'autorisation de l'association pour engager l'action au sein de l'établissement, c'est aussi le point de départ d'une communication dont le rôle sera très important tout au long de ce projet. Il ne s'agit donc pas de procéder à un changement radical de l'organisation, mais bien de conduire l'adaptation nécessaire, pour que l'établissement soit en capacité d'élargir ses missions, tout en préservant ce qui fait la qualité de nos accompagnements actuels. Cette nouvelle adaptation de notre organisation ne peut se concevoir, sans s'inscrire dans un contexte spécifique qu'est celui d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et celui d'un environnement en pleine évolution. Elle doit aussi prendre en compte le projet actuel de l'établissement, et les

¹ Constitution de l'OMS, 1948

modes de management mis en place. Ces nouvelles missions et l'organisation qu'elles supposent, ne seront comprises et investies, que si elles sont construites à partir d'une démarche participative, qui prendra en compte nos différents engagements, en particulier ceux inscrits à notre démarche d'amélioration continue de la qualité.

1 L'ITEP/AAJD : Un dispositif en faveur des enfants/adolescents présentant des troubles du comportement confronté à l'évolution du public et de son environnement.

Les ITEP, bien qu'inscrits dans le champ du médico-social depuis de nombreuses années, ont longtemps souffert d'une « crise identitaire » jusqu'en 2005, date de la parution du décret 2005-11 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques. Jusqu'à cette date, ce type d'établissement portait le nom d'Institut de Rééducation avec, au sein de ses effectifs, des jeunes dont les problématiques ne pouvaient se satisfaire des modes d'accompagnements proposés (problématiques psychotiques). Ce décret est venu préciser le type de public accueilli et les modalités nécessaires à l'accompagnement de ces jeunes garçons ou filles, âgés de 6 à 20 ans, qui ne présentent pas de déficience intellectuelle, ni des aspects psychotiques trop importants. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes ne sont pas en mesure d'accéder aux modes d'apprentissages traditionnels, au regard des problématiques complexes qu'ils présentent, qu'il faut très souvent mettre en lien avec des parcours de vie emprunts d'insécurité, d'abandon, de maltraitance et d'un ensemble d'éléments qui n'ont pas favorisé leur épanouissement et leur évolution.

1.1 Un public spécifique

1.1.1 Des problématiques complexes

L'ITEP accompagne donc des : *« enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé »*²

Les 76 garçons et filles que nous accueillons, sont orientés vers l'établissement par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) car ils ne sont plus en capacité de suivre une scolarité en milieu ordinaire. En effet, la situation de souffrance

²Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 relatif aux Conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.

psychologique qu'ils traversent et son expression (les troubles du comportement) sont si intenses qu'ils perturbent gravement le fonctionnement ordinaire d'une école ou d'un collège, allant quelques fois, jusqu'à ce que le jeune se mette en danger ou mette en danger son environnement.

Les facteurs qui peuvent être à l'origine de ces troubles sont multiples : ils peuvent être biologiques (activités biologiques ou neurologiques défaillantes), familiaux (graves carences éducatives, maltraitance, abandon,...) en interaction avec d'autres facteurs (statut socio-économique, absence de soutien extra-familial, âge, sexe, tempérament) mais ils peuvent être aussi scolaires (échec scolaire lié aux capacités du jeune).

Ces facteurs, couramment conjugués chez l'enfant/adolescent, sont source de carences au plan structurel et comportemental, ils se traduisent souvent par une « dysharmonie » dans l'évolution des enfants/adolescents.

Cette « dysharmonie » s'exprime principalement :

Au plan des acquisitions scolaires :

Retard dans les apprentissages, pseudo déficience, inhibition intellectuelle, trouble du langage écrit et oral, accès difficile à une pensée catégorielle, troubles cognitifs, difficulté de repérage dans le temps et l'espace, défaut de logique...

Au plan psycho affectif :

Troubles moteurs, affections somatiques, troubles du sommeil, troubles de l'élocution. Retard de croissance, dépendance à l'autre, troubles de l'identification, comportement de type obsessionnel, hyper activité, troubles de l'alimentation, de l'hygiène, de l'humeur...

Au plan de la vie sociale :

Difficulté d'insertion sociale, passage à l'acte délinquant, violence et agressivité, trouble de la relation, intolérance à la frustration, difficulté à se projeter, conduite addictive : tabac, alcool, cannabis, difficulté à vivre en groupe.

Nous accueillons donc des enfants/adolescents fragilisés par un parcours de vie emprunt d'insécurité, d'échecs et de mésestime, avec des parents qui doutent de leurs capacités et de celles des différents intervenants qu'ils ont pu croiser, depuis le repérage des difficultés de leur enfant. Dans certains cas, ces derniers sont eux-mêmes dans de telles difficultés personnelles qu'ils ne sont pas en mesure de tenir pleinement leurs rôles de parents (30 % des enfants orientés à l'ITEP sont confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) avec une mesure de protection de l'enfance.

1.1.2 Des parcours de vie chaotiques

Nous accompagnons donc des enfants/adolescents qui présentent une trajectoire de vie marquée par de lourds traumatismes, à l'origine de leurs difficultés, et pour lesquels l'arrivée dans la scolarité est une étape qui les plongent dans un nouvel environnement avec des règles, des exigences, qu'ils ne sont pas en capacité de respecter. Ils vivent dès-lors, une nouvelle situation d'échec et de souffrance, qui renforce une perception familiale déjà bien négative. Pour illustrer, ces premières années de la vie des jeunes avant leur admission à l'ITEP, j'ai choisi de résumer en quelques phrases le parcours de deux d'entre eux :

- **Steven** est l'aîné d'une fratrie de 4 enfants, ses deux parents sont confrontés à des problèmes d'addiction depuis l'adolescence, et son père s'est inscrit progressivement dans la délinquance, il séjourne régulièrement en maison d'arrêt. La famille vit des minimas sociaux et Madame élève donc seule, les enfants lors des périodes d'incarcération de Monsieur. Dès sa scolarisation tardive à l'âge de 5 ans, Steven a été repéré comme un enfant plutôt solitaire, en difficulté dans ses relations avec les autres élèves, et capable de réactions très vives et inhabituelles pour un enfant de son âge (violence verbale et physique, injures à connotation sexuelle, fugue). Suite à un signalement de l'école, une mesure de protection a été prononcée par le Juge des enfants, au travers d'une mesure éducative en milieu ouvert, avec une demande 18 mois plus tard, de placement en Maison d'Enfants à Caractère Social pour les deux aînés de la famille. Le magistrat a considéré que Madame n'était pas en mesure de faire face à l'éducation et de protéger ses deux garçons, souvent laissés seuls à la maison ou dans le quartier. Steven est donc accueilli en MECS au lendemain de ses huit ans, les différentes tentatives de scolarisation se traduisent à chaque fois par un échec. Steven est décrit comme un enfant intelligent, sensible et « rêveur », en difficulté dans ses relations avec les autres enfants. La psychologue n'évalue pas de retard intellectuel, mais souligne des difficultés de comportement, y compris pendant la passation des tests. Une demande d'orientation est instruite auprès de la MDPH et Steven est admis sur l'ITEP 18 mois plus tard (délais MDPH et liste d'attente), il va avoir 10 ans, il ne sait ni lire ni écrire et n'a pas intégré les bases d'un comportement social adapté.
- **Maxime** est le dernier d'une fratrie de 3 enfants et c'est l'enfant qui a souffert le plus de la situation conflictuelle et violente, qui a abouti au divorce de ses parents. Sa mère a été hospitalisée plusieurs mois en psychiatrie, elle bénéficie

depuis d'un lourd traitement médicamenteux et a de faibles capacités d'autonomie (elle vit chez ses parents). Depuis la séparation du couple, un climat conflictuel perdure, avec la participation des grands-parents maternels, ce qui a conduit un magistrat à suspendre les droits des grands-parents. Dès l'âge de trois ans, Maxime sera suivi par un service de pédopsychiatrie, et vers l'âge de 6 ans, plusieurs hospitalisations seront nécessaires, compte tenu de son agitation et de sa violence. Pendant toute cette période, il fréquente très peu l'école, son père refait sa vie et a une nouvelle compagne. Il s'efforce d'offrir à ses enfants et particulièrement à Maxime des conditions de vie favorables, ce qui va permettre une reprise de la scolarité avec l'intervention d'un Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD). Un climat conflictuel s'installe progressivement entre le jeune et sa belle-mère. Les crises violentes sont de plus en plus importantes, et conduisent un magistrat à ordonner un placement en famille d'accueil. Maxime a alors 11 ans, il est inscrit dans un collège pour suivre une 6ème et en quelques mois, suite à un conseil de discipline, Maxime est exclu du collège pour « comportement violent et incontrôlable ». La décision d'orientation vers un ITEP sera prise quelques mois plus tard, mais entre temps, lors d'un week-end chez son père, il agresse sa belle-mère, le couple est entraîné dans la violence de Maxime, ce dernier est attaché et son père l'étrangle, il s'arrête heureusement au bout de quelques secondes. Le couple sera entendu et poursuivi par la justice pour ces faits.

Ces deux situations mettent en évidence plusieurs points :

- Le fait tout d'abord que, très tôt, l'histoire du jeune se caractérise par des situations insécurisantes et violentes, qui le traumatisent gravement, dans certains cas, par des faits qui se sont déroulés dans sa petite enfance, et dont il n'a pas souvenir.
- Les situations évoluent progressivement et nuisent à la scolarité du jeune, de part une fréquentation irrégulière, son manque de disponibilité psychique et l'aggravation de ses troubles. C'est l'intensité et la fréquence des troubles du comportement, qui provoquent une impossibilité d'évoluer dans une école classique, et qui justifie, en partie, son orientation sur l'ITEP.
- L'accompagnement en ITEP, n'est pas proposé rapidement, du fait de la mise en place de mesures de protection, de tentatives d'accompagnement en milieu ouvert, d'un délai administratif mais aussi d'une liste d'attente importante sur le département de la Manche.
- Des parents démunis, parfois « jugés » et qui ont une très mauvaise image d'eux-mêmes, de leur enfant, et quelques fois des travailleurs sociaux.

Les enfants/adolescents orientés à l'ITEP ont, avant leur admission, un parcours de vie marqué par des événements graves, des interventions dans le but de les protéger et bien souvent, les éloignent de leur famille. Ils sont « *engagés dans des processus complexes d'interaction entre leurs difficultés personnelles, leur comportement et leur environnement, et sont en situation ou risque de désinsertion familiale, scolaire ou sociale ;* »³ Cette phrase extraite de la circulaire de 2007, montre bien à quel point les enfants/adolescents sont pris dans des situations complexes, avant même leur admission à l'ITEP, et qu'il est important de construire pour eux des accompagnements adaptés et qui prennent en compte la dimension personnelle, le comportement et l'environnement.

Ces parcours de vie se traduisent des besoins spécifiques qui demandent une réponse personnalisée et adaptée en particulier en terme de soin, d'éducation et de pédagogie.

En effet, une intervention pédagogique, éducative et médico-psychologique ne peut se concevoir, sans s'inscrire dans un fonctionnement interdisciplinaire, qui prend en compte l'état de souffrance du jeune, afin d'ajuster et de prioriser les objectifs du projet. Il est nécessaire que le jeune et sa famille comprennent le sens des actions mises en place, mais aussi que les professionnels agissent en interdisciplinarité⁴ prenant appui sur des référentiels de compétences et de prestations.

1.1.3 Des besoins singuliers

Compte-tenu de ses troubles du comportement, l'enfant/adolescent n'est pas en mesure d'accéder aux différents apprentissages nécessaires à l'évolution de ses capacités, il a, du fait de son histoire, une très mauvaise image de lui-même avec souvent une difficulté à faire confiance aux adultes.

Dès son arrivée sur l'établissement, le jeune mais aussi sa famille, ont besoin d'être rassurés et sécurisés. La phase d'accueil est organisée et structurée, avec des professionnels qui sont à l'écoute des attentes de chacun et qui vont s'efforcer de construire, dans le temps, une relation de confiance. C'est au travers de ces conditions d'accueil et d'un climat sécurisant, que vont se construire ces nouvelles relations pour le jeune et sa famille, favorisant ainsi l'expression et la participation de chacun.

Les besoins de bases sont identiques pour tous, mais c'est dans l'identification des besoins spécifiques et avec la reconnaissance des capacités de chaque jeune, que va se

³ Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n°2007-194 du 14 Mai 2007 relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charges des enfants accueillis

⁴circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007 « La notion d'interdisciplinarité marque la nécessité de disposer de personnels aux formations et aux compétences diverses, en mesure de mener une intervention d'ensemble, globale, interactive, cohérente »

construire le projet personnalisé d'accompagnement. Le rôle de l'équipe interdisciplinaire et la participation de l'utilisateur sont déterminants pour définir des objectifs communs et construire des actions visant à développer les compétences nécessaires à l'atteinte des objectifs énoncés au projet.

Les besoins spécifiques touchent donc différentes sphères de la vie de l'enfant :

- La dimension personnelle avec son histoire, ses forces, ses faiblesses, sa singularité et sa place dans la famille. Le jeune a besoin de comprendre son histoire, de connaître ses capacités et ses points faibles. Il a besoin d'être sécurisé, rassuré et valorisé. Dans certains cas, il doute aussi de la fiabilité de l'adulte et a besoin d'être confronté à des adultes fiables, solides et cohérents. Quelquefois, il doit aussi avoir conscience de ses difficultés, pour accepter le traitement médicamenteux qui va l'aider.
- Son comportement qui perturbe ses capacités d'apprentissage et qui est l'expression de difficultés psychologiques importantes. Cette mise en lien entre les difficultés psychologiques et le comportement est un travail difficile que le jeune refuse dans un premier temps, car il nécessite d'être en capacité d'exprimer sa souffrance et de pouvoir en identifier l'origine. Le jeune est plus réceptif à l'idée de corriger un comportement, pour réussir son projet ou retrouver des liens avec sa famille, plutôt que d'entreprendre un long travail d'introspection.
- Son interaction avec l'environnement (les autres jeunes de son âge, l'école,...), de simples situations comme avoir et entretenir une relation d'amitié, être assis et avoir un comportement adapté au milieu de jeunes de son âge sont des situations complexes à gérer, pour un jeune qui présente des troubles du comportement. « L'autre » est parfois vécu comme un agresseur, un objet sur lequel on exprime sa colère, il est donc nécessaire d'apprendre ou de réapprendre à vivre avec les autres. C'est en retravaillant les bases des codes sociaux de façon progressive, qu'il va prendre confiance en ses capacités et être capable de tenir le rôle d'élève, étape indispensable pour aller vers l'acquisition de nouvelles compétences scolaires.

Leur admission sur l'établissement est prononcée souvent après plusieurs semaines, voir plusieurs mois de déscolarisation ou de scolarité à temps très partiel, du fait de leur comportement, mais aussi en raison d'une liste d'attente importante. Cette période est préjudiciable, car elle contribue à aggraver une mésestime déjà très importante chez le jeune, et elle favorise des tensions dans le milieu familial, éprouvé par un parcours scolaire difficile depuis plusieurs années. On peut aussi émettre l'hypothèse que

l'admission à l'ITEP, révèle aussi un constat d'échec d'un ensemble d'étayages ou de soutiens mis en place depuis plusieurs années auprès du jeune et de sa famille.

Pour être en mesure de répondre aux besoins spécifiques de ce public, des établissements particuliers ont été créés et dotés de moyens pour concevoir un accompagnement interdisciplinaire à visée soignante. Ces établissements ont longtemps porté le nom d'Institut de Rééducation mais suite au Décret 2005-11 sur les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des ITEP, et après avoir respecté une procédure de mise en conformité, ils portent le nom d'Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique. Selon le FINESS⁵, 432 ITEP sont répertoriés en France métropolitaine pour 15 039 places installées. Ils proposent jusqu'à six différentes modalités d'accompagnement (internat, semi-internat, accueil familial spécialisé, Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), accueil de jour séquentiel, internat modulé). Ils sont majoritairement gérés par des associations à but non lucratif et certaines d'entre elles ont fait le choix d'avoir un SESSAD autonome comme celui mis en place à l'AAJD.

1.2 Un projet d'établissement qui porte des valeurs associatives, des savoir-faire et une expertise reconnue

1.2.1 L'association gestionnaire et l'évolution de l'établissement

L'AAJD est une association à but non lucratif (loi de 1901), qui trouve son origine dès 1936, suite à la mise en place d'une première famille d'accueil par l'abbé Henri RYST. Ses administrateurs sont des bénévoles, beaucoup d'entre eux sont d'anciens professionnels du secteur et aucun membre du conseil d'administration ne représente les parents des jeunes accompagnés. Actuellement, l'association gère 5 établissements et services dans le département de la Manche, sur les champs de la protection de l'enfance et du handicap, ainsi qu'un foyer de jeunes travailleurs. En 2012, 413 jeunes ont été suivis par les établissements et services, et l'association emploie 330 salariés.

L'AAJD s'appuie sur un ensemble de textes, en référence aux droits de l'Homme complétés par les lois constitutives des dispositifs sociaux et médico sociaux, qui en sont le socle et les fondements et qui légitiment son existence et apportent un sens commun à l'action de ses acteurs.

L'Association agit conformément à l'article 2 de ses statuts, « *L'Association se donne pour objectifs d'accueillir et d'accompagner des mineurs et des adultes fragilisés dans*

⁵ FINESS :Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

leurs capacités d'apprentissage et d'insertion, du fait d'un handicap reconnu, ou d'une situation familiale ou sociale source de perturbations ou de difficultés d'adaptation. »⁶

« Elle met en place, avec des financeurs publics ou privés, des structures adaptées ainsi que toutes opérations commerciales, financières ou industrielles pouvant se rattacher directement ou indirectement à l'objet social (ou à tout objet similaire ou connexe), pour apporter aux personnes qu'elle accueille ou accompagne, l'aide éducative, pédagogique, thérapeutique et sociale, dont ils ont besoin »⁷. Elle agit en référence aux politiques sociales et médico-sociales, et impulse des actions de recherche et développement en lien avec son objet.

Les valeurs et concepts de référence portés par l'association fondent le sens et les principes qui guident l'action :

– L'égal accès de tous aux droits fondamentaux

L'égal accès de tous aux droits fondamentaux renvoie à la citoyenneté et à la possibilité d'être acteur et maître de ses choix dans tous les aspects de la vie.

L'AAJD entend assurer aux personnes, l'accès en priorité aux dispositifs et au droit commun dans tous les domaines.

– La Valorisation des Rôles Sociaux (VRS), une ligne de conduite

La VRS constitue un système de valeurs, de concepts et de principes de référence pour les projets des établissements et services de l'association :

« Les personnes, indépendamment de leurs difficultés, de leurs déficiences et limites de capacités, sont tout d'abord des enfants, des adolescents ou des adultes et l'on doit s'efforcer de leur permettre d'accéder, avec les adaptations strictement nécessaires, aux statuts les plus nombreux et les plus valorisés possibles. Pour ce faire, il importe d'être attentif aux limitations de rôles qui peuvent être imputés à des causes variées liées autant aux difficultés de la personne qu'à des procédures externes»⁸.

La VRS se construit à partir de la personne elle-même, de ses conditions de vie, de son rôle social.

– Une approche globale de la personne induite par la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

⁶ Statut de L'AAJD

⁷ Projet associatif de l'AAJD validé le 14 Mai 2014 par le Conseil d'Administration

⁸ extrait du glossaire VALORIS 2004: méthode européenne d'évaluation de la qualité des services à l'usage des dispositifs sociaux et médico-sociaux créée par le Comité Européen pour l'Intégration Sociale (CEDIS)

« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ⁹ ».

Cette représentation multidimensionnelle, de la santé induit l'environnement comme facilitateur ou obstacle à la participation de la personne. Elle implique une vision transversale et une mise en synergie des ressources au service de la personne.

L'AAJD entend mettre en interaction cette définition de la santé, avec le concept de qualité de vie, articulée aux dimensions personnelles, de soins, environnementales, afin de favoriser le « *degré d'accomplissement ou de satisfaction des besoins physiques, biologiques, physiologiques, économiques et sociaux et le degré auquel l'environnement a la capacité de fournir des ressources nécessaires pour satisfaire les besoins fondamentaux* »¹⁰

– Le management par projet, l'articulation du sens et de la méthode

Cette organisation intègre un mode de management, « *dans lequel une équipe projet, composée des représentants des différentes fonctions de l'entreprise et pilotée par un directeur de projet* »¹¹, pour permettre de répondre aux principes directeurs associatifs : transversalité, individualisation de l'offre de service, interdisciplinarité, participation, et au-delà favoriser l'invention, l'innovation et la démarche de recherche-développement. L'AAJD s'appuie sur une structure de type matriciel.

Il s'agit d'un des modèles les plus appropriés d'élaboration de réponses, basées sur le projet de vie de la personne et les prestations individualisées, compte-tenu de ses besoins¹².

La stratégie associative, n'est pas une simple intention de l'association pour laquelle je travaille. Elle a fait le choix de mettre en place un conseil stratégique associatif composé du président, du directeur général et des directeurs, pour avoir une instance de concertation afin de préparer les choix stratégiques associatifs dans un contexte en forte mutation. Associée au conseil stratégique associatif, le conseil de direction (Directeurs et Directeur Général), cette instance contribue aux liens et à la collaboration entre directeurs et particulièrement, pour ma part, avec le directeur du SESSAD qui intervient auprès du même public ITEP. Ces deux instances constituent l'interface entre la gouvernance et la dirigeance associative.

⁹ Définition de la santé par l'OMS.

¹⁰ Définition extraite du glossaire VALORIS: méthode européenne d'évaluation de la qualité des services à l'usage des dispositifs sociaux et médico-sociaux

¹¹ Jean-Pierre BOUTINET 1990 « Anthropologie du projet » Paris édition Presses universitaires de France p196

¹² Cf. La classification des besoins fondamentaux de la personne selon Maslow-Pringle et Hendersen.

1.2.2 Le projet d'établissement et les résultats de l'évaluation externe

L'ITEP est un des établissements médico-sociaux gérés par l'AAJD. Sa zone d'intervention est départementale. Une section ITEP, pour un établissement d'une autre association, existe dans le Sud-Manche, sans internat possible pour les enfants de moins de 12 ans. La Manche est un département plutôt rural d'environ 500 000 habitants. L'agglomération la plus importante est celle de Cherbourg-Octeville (plus de 40 000 habitants) située au nord du département. Pour favoriser la proximité, le dispositif est implanté sur 2 sites : Querqueville pour le nord et Agneaux pour le centre Manche, il est placé sous l'autorité de contrôle de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et ses missions sont fixées par le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 relatif aux Conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques :

« 1°) Accompagner le développement des personnes au moyen d'une intervention interdisciplinaire.

2°) Dispenser des soins et des rééducations.

3°) Favoriser le maintien du lien des intéressés avec leur milieu familial et social.

4°) Promouvoir leur intégration dans les différents domaines de la vie.

5°) Assurer un suivi de ces personnes pendant une période définie.

6°) Participer, en liaison avec les autres intervenants compétents, à des actions de prévention, de repérage des troubles du comportement et de recherche de solutions adaptées. »¹³

Pour mener à bien cette mission de service public, l'établissement que je dirige est doté d'un plateau technique composé de plusieurs équipes :

- Equipe de direction (5 ETP)
- Equipe administrative (4,75 ETP)
- Equipe services généraux (16,10 ETP)
- Equipe médicale et paramédicale (5,85 ETP)

Elle est composée d'un médecin pédopsychiatre, de psychologues d'orientation différentes et complémentaires (analytique, systémique, neuropsychologie), d'infirmières et de psychomotriciennes.

- Equipe socio-éducative (35,99 ETP)

¹³ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

Elle est composée de 28 éducateurs spécialisés, 6 moniteurs éducateurs et de 2 moniteurs adjoints d'animations, avec une expérience moyenne de 8 ans auprès du public TCC.

- Equipe pédagogique (9 ETP)

Elle est composée de 9 professeurs des écoles, tous titulaires du CAPA-SH¹⁴ option D¹⁵, avec une expérience moyenne de 7 ans auprès de notre public.

- Equipe assistants(es) familiaux (ales) (30 ETP)

Total : **102.69 ETP** (organigramme annexe n°1)

Le décret 2005-11 prévoit aussi différentes modalités d'accueil : internat, semi-internat, SESSAD, accueil de jour séquentiel, internat modulé et accueil familial spécialisé. Les modalités d'accueil se fixent, au cas par cas, en fonction du projet personnalisé du jeune, de son évolution et toujours avec l'accord des parents ou des représentants légaux. En règle générale, les enfants pour lesquels la scolarité en milieu ordinaire peut être maintenue, sont orientés vers le SESSAD.

Dans son organisation, l'ITEP dispose pour ses 2 sites (Centre et Nord Manche), d'une unité d'enseignement annexée, par convention, avec l'Éducation Nationale à l'établissement.

Au regard de la dernière visite de conformité, un arrêté préfectoral autorise une capacité d'accueil de 76 places (sur 2 sites) dont 28 en internat et 30 en accueil familial spécialisé, pour des jeunes garçons ou filles âgés de 6 à 20 ans.

Un petit rappel historique est nécessaire pour mieux appréhender l'évolution de l'établissement ces dernières années :

Dans les années 1990, l'établissement a vécu des moments très difficiles et au regard des faits graves (violences institutionnelles) qui s'y sont déroulés, une première phase de restructuration s'est mise en place, avec la création d'un lieu spécifique pour accueillir les plus jeunes, et l'ouverture de 2 classes externalisées pour cette tranche d'âge.

En parallèle, le Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS.) a été développé ainsi qu'un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) par redéploiement de places d'internat. Dans un premier temps, le CAFS et le SESSAD sont rattachés à l'ITEP et ce n'est qu'en 2005, que le SESSAD est devenu autonome.

¹⁴ CAPA-SH (certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap)

¹⁵ Option D : Enseignants travaillant dans le premier ou le second degré auprès d'enfants ou d'adolescents présentant un handicap mental, cognitif, psychique ou un polyhandicap, soit dans le cadre d'établissements spécialisés (IME, ITEP, HP) soit dans le cadre de structures ou de dispositifs de scolarisation en milieu ordinaire (CLIS dans le 1er degré ou Ulis dans le second degré).

La mise en place de la loi 2002-2 et de ses outils, les recommandations d'un rapport de la Mission Régionale Interdépartementale d'Inspection de Contrôle et d'Evaluation (MRIICE) ainsi que les travaux préparatoires au décret de 2005¹⁶, nous ont conduit à mettre en place une démarche participative, qui a abouti en 2006, à la validation d'un nouveau projet d'établissement. Nous l'avons conçu, comme un véritable outil, en présentant les changements attendus sur une période de 5 ans au niveau de l'évolution de la structure, de l'organisation et des modes d'accompagnement :

- Mettre en place des unités de vie mixte à faible effectif et améliorer les conditions d'accueil (réhabilitation de l'ensemble des locaux).
- Favoriser l'interdisciplinarité et mettre en place une équipe médico-psychologique avec des approches diversifiées (systémique, neuropsychologique, psychanalytique et clinique).
- Optimiser la communication et la coordination internes et externes.
- Concevoir des modalités d'élaboration, de suivi et de réajustement des projets d'accompagnement adaptées aux besoins (réactivité, priorisation des objectifs) des jeunes accueillis, en favorisant la participation du jeune et de sa famille.
- Etendre l'ouverture de l'établissement sur l'environnement (classes externalisées, partenariats).
- Créer un site sur le nord du département de la Manche.
- Continuer à développer notre dispositif interne et externe pour favoriser les parcours des jeunes.
- Favoriser l'autonomie des équipes et des professionnels et le développement de leurs compétences.
- Compléter notre offre de soins en renforçant l'approche systémique et les thérapies brèves, comme les techniques cognitivo-comportementales.

En prenant en compte, les axes présentés ci-dessus, le projet était principalement basé sur une réelle individualisation de l'accompagnement, avec la mise en place d'un référent projet et des emplois du temps modifiés, pour permettre un suivi et une actualisation du projet de chaque jeune toutes les 6 à 8 semaines.

La mise en œuvre de ce projet, prévue initialement sur 5 ans (2006/2011), s'est, en fait, déroulée jusqu'en 2013, au regard du choix que j'ai fait, d'attendre les résultats de l'évaluation externe (mars 2013) pour concevoir avec les équipes, l'élaboration du nouveau projet. Pendant toute cette période, l'environnement de l'établissement a aussi évolué, et nous avons dû actualiser le projet pour prendre en compte ces changements.

¹⁶ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

De nombreuses lois et décrets ont été votés comme, la loi n°2007-293 du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, le décret n°2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements, la mise en place des Agences Régionales de Santé et de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

En 2009, l'association a aussi signé un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens pour les établissements et services de compétence ARS, ce qui a quelque peu modifié mais aussi favorisé les conditions de déroulement de notre projet (mutualisation, fiche CPOM, affectation des résultats,...). Prolongé par avenant, ce premier CPOM est en phase d'évaluation et la signature du prochain devrait avoir lieu dans quelques mois.

Il est important de souligner qu'en 2005, l'association a décidé, en accord avec les autorités de contrôle, de rendre le SESSAD autonome, tout en maintenant des liens étroits avec l'ITEP. Je rencontre régulièrement mon collègue directeur du SESSAD et nous partageons un ensemble de constats ainsi que la nécessité de faire évoluer nos organisations de façons concertées, c'est ainsi d'ailleurs, que nous avons proposé et obtenu une autorisation pour que le SESSAD intervienne plus précocement, pour certains enfants, dès l'âge de 3 ans.

Progressivement, l'établissement s'est donc réorganisé, pour être en mesure d'offrir des conditions d'accueil et d'accompagnement en adéquation avec les besoins des jeunes accueillis :

- En créant tout d'abord des unités de vie à faible effectif en fonction de 3 tranches d'âges (6/11 ans ; 12/15 ans et plus de 16 ans) qui offrent des conditions de vie sécurisantes.
- En constituant une équipe médico-psychologique aux approches multiples animée par un médecin pédopsychiatre.
- En organisant des modalités d'accompagnement qui favorisent l'individualisation, l'anticipation, l'adaptation et l'interdisciplinarité.
- En favorisant la participation du jeune et de sa famille dès la procédure d'admission.
- En modifiant l'organisation, pour permettre le suivi et l'adaptation du projet de chaque jeune toutes les 6 à 8 semaines.
- En veillant à préserver un climat de respect et de prévenance, avec en particulier, un plan de bientraitance porté par l'équipe de direction et relayé par l'ensemble des professionnels.
- En évitant la concentration des jeunes sur un même lieu et en développant nos partenariats.

- En développant de nouveaux modes d'interventions (ateliers co-animés par un éducateur et une psychologue) et de nouveaux outils (remédiations cognitives, atelier d'habiletés sociales).
- En mettant en œuvre sur l'ITEP une démarche d'amélioration continue de la qualité animée par un Groupe de Pilotage et d'Evaluation (G.P.E.).

Il faut cependant noter qu'une des modalités d'accueil prévue au décret de 2005, n'est pas encore mise en place au sein de l'ITEP : Il s'agit de l'accueil séquentiel, qui offre la possibilité d'accueillir un jeune sur de courtes périodes, au sein de l'établissement, pour permettre, par exemple, un répit en situation de crise ou faciliter l'évaluation des besoins d'un jeune. Ce mode d'accueil, moins réglementé, que l'accueil temporaire doit être prévu, dans l'autorisation de fonctionnement délivré pour l'établissement, et nécessite, pour chaque situation, une notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Un accompagnement individualisé est donc mis en place, pour chaque jeune accueilli, et il se traduit par la co-construction avec le jeune et sa famille, d'un projet personnalisé d'accompagnement individualisé, qui se fonde sur un diagnostic partagé autour des besoins du jeune. Nous utilisons pour cela, les informations transmises par le jeune et sa famille et les résultats d'une période d'observation de 3 mois. C'est un moment important dans notre intervention, car c'est aussi dans cette période, que se créent les liens et la confiance nécessaire à la poursuite du travail. L'équipe interdisciplinaire est aujourd'hui capable d'avoir une expertise sur les difficultés du jeune, ses besoins et les priorités à fixer dans le cadre du projet d'accompagnement. Il ne serait, en effet, pas judicieux de remettre le jeune dans une nouvelle situation d'échec en lui proposant par exemple, une scolarité à temps plein. Nous allons donc identifier les besoins dans nos différents domaines de compétences (pédagogique, médico-psychologique et éducatif) pour concevoir, avec le jeune et au regard de nos moyens, un programme d'intervention individualisé. Avant d'aller à l'école, il pourra, par exemple, travailler sa capacité à respecter des règles ou d'autres jeunes de son âge au travers d'un atelier co-animé par un(e) éducateur(trice) et un(e) psychologue. Pour une autre situation, il lui sera peut-être nécessaire de participer à un atelier de médiation animale « pour avoir le courage d'affronter ses difficultés et d'aller vers une mise en mots »¹⁷.

¹⁷ Mémoire de Madame Anne GRISEL Diplôme Universitaire 2012/2013 « Relation d'Aide par la Médiation Animale »

1.2.3 Les compétences et les savoir-faire de l'ITEP

Nos savoir-faire et nos compétences se situent donc à différents niveaux :

- Dans l'analyse des attentes et des besoins de l'utilisateur et de sa problématique.
- Dans l'élaboration, la coordination, l'adaptation et l'évaluation du projet personnalisé d'accompagnement conçu et réalisé dans l'interdisciplinarité.
- Par un éclairage de l'équipe médico-psychologique pluriel (approche psychanalytique, systémique, neuropsychologique et cognitivo développementale) avec des interventions multimodales (entretien, groupe, remédiations cognitives,...).
- Dans des modalités d'accueil qui sécurisent, valorisent et favorisent la participation.
- Dans la construction de temps ou d'ateliers, visant à développer les différentes compétences des jeunes (mieux gérer sa colère ou son angoisse sont, par exemple, des compétences que nous travaillons régulièrement).
- Dans la prise en compte, tout au long du projet, des « moments difficiles » en prévenant les graves crises d'agitation.
- Dans la mobilisation d'un réseau important de partenaires (Éducation Nationale, foyers de jeunes travailleurs, centres de formation...), pour permettre à chaque jeune, en fonction de ses capacités, de poursuivre son projet en milieu ordinaire, avec la préparation et le soutien nécessaire aux jeunes et aux professionnels qui l'accueillent.
- Dans la signature de conventions individuelles avec de nombreuses écoles et collèges, pour la mise en place de projets d'inclusion et d'autres plus collectives, qui permettent à l'ITEP aujourd'hui de disposer de 4 classes intégrées (dont une au sein d'un collège). Ces conventions précisent qu'un des enseignants de l'équipe, assure la coordination pédagogique. Il joue un rôle important dans le processus d'intégration scolaire et auprès des écoles ou collèges qui accueillent nos classes intégrées. C'est un fonctionnaire de l'Éducation Nationale (formation et culture professionnelle) qui dispose d'un réseau très important et qui a des liens privilégiés avec l'inspecteur ASH¹⁸ (un conseiller du recteur pour les questions relatives au domaine de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des enfants en situation de handicap).

C'est au travers de ces contextes particuliers :

¹⁸ ASH : Adaptation Scolaire et scolarisation des élèves Handicapés

- Que nous avons pu mettre en place une première expérience pour intervenir auprès des enseignants du milieu ordinaire, dans le cadre de leur formation continue. En effet, à la demande de l'Inspecteur de l'Éducation Nationale, j'ai accepté qu'une enseignante spécialisée et une psychologue de l'ITEP réalisent : une présentation des troubles des enfants, une présentation de notre établissement et de son organisation et enfin, une présentation de la pédagogie adaptée utilisée au sein d'une classe de l'ITEP. Ces formations se sont déroulées sur plusieurs journées, pour un nombre important d'enseignants du territoire, qui ont pu ainsi mieux comprendre les difficultés des enfants et envisager des adaptations de leur classe et de leur mode d'intervention, avec un soutien possible, au travers du lien établi avec l'enseignante spécialisée de l'ITEP. Au regard du bilan plus que positif, nous sommes de nouveau sollicités pour reconduire cette action et l'étendre aux assistants de vie scolaire. Par ailleurs, nous intervenons ponctuellement pour conseiller des équipes pédagogiques en difficulté face à des jeunes qui présentent des troubles du comportement (en accord avec l'inspecteur de l'Éducation Nationale).
- Que des relations se sont renforcées avec les personnels du Conseil Général (référents, familles d'accueil) invités de façon systématiques aux réunions concernant les projets des jeunes qu'ils accompagnent. Ces temps de travail favorisent une connaissance réciproque des missions et contraintes de chacun, et permettent de définir conjointement les objectifs et les rôles de chacun dans le cadre du projet global de l'enfant.
- Que nous avons développé un travail de partenariat important avec le secteur de pédopsychiatrie, en préservant la poursuite des parcours de soins et en associant, là aussi, ces professionnels à nos temps de réunions concernant les projets d'accompagnement, dans la mesure de leurs disponibilités. Par ailleurs, le médecin pédopsychiatre de l'établissement est aussi salarié du Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescent du Centre Manche et pédopsychiatre référent pour le service pédiatrie de l'hôpital et pour la Maison des Adolescent (MDA).

Actuellement, nous participons à une expérimentation, qui s'inscrit dans le programme de travail national pour accompagner les évolutions de l'offre médico-sociale en ITEP, proposée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS). Cette expérimentation est déployée dans 6 régions et porte sur l'étude des facteurs organisationnels internes et externes, facilitant ou freinant le fonctionnement en dispositif. Le travail en région est co-animé par un

représentant de l'ARS et un représentant de l'Association des ITEP et de leurs Réseaux¹⁹ (AIRe).

Le rapport d'évaluation externe²⁰ validé par l'association en mars 2013, souligne l'intérêt et l'importance de notre organisation, de nos modes d'intervention, et leur impact sur la qualité de nos accompagnements et nous indique qu'ils ne sont pas suffisamment valorisés. Je constate cependant que depuis plusieurs années nous sommes de plus en plus régulièrement sollicités par nos partenaires, et en particulier l'Éducation Nationale, ce que l'évaluateur externe a aussi repéré : « les partenaires témoignent du professionnalisme des intervenants qui sont sollicités pour leur expertise »²¹. Il me confirme, par ailleurs, que je dirige un établissement qui bénéficie d'une image positive avec des professionnels expérimentés et formés, en particulier l'équipe pédagogique.

1.3 A la croisée de l'évolution des besoins et des politiques publiques, de nouveaux modes d'intervention possibles.

Depuis 2002, les politiques publiques qui concernent notre secteur ne cessent d'évoluer. Leurs mises en œuvre ne sont pas facilitées par la crise économique que nous traversons. La loi 2005-102 du 11 Février 2005 est venue renforcer la volonté de l'état de maintenir la scolarité des enfants en situation de handicap dans le milieu ordinaire, avec une nouvelle organisation (MDPH) pour une meilleure évaluation des attentes et des besoins des personnes. Des modes de réponses ont été développés (voir annexe n°3): Classe pour l'Inclusion Scolaire (CLIS), les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) et de nouveaux métiers ont vu le jour : Assistant de Vie Scolaire (AVS) Mutualisé, Individuel ou Collectif.

Ces évolutions sont prises en compte dans La loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 dite loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République, qui consacre, pour la première fois, le principe d'inclusion scolaire et comporte des dispositions concernant la formation des enseignants, la coopération entre l'Éducation Nationale et les établissements et services médico-sociaux.

¹⁹ L'AIRe est une association qui rassemble plus de la moitié des 360 ITEP et qui a largement contribué au décret 2005-11 sur les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des ITEP

²⁰ Synthèse du rapport d'évaluation externe (annexe 2)

²¹ Rapport de l'évaluation externe de l'ITEP Mars 2013

1.3.1 Un public de plus en plus nombreux

Comme j'ai pu déjà l'indiquer, l'origine de la souffrance qui génère des troubles du comportement, peut être imputée à différents facteurs, quelques fois combinés entre eux. Au regard des situations accompagnées actuellement au sein de l'ITEP, et par notre SESSAD, un nombre important de jeunes vivent dans des familles de milieu modeste, voire précaire, et bien souvent dans des familles monoparentales. Si les deux parents sont présents, l'un d'entre eux, au moins, est confronté à des difficultés personnelles importantes, conséquences d'un parcours de vie difficile. Depuis quelques années, la crise économique renforce ces situations, dans une société en perte de repères et de moins en moins solidaire.

Evolution des places et des listes d'attente

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Places ITEP	54	66	72	72	72	76
Liste d'attente ITEP	35	27	30	31	30	30
Places SESSAD	48	53	60	60	60	66
Liste d'attente SESSAD	26	22	23	21	14	18

Le nombre de places a considérablement augmenté, ITEP (+22) et SESSAD (+18) entre 2008 et 2013 sans pour autant diminuer nos listes de jeunes en attente d'admission, qui sont aujourd'hui au nombre de 30 pour l'ITEP et de 18 pour le SESSAD. Le taux d'équipement du département reste encore le plus faible, de la région mais relativement proche des moyennes régionales et nationales. Entre 10 et 15 % de l'effectif des jeunes que nous accueillons, est renouvelé tous les ans, ce qui représente environ 10 nouveaux accompagnements au sein de l'établissement par an (voir annexe n°4). Les durées de séjours sont supérieures aux moyennes régionales et nationales, compte tenu notamment de notre autorisation d'accompagnement, qui se prolonge jusqu'à l'âge de 20 ans à la différence d'autres ITEP qui disposent d'une autorisation jusqu'à l'âge de 16 ans. Les délais d'admission sont donc importants voir très importants (plus de 18 mois) pour les jeunes âgés entre 12 et 15 ans. Lors de mes rencontres avec les parents et le jeune, dans le cadre de la procédure d'admission, je mesure régulièrement, combien cette attente peut être difficile pour eux, et comment, dans certains cas, elle contribue à l'augmentation des troubles et favorise les ruptures scolaires et/ou familiales.

Une étude dont les résultats ont été déclinés par département, a été réalisée par le Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI) en mars 2013 à la demande de l'Agence Régionale de Santé (observatoire régional des données médico-
Thierry PASQUET - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2014

sociales) sur les enfants en situation de handicap en Basse-Normandie. Les résultats de l'étude, mettent en évidence, que 507 jeunes sont en attente d'admission sur un service ou un établissement dans le département de la Manche, dont 70 présentent des troubles du comportement. Ces jeunes sont en attente d'intégrer un ITEP pour 53 d'entre eux et 17 ont besoin d'un suivi SESSAD. La liste d'attente de l'établissement ne s'est pas résorbée malgré la création de 40 places sur le département, elle est régulièrement supérieure à 30.

Mon collègue directeur du SESSAD de l'association, aimerait quelques fois, qu'un jeune qu'il suit puisse être accueilli sur l'ITEP temporairement. Régulièrement, son équipe identifie des situations, pour lesquelles des risques majeurs de rupture sont possibles, compte tenu de tensions importantes au niveau familial ou scolaire.

Je participe régulièrement aux CDAPH, et je constate qu'aujourd'hui, de nombreux jeunes qui présentent des troubles du comportement, évoluent en milieu ordinaire, sans le suivi d'un SESSAD, et quelques fois avec simplement le soutien d'une AVS. D'autres jeunes bénéficient d'un suivi psychologique ou de rééducation, voire d'une mesure de protection de l'enfance, sans que pour autant, la coordination nécessaire à ce type de situation ne soit mise en place. A ce jour, hélas, la MDPH ou l'Éducation Nationale ne sont pas en mesure de quantifier ces situations pourtant nombreuses.

Nous sommes très régulièrement sollicités pour des conseils et une aide dans la recherche de solutions adaptées, par les équipes pédagogiques qui travaillent auprès de ces jeunes en attente d'admission ou bénéficiant de ces nouveaux modes de compensation que sont les AVS. Nous ne sommes pas organisés, ni autorisés à ce mode d'intervention qui est une réelle attente de partenaires. Ce sont ces mêmes partenaires, que nous sollicitons à d'autres moments pour accompagner la démarche d'inclusion scolaire d'un jeune de l'ITEP.

1.3.2 Des politiques publiques qui créent de nouvelles attentes

La loi 2005-102 en créant les MDPH et en affirmant la place dans la société, de la personne en situation de handicap, permet aujourd'hui à de nombreuses personnes de vivre en milieu ordinaire avec si nécessaire, différentes mesures de compensation. Les équipes techniques de la MDPH sont chargées d'identifier avec la personne, ses besoins au regard de son projet de vie et de ses capacités.

En 2012-2013, près de 225 560 élèves en situation de handicap étaient scolarisés dans les établissements relevant du ministère de l'éducation nationale : 136 421 dans le premier degré et 89 142 dans le second degré.

Ces chiffres, qui augmentent en moyenne de 11 % par an, traduisent l'ampleur de l'engagement de l'École en faveur de l'inclusion des élèves en situation de handicap »²². A titre d'exemple, sur le département de la Manche, le nombre d'assistants de vie scolaire est passé de 98 à la rentrée scolaire 2005-06 à 627 sur la rentrée scolaire 2012-13²³.

La prise en compte des attentes de la personne, de la réalité de son parcours, de ses choix et l'identification plus large de ses besoins (projet de vie) créent de nouvelles attentes en termes de compensation. Pour le public qui présente des troubles du comportement, ce phénomène est accentué compte tenu de la crise économique que nous traversons depuis plusieurs années et qui met de nombreuses familles dans des situations de précarité importante. Par ailleurs, le taux de famille monoparentale a augmenté de 10% sur le département entre 2006 et 2011 (source INSEE) et beaucoup de parents se retrouvent seuls(es) confrontés aux troubles de comportement de leurs enfants. De nombreux services ont vu leurs listes d'attente augmenter, et les caractéristiques des populations accueillies en établissement se sont modifiées (personnes les moins autonomes). Ces modifications entraînent donc de nouvelles attentes :

Pour les usagers, il s'agit de leur permettre d'attendre leur accompagnement médico-social dans de meilleures conditions, et d'avoir la possibilité d'une écoute, d'un soutien et de conseils adaptés aux difficultés qu'ils rencontrent. Il est aussi souhaitable d'éviter toutes situations de ruptures (scolaire, famille et soins) préjudiciables, car elles viennent renforcer les troubles et des retards scolaires déjà importants.

Pour les familles, il s'agit de ne pas les laisser seules, confrontées aux troubles de leurs enfants, et de les soutenir en les aidant au mieux, à traverser cette période d'attente qui peut être longue et lourde de conséquences pour la dynamique familiale. Des solutions de répit doivent pouvoir être proposées pour permettre à la famille de souffler, et aux jeunes concernés d'être moins stigmatisés et de risquer une rupture de liens familiaux.

Pour les professionnels qui accompagnent ces situations, il s'agit aussi d'offrir un soutien, des temps de répit et des conseils avisés, pour qu'ils puissent adapter leurs modes d'interventions et leurs organisations (classes), afin d'éviter des phénomènes d'usure, de rejet et d'isolement face à ces situations d'attente, mais aussi au regard d'une population qui a évolué compte tenu des politiques d'inclusion. L'évolution considérable du nombre d'enfants/adolescents en situation de handicap et scolarisés en milieu ordinaire, a fait l'objet de différents rapports dont celui par exemple du Sénateur Paul BLANC « La

²² <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>

²³ Sources : Direction Départementale des Services de l'éducation nationale

scolarisation des enfants handicapés ». Ces rapports font de nombreux constats qui soulignent des difficultés autour de l'analyse des besoins et du manque de formation des assistants de vie scolaire. Un ensemble de recommandations est énoncé comme : « développer les réseaux des professeurs ressources » ; « réaliser un bilan de la mise en œuvre du décret de coopération entre le médico-social et le milieu ordinaire », « inclure de manière systématique dans les projets d'établissements des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) un volet scolarisation des enfants handicapés et coopération avec le milieu ordinaire »²⁴.

Il s'agit donc de répondre aux besoins des jeunes et des familles en attente de places disponibles en ITEP, mais de prendre aussi en compte les besoins d'un certain nombre de jeunes, lorsqu'ils bénéficient de nouveaux modes de compensation (AVS), de leurs familles et des accompagnants. Il est aussi important que l'ITEP soit en mesure de proposer d'accueillir temporairement des jeunes suivis par le SESSAD et pour lesquels un temps de répit est souhaitable.

1.3.3 De nouveaux modes d'interventions

En parallèle, des modifications importantes sont intervenues dans l'identification et la prise en compte des publics en difficulté et de la mise en œuvre des politiques sociales. En effet, avec la mise en place des Agences Régionales de Santé et surtout de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire²⁵ (HPST), l'Etat a instauré de nouveaux modes de régulation dans les champs du médico-social (missions de service public et appel à projet, coopération et performance), ainsi que le principe de démocratie sanitaire et d'équité territoriale. Alors qu'il y a quelques années, les associations gestionnaires étaient porteuses de projets vers les autorités et les financeurs, de façon à répondre aux besoins identifiés pour une population, elles sont aujourd'hui comme d'autres acteurs, consultées dans le cadre des conférences de territoire. L'Agence Régionale de Santé, au travers des besoins exprimés lors de ces conférences, et des informations qu'elle détient grâce aux observatoires de données mis en place, décide, en prenant en considération les priorités nationales, de lancer des appels d'offres pour répondre à certains besoins des territoires. Ces décisions se font en prenant en compte les moyens supplémentaires et disponibles alloués à la région, lesquels sont actuellement peu importants compte tenu de la crise économique mais aussi d'une volonté d'optimiser les ressources actuelles de chaque

²⁴ Trois des 34 recommandations du rapport du Sénateur Paul BLANC Mai 2011

²⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

territoire. La rationalisation et des coopérations deviennent ainsi des modes de réponses suggérés et encore maîtrisables pour les acteurs locaux.

Les conclusions du rapport de l'Inspection Générale des Finances et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales recommandent de « privilégier une démarche de redéploiement de l'offre »²⁶ et proposent d'exonérer la démarche de la procédure d'appel à projet. Dans le cadre d'un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), la prise en compte des directives nationales et des besoins du territoire a permis d'élaborer trois schémas (prévention, soins et médico-social) et les programmes associés. En ce qui concerne la population Troubles de Comportement et des Conduites, le Programme Interdépartementale d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC 2012-2016 annexe n°5), ne prévoit aucune création de places supplémentaires à celles installées en 2012, y compris pour la Manche, qui a le taux d'équipement le plus faible des 3 départements. Les moyens de financement mobilisables sont programmés vers la population « personnes âgées ». La lecture du schéma régional d'organisation médico-social (SROMS annexe n°6) permet de constater qu'une volonté très forte d'optimiser et d'articuler les moyens existants et préconise des décloisonnements entre les secteurs. Il définit ainsi 7 priorités (annexe 5) dont certaines visent à optimiser les parcours scolaires, favoriser l'insertion sociale et professionnelle et développer une politique d'accompagnement adaptée pour les personnes avec des troubles psychiques. Le schéma précise le type de moyens à utiliser :

- « Proposer des dispositifs d'accompagnement diversifiés et innovants avec des passerelles et des coopérations entre différents secteurs.
- Organiser des coopérations et les coordinations interprofessionnelles ou institutionnelles au sein du secteur médico-social et avec le secteur sanitaire. »²⁷

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS) s'inscrit aussi dans cette démarche au travers de ces différentes fiches programmes, dont une consacrée à des actions de formation interinstitutionnelles et de soutien aux acteurs de première ligne.

Mes fonctions de directeur et la dynamique associative m'ont amené à intégrer l'évolution de ce contexte, ses contraintes et les attentes énoncées au SROMS. J'ai donc accepté depuis 2 ans, en lien avec l'Éducation Nationale et en accord avec l'ARS, de mettre en place des interventions en faveur des enseignants du milieu ordinaire. Ainsi, une

²⁶ Rapport « Etablissement et service pour personnes handicapées offre, besoins, modalités de financement » paru en Octobre 2012

²⁷ Extraits du SROMS Janvier 2013 / janvier 2018 de l'ARS de Basse-Normandie

psychologue de l'établissement et une enseignante spécialisée sont intervenues sur plusieurs groupes de formation. Cette formation avait pour but de présenter les troubles du comportement, les méthodes pédagogiques et l'organisation de classes adaptées. Ces actions de formation ont aussi créé ou renforcé des liens entre les enseignants du milieu ordinaire et ceux de l'ITEP, facilitant ainsi de futurs contacts pour avis et conseils, lorsqu'un enseignant pense qu'il est confronté à des troubles du comportement. Ces actions ont apporté beaucoup de satisfaction aux professionnels et elles sont d'ailleurs reconduites pour une nouvelle année.

Cette démarche est venue compléter d'autres moins intentionnelles, car elles se sont installées presque naturellement, avec l'implantation de nos 4 classes en milieu ordinaire et les différents accompagnements individuels que nous réalisons pour favoriser l'inclusion scolaire des jeunes accueillis à l'ITEP. Des liens se sont établis avec de nombreuses équipes pédagogiques, par l'intermédiaire desquels, nous sommes aujourd'hui régulièrement sollicités pour des jeunes qui quelques fois ne sont pas encore connus de la MDPH. Ces interventions éclairent et soutiennent les équipes de l'école ou du collège, les aident à concevoir une organisation et une scolarisation adaptée et acceptable pour le jeune et sa famille.

De nouveaux besoins existent aujourd'hui sur le territoire de compétence de l'ITEP et sont le résultat d'un meilleur repérage du public, et d'une prise en compte plus importantes des attentes du jeune et de sa famille (maintient en milieu ordinaire). L'évolution de l'établissement, notre ouverture sur l'environnement et les actions expérimentales que nous avons pu mener jusqu'à présent ne sont pas suffisantes. Il est nécessaire d'aller plus loin dans les réponses auxquelles nous participons. Dans les missions, qui me sont confiées au travers du décret de 2005 concernant les ITEP, une d'entre elles doit être soulignée : « 6°) *Peuvent participer, en liaison avec les autres intervenants compétents, à des actions de prévention, de repérage des troubles du comportement et de recherche de solutions adaptées pour les personnes mentionnées à l'article D. 312* »²⁸, je me dois d'être force de propositions, en étudiant une évolution du dispositif que je dirige. Ce rôle attendu de l'établissement sur les champs de la prévention, me semble être une approche judicieuse au regard de nos expériences réussies et des ressources et des compétences dont je dispose sur l'ITEP. Il est donc attendu de l'ITEP, une participation à différentes actions en coopération, avec d'autres intervenants ce qui est une pratique professionnelle déjà bien en place, mais essentiellement centrée dans la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement individuel. Ce point du décret laisse entrevoir l'élaboration et la mise

²⁸ **Décret** n° 2005-11 du 6 janvier 2005 Conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

en place de projet commun sur un mode coopératif entre différents acteurs avec l'objectif d'un meilleur repérage et d'une dynamique de prévention.

Cette approche préventive concerne les trois champs de compétences de l'ITEP que sont, celui de l'éducation, du pédagogique et du thérapeutique. Des choix devront avoir lieu dans le cadre de cette démarche au regard des différents partenaires impliqués.

Les bénéfices attendus peuvent être très importants pour les jeunes repérés et leurs familles en évitant l'aggravation des troubles, les crises (hospitalisations) et les ruptures scolaires et/ou familiales. Un bénéfice secondaire peut aussi être attendu au travers de la formation des professionnels pour un repérage plus précoce et la mise en place de réponses adaptées y compris par le personnel de l'éducation nationale.

Conclusion de la première partie :

Les jeunes, qui présentent des troubles du comportement représentent une population particulièrement sensible aux évolutions de notre société et à la situation économique que nous traversons. Souvent issus de familles fragilisées par des parcours de vies difficiles, la crise économique renforce les difficultés de ces familles, qui ont de plus en plus de mal à faire face à leurs rôles de parents. Cette situation entraîne de nombreux enfants dans des conditions de vie insécurisantes, où ils peuvent être victimes de graves carences éducatives et affectives préjudiciables à leur épanouissement, leur faisant vivre des situations de souffrances psychiques qui entravent gravement, dès le plus jeune âge, leurs capacités d'apprentissages. On constate une évolution du nombre d'enfants avec une aggravation des troubles, depuis plusieurs années qu'il faut mettre en lien avec la situation économique et l'évolution des modes de vie. La réorganisation de l'état, la mise œuvre des politiques publiques, ainsi que les besoins des autres populations (personnes âgées, autisme), ne laissent pas entrevoir de moyens complémentaires pour faire face à ces besoins de plus en plus importants et mieux repérés.

Je suis donc confronté à une demande importante pour des jeunes avec des problématiques de plus en plus lourdes, qui nécessitent des accompagnements conséquents compte tenu de leurs besoins. La solution n'est pas dans la réduction du temps de prise en charge car il correspond aux besoins des jeunes. L'établissement est aussi de plus en plus sollicité pour soutenir les équipes pédagogiques du milieu ordinaire confrontées à des jeunes présentant des troubles du comportement (en situation d'attente d'admission ou pas). Les lois de 2005 et de 2007, l'ouverture de l'établissement sur son environnement font qu'aujourd'hui de nouveaux besoins et de nouvelles attentes sont mieux identifiés.

A ce jour, il n'existe pas de réponses construites en ce sens et qui prennent en compte la réalité plurielle des parcours des jeunes. Les interventions ou prestations à mettre en place doivent prendre en compte de cette diversité des parcours et priorisé l'inclusion. Elles doivent être construites de façon concertées, avec l'ensemble des acteurs chargés d'accompagner ces jeunes pour lesquels il est souhaitable d'intervenir le plus tôt possible. Prévenir l'aggravation des troubles par un repérage précoce et des interventions adaptées, favorise la poursuite du parcours en milieu ordinaire. Envisager une action précoce, me conduit à considérer la prévention comme une action appropriée et favorable pour s'adapter et répondre à ces nouveaux besoins.

Ma démarche va se concentrer sur deux publics ciblés que sont :

- Les jeunes inscrits sur liste d'attente pour être admis en ITEP et leurs familles ou en situation de crise dans le cadre d'un accompagnement SESSAD.
- Les professionnels chargés d'accompagner et de soutenir les parcours de jeunes qui présentent des troubles du comportement et qui bénéficient ou pas de nouvelles mesures de compensation (hors public SESSAD).

2 Développer la prévention pour mieux répondre aux besoins du public Troubles du Comportement

La finalité de la prévention est de réduire l'apparition, l'aggravation ou la récurrence d'une maladie ou d'un accident. Il s'agit donc, de mobiliser un ensemble de moyens pour mettre en place des actions en ce sens. Ma réflexion se situe principalement au niveau de la détection précoce et de l'aggravation des troubles du comportement. Elle se déroule dans un contexte en pleine évolution, qui permet aujourd'hui à de plus en plus de jeunes confrontés à ces troubles, d'évoluer en milieu ordinaire au travers d'un parcours qui favorise leur inclusion et mobilise un ensemble d'acteurs.

Plus une action d'accompagnement correspondant aux besoins prioritaires de l'enfant et de l'adolescent sera mise au moment opportun, moins il risque de contribuer à la saturation d'un dispositif d'accompagnement, par un parcours long et au coût important pour la société. Les troubles des enfants s'aggravent s'ils sont maintenus en situation d'échec, avec pour certains d'entre eux un risque de développement de psychopathologies.

Pour préserver les parcours, il est important de veiller à éviter une dégradation de leurs troubles qui pourrait les amener à être exclus du milieu ordinaire. L'échec de ces situations, pourrait entraîner la mise en place d'une réponse médico-sociale beaucoup plus conséquente (SESSAD ou ITEP) et viendrait allonger une liste d'attente déjà importante.

Par ailleurs, l'attente importante contraint certains jeunes à rester scolarisés en milieu ordinaire avec un risque important que leur situation se dégrade et entraîne des ruptures familiales, scolaires ou de soins.

Je constate aussi au travers certaines situations que nous accueillons très tardivement en ITEP, qu'un repérage plus précoce des troubles de l'enfant aurait été souhaitable pour éviter un parcours institutionnel.

2.1 Un contexte qui invite à la mise en place de la prévention

Dans l'attente de pouvoir mettre en place la réponse adaptée aux besoins du jeune (son admission à l'ITEP), l'analyse des parcours des jeunes en attente d'admission dans un dispositif spécialisé montre qu'il est souhaitable de contribuer à ce que ses troubles ne s'aggravent pas, et ne l'entraînent dans une situation de rupture aux effets très négatifs. La prise en charge effective risque de ce fait d'être plus difficile, plus complexe pour les équipes spécialisées et entraîner des parcours institutionnels plus longs.

Pour maintenir les nouvelles situations d'inclusion, et en garder tout le bénéfice (éviter un parcours médico-social), il est souhaitable de soutenir et de développer les compétences des différents acteurs qui accompagnent quotidiennement le jeune.

Les professionnels du milieu ordinaire sont démunis pour évaluer les besoins des jeunes et mettre en place des réponses adaptées. Ils ont besoin de formation et de pouvoir s'appuyer sur des personnes ressources. Ces formations favoriseront aussi, la détection précoce des troubles du comportement.

Ces trois types de situations sont non seulement de plus en plus fréquents, mais ils font aussi apparaître des besoins non satisfaits.

2.1.1 Les nouveaux besoins des jeunes, des familles, des professionnels

Les nouveaux besoins concernent directement des jeunes et de leurs familles, mais aussi les professionnels chargés de repérer ou d'accompagner ces situations.

La fréquence et l'intensité des passages à l'acte du jeune sont souvent, à l'origine de la saisie de la MDPH, identifiés par le responsable de l'école ou du collège, pour une demande d'orientation en ITEP, après un avis éclairé de la psychologue scolaire. Ces derniers estiment que le maintien d'une scolarité en milieu ordinaire n'est plus possible, et qu'une orientation vers un ITEP est souhaitable. Une exclusion de l'établissement scolaire peut être aussi prononcée au même moment. Après une instruction du dossier en lien avec les parents, il faudra attendre, le travail d'évaluation de l'équipe technique de la MDPH et plusieurs mois pour que la décision d'orientation soit prononcée au travers d'une notification. Un contact a lieu assez rapidement, entre l'établissement désigné sur la notification et la famille, et c'est souvent à ce moment, là que les parents découvrent, qu'il existe des délais d'admission importants (12 mois voir plus) avant de bénéficier de l'accompagnement médico-social nécessaire.

Les parents vont donc devoir trouver des solutions pour permettre, que leur enfant continue à être scolarisé, soit en négociant une scolarité adaptée avec l'établissement à l'origine de l'orientation soit dans un autre établissement scolaire. Pour certaines situations, le maintien de la scolarité n'est pas possible. Les réponses aux besoins de rééducations (orthophonie, psychomotricité) ou de soins devront aussi être mis en place et coordonnés, par les parents, ou avec dans certains cas (protection de l'enfance) le soutien d'un travailleur social.

Les professionnels, enseignants, travailleurs sociaux, mais aussi ceux de la pédopsychiatrie en cas d'hospitalisation prolongée, vont aussi être confrontés à cette situation d'attente. Ils ne disposent que de très peu de ressources (temps d'enseignants, temps éducatifs) et n'ont forcément le temps et les moyens du fait de leur mission première qui est le soin, de mettre en place un projet qui va permettre à ce jeune d'attendre son admission sur l'établissement dans les meilleures conditions possibles. Il

s'agit d'aider le jeune et sa famille à construire un projet qui ne répondra pas pleinement aux besoins du jeune, mais qui évitera l'aggravation des troubles et les situations de rupture. C'est par exemple, le cas de Michel, il va bientôt avoir 14 ans et va prochainement être renvoyé de son cinquième collège. Il vit avec son père et ce dernier ne sait plus où inscrire son fils : « il aura bientôt fait tous les collèges du département, pourtant, à la maison ça se passe bien ». Michel est inscrit sur notre liste d'attente depuis 6 mois et ne pourra être admis que dans plusieurs mois. S'il est de nouveau scolarisé, on peut se demander légitimement pour combien de temps et si aucun établissement scolaire ne l'accepte, que va-t-il faire de ses journées pendant que son père travaille ? Le retard scolaire majeur qu'il présente ne va faire que s'aggraver.

Le tableau ci-dessous présente une étude des admissions à l'ITEP et des délais d'attente moyens en nombre de mois. Pour une tranche d'âge (11/15 ans), la demande est très forte ce qui augmente le délai moyen.

Etude des admissions 2008/2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre	15	21	10	13	11	11
Délais moyen d'admission	8	6	10	12	14	13
Dont ASE	4	6	3	5	4	5
Rupture de parcours	6	10	5	4	5	6

Ce tableau ne met aussi en évidence, le nombre de situations de rupture de parcours avant admission, pour les jeunes qui ont été admis à l'ITEP, sur les 6 dernières années. Régulièrement, nous constatons que certaines situations se sont tellement dégradées, qu'il n'est plus possible d'envisager une admission sur l'établissement.

Les jeunes en situation d'attente sont pris dans leurs souffrances, ils sont dans une spirale négative qui ne fait que renforcer leur sentiment d'échec et de mésestime. Dévalorisés par cette situation qu'ils vivent depuis plusieurs années, ils ont besoin d'écoute, de conseils et d'être mis en situation de réussite pour être valorisés et reprendre confiance en eux et en leurs capacités. Ils souhaitent aussi connaître la structure qui sera chargée de les accueillir dans quelques mois, et les modalités d'accompagnement qui leur seront proposées.

Confrontés aux pressions scolaires, familiales et sociales, les parents, les frères et sœurs ont aussi besoin d'écoute. La violence verbale et physique qu'ils subissent est source de souffrance et d'insécurité pour toute la famille. Ils ont le sentiment d'être jugés, d'être

incapables, voire impuissants face aux comportements de leur enfant. L'avenir les inquiète, qu'il s'agisse de ce qu'il va se passer dans les mois à venir (admission à l'ITEP), ou de la réussite du projet de vie de leur enfant. Certains sont aussi dans la méfiance, dans la crainte des travailleurs sociaux soit par méconnaissance ou compte tenu d'expériences passées. D'autres sont préoccupés par l'emploi du temps de leur enfant qui n'est scolarisé que quelques après-midis par semaine. Qui va s'occuper de lui ? Que va-t-il faire ? Ils se sentent seuls et isolés face à cette situation, sachant qu'il n'existe pas ou peu d'associations de parents, d'enfants qui présentent des troubles du comportement. Dans certaines situations, au regard de tensions au sein de la famille ou à l'école, il serait aussi souhaitable d'offrir des temps de répit pour éviter les situations de rupture.

Les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (référents et familles d'accueil) sont aussi en difficulté lorsqu'il s'agit de maintenir une situation dans l'attente de son admission à l'ITEP. Ces professionnels doivent mettre en place un accompagnement adapté, pour un jeune, alors que la MDPH considère qu'il doit être accompagné avec des moyens renforcés et spécialisés. Cette situation d'attente et d'adaptation peut, elle aussi, conduire à des situations de rupture. Ils sont également en difficultés dans certaines situations pour évaluer la problématique des enfants pour lesquels, ils interviennent au titre de la protection de l'enfance, et qui manifestent des comportements inadaptés. Ce type de situations existe de plus en plus, au sein des Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) et peut être à l'origine de violence, de rejet, ce qui insécurise les autres jeunes et l'équipe de la MECS.

Par ailleurs, depuis de nombreuses années et particulièrement depuis 2005, de nombreux enfants sont maintenus en milieu ordinaire avec de nouveaux modes de compensation ou avec des scolarités adaptées. Les équipes pédagogiques de l'Éducation Nationale sont chargées d'accueillir de plus en plus d'enfants/adolescents dans le cadre de projets d'inclusion scolaire (à l'initiative des établissements médico-sociaux), et doivent faire face à de nouveaux modes de compensation (AVS). Ces professionnels jouent aussi un rôle important dans le repérage d'enfants présentant des troubles du comportement. Ils sont confrontés à des effectifs d'élèves importants, il manque de temps et l'identification des troubles du comportement demande des compétences spécifiques. Ces équipes nécessitent d'être soutenues et conseillées, voire formées pour pouvoir mettre en place les réponses les plus adaptées aux besoins des jeunes qu'il s'agisse des temps de classe comme pour la vie scolaire. Pour d'autres situations, les équipes se questionnent pour savoir s'il s'agit de troubles du comportement ou de difficultés liées à l'adolescence et à un contexte familial difficile et nécessitent un soutien pour évaluer la situation du jeune et ses besoins.

Enfin, les équipes de pédopsychiatrie, centrées sur le parcours de soins des jeunes, ont aussi besoin d'être associées à la globalité du projet du jeune pour adapter la démarche de soins aux évolutions ou à la situation d'attente.

Un nombre de plus en plus importants de jeunes, de familles et de professionnels sont donc en difficultés et ont besoin :

- D'écoute, de prise en compte de leurs difficultés.
- D'une aide à l'évaluation des besoins et à leur priorisation.
- De conseils pour élaborer un emploi du temps adapté à la situation du jeune.
- De formation pour mieux connaître les troubles du comportement et les réponses éducatives et pédagogiques adaptées.
- D'une réponse en situation de tension, de crise.

Ces situations peuvent durer plusieurs mois et sans la mise en place de réponses aux besoins ci-dessus, elles peuvent se dégrader, avec des augmentations importantes des troubles du comportement, qui peuvent nécessiter une médication, une déscolarisation, voire une hospitalisation ou une rupture des relations familiales.

2.1.2 Les attentes du législateur ou la mise en œuvre des politiques publiques

Le secteur médico-social vit, depuis 2002, des évolutions considérables, que le législateur impulse aux regards des attentes et des besoins du public identifié, mais aussi en prenant en compte, les directives européennes comme celles concernant la désinstitutionnalisation²⁹. En parcourant les textes majeurs qui accompagnent ces évolutions, je souhaite mettre en évidence la volonté de faire évoluer nos organisations, pour mettre en œuvre de nouveaux modes d'intervention et, en particulier, sur le registre de la prévention. De ma place de directeur, il est indispensable de prendre en compte les évolutions attendues pour m'efforcer de les intégrer aux réponses que je souhaite mettre en œuvre.

Dans la loi n° **2002-2** du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale que l'on peut décliner en 4 axes, le deuxième axe annonce un élargissement des missions de l'action sociale, et médico-sociale pour diversifier les interventions des établissements et services concernés, il précise les grands principes d'action sociale et médico-sociale et

²⁹ Recommandation CM/Rec.(2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité :

met l'accent sur les deux d'entre-eux qui doivent guider l'action : le respect de l'égalité de tous et l'accès équitable sur tout le territoire.

Au travers du deuxième axe, on note que dès 2002, il est attendu que les établissements et services élargissent leurs missions et diversifient leurs interventions. Cette orientation sera reprise en 2005, spécifiquement pour les ITEP, au travers l'une des 6 missions énoncées dans le décret n° 2005-11 du 6 Janvier 2005 : « 6° Peuvent participer, en liaison avec les autres intervenants compétents, à des actions de prévention, de repérage des troubles du comportement et de recherche de solutions adaptées pour les personnes mentionnées à l'article D. 312 »³⁰.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dans son titre II « Prévention, recherche et accès aux soins », annonce un ensemble d'actions souhaitées sur les territoires :

- b) Des actions visant à informer, former, accompagner et soutenir les familles et les aidants ;
- d) Des actions de formation et de soutien des professionnels ; »

Ces actions s'inscrivent dans une logique de prévention, dont les acteurs restent à définir, mais il me semble évident, que de part ses compétences et son expérience, l'ITEP doit jouer un rôle pour ces démarches en faveur des jeunes présentant des troubles du comportement et de leurs familles.

La loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance, fait de la prévention un axe majeur de la protection de l'enfance et renforce les temps de rencontre avec l'enfant et ses parents (bilan à 3-4 ans obligatoire et nouvelle visite médicale à la neuvième année). Elle annonce aussi que : « la prévention doit s'adapter aux différents besoins des parents et de l'enfant : d'information, de conseil, d'orientation, d'accompagnement et de soutien »³¹. Elle conforte aussi le rôle du travail social en demandant de renforcer le soutien par les services sociaux des départements auprès des écoles maternelles et élémentaires, pour jouer un « rôle important en matière de prévention » car ils ont pour mission :

- « d'être en collaboration avec la santé scolaire
- de porter attention aux difficultés des enfants
- d'accompagner les équipes éducatives
- ...

³⁰ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 Conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

³¹ Guide pratique Protection de l'enfance : Prévention en faveur de l'enfant et l'adolescent Ministère de la santé et des Solidarités

- de faire le lien avec les différents services sociaux qui interviennent lorsque la situation de l'enfant le nécessite...
 - Les travailleurs sociaux peuvent aussi intervenir pour :
 - ...
 - assurer des actions de prévention auprès des enfants et de leurs parents
 - participer aux actions de soutien à la parentalité menées en dehors de l'école tout en faisant le lien avec l'école.
- Ils sont par ailleurs un acteur important du dispositif de la réussite scolaire. »³²

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, introduit une organisation régionale de la santé avec la mise en place des Agences Régionales de Santé avec un rôle de coordination entre l'hôpital, la médecine de ville et les secteurs médico-sociaux et le regroupement entre un ensemble de structures complémentaires (ARH, DDASS, DRASS,...), est un texte qui annonce aussi un ensemble d'objectifs dont :

- Une organisation des soins optimisée pour les patients :
 - par la garantie d'une offre de soins de qualité, en tenant compte des spécificités et des capacités des établissements et des professionnels
 - par l'accessibilité à la prévention et aux soins pour tous, notamment de premier recours
 - par la fluidification du parcours de soins entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social
- Une meilleure organisation territoriale :
 - par la complémentarité accrue entre les acteurs de santé, en vue d'une meilleure gradation des soins et du renforcement de la permanence des soins
- Des établissements adaptés à leurs missions :
 - par l'incitation aux coopérations entre établissements, publics et/ou privés

On constate là aussi, que cette loi énonce une volonté d'équité et de prévention, de coordination des parcours accompagnés par des acteurs agissant en complémentarité et sur un mode coopératif.

³² Guide pratique Protection de l'enfance : Prévention en faveur de l'enfant et l'adolescent
Ministère de la santé et des Solidarités

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux souligne dans un guide méthodologique sur les coopérations dans le secteur médico-social que : « les acteurs médico-sociaux doivent répondre à deux enjeux majeurs. Il s'agit en premier lieu, d'initier une nécessaire évolution et adaptation de l'offre individuelle et collective d'accompagnement poursuivant un double objectif :

- Réduire les inégalités de ressources à l'intérieur des régions comme entre régions..., trouver un équilibre entre domicile et établissement.
- Développer une offre de service qui dépasse l'approche segmentée par une structure pour promouvoir une logique de parcours de vie et de soins dans le cadre de coopération et d'une approche territorialisée...au profit de l'accompagnement global du projet individualisé de la personne.
- Cette évolution nécessaire de l'offre de service, va impliquer pour les professionnels de connaître leur territoire, de se faire connaître, de questionner leurs pratiques professionnelles, avec aussi, l'apparition de nouveaux métiers qui comprendront demain, formation et professionnalisation des personnels intervenants auprès des usagers.

En second lieu, il s'agit d'intégrer la rénovation du processus d'autorisation issu de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009»³³

Ces quelques phrases extraites de ce guide méthodologique, montrent bien, à quel point, il est souhaitable de faire évoluer nos organisations pour soutenir les parcours des personnes en difficulté qui évoluent aujourd'hui plus facilement en milieu ordinaire. Mais au travers de la parution de ce guide, c'est aussi un moyen de mettre en évidence qu'il est nécessaire de concevoir d'autres modalités d'intervention (la coopération) qui ne s'improvisent pas et qui demandent de la méthode, de la communication et passent par le développement des compétences des acteurs concernés.

La lecture du schéma médico-social (SROMS) permet de constater qu'une volonté forte d'optimiser et d'articuler les moyens existants est énoncée et préconise des déclouonnements entre les secteurs. Il définit ainsi 7 priorités, dont certaines visent à optimiser les parcours scolaires, favoriser l'insertion sociale et professionnelle et développer une politique d'accompagnement adaptée pour les personnes avec des troubles psychiques.

Par ailleurs, dans son Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), l'ARS de Basse Normandie, annonce une approche nouvelle de la santé, avec plusieurs principes novateurs comme celui, par exemple, de la transversalité : « l'utilisateur est pris en compte dans son intégralité, alors qu'il était d'usage d'organiser séparément les aspects de

³³ ANAP Guide méthodologique « Les coopérations dans le secteur médico-social » p 12

prévention, de soins et médico-sociaux »³⁴ . Il définit aussi 5 domaines de priorité de santé dont le dernier est consacré à la santé mentale et au bien être pour lequel, 3 priorités sont retenues :

- le mal-être et les troubles psycho-sociaux des enfants et adolescents
- les consommations excessives d'alcool
- les souffrances psychiques

Face à cette situation, et pour atteindre les objectifs annoncés, l'ARS privilégie « une démarche de redéploiement de l'offre »³⁵ et de décloisonnement, les moyens accordés aux acteurs de l'accompagnement médico-social sont de plus en plus, négociés dans le cadre du CPOM, et les projets proposés seront d'autant plus appréciés s'ils s'inscrivent dans cette logique attendue de décloisonnement et de coopération.

2.1.3 Des ressources mobilisables et une expérience qui s'inscrit déjà dans une logique de prévention.

Comme j'ai pu l'évoquer dans la première partie, l'équipe de l'ITEP est aujourd'hui qualifiée et expérimentée dans l'accompagnement des jeunes qui présentent des troubles du comportement. Cette expérience et ce savoir-faire se traduisent par :

- Une connaissance précise du public, des troubles qu'il présente et des difficultés qu'engendrent ces troubles pour les jeunes avec notamment une équipe médico-psychologique formée de psychologues d'orientation différentes.
- Une pratique quotidienne de l'interdisciplinarité en associant les acteurs externes que sont les professionnels de la protection de l'enfance ou de la pédopsychiatrie.
- Des liens étroits avec l'Éducation Nationale au travers notre unité d'enseignement et des nombreux accompagnements d'inclusion scolaire que nous réalisons.
- Une expérience réussie d'intervention auprès des enseignants du milieu ordinaire par des enseignants spécialisés de l'établissement.
- Une équipe qui associe systématiquement le jeune et sa famille dans l'élaboration et le suivi de chaque projet d'accompagnement et qui a su mettre en œuvre des modes d'interventions adaptées.

³⁴ Plan Stratégique Régional de Santé de l'ARS de Basse-Normandie p 3

³⁵ Rapport de l'Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales « Etablissements et services pour personnes handicapées, offre, besoins et modalités de financement », octobre 2012

- Une approche globale des situations de chaque jeune, de par nos champs d'intervention (pédagogique, éducatif et social, médico –psychologique) qui suppose aussi une maîtrise de la coordination nécessaire.
- Des accompagnements qui utilisent régulièrement les ressources extérieures dans l'intérêt du jeune et dans une logique de partenariat.

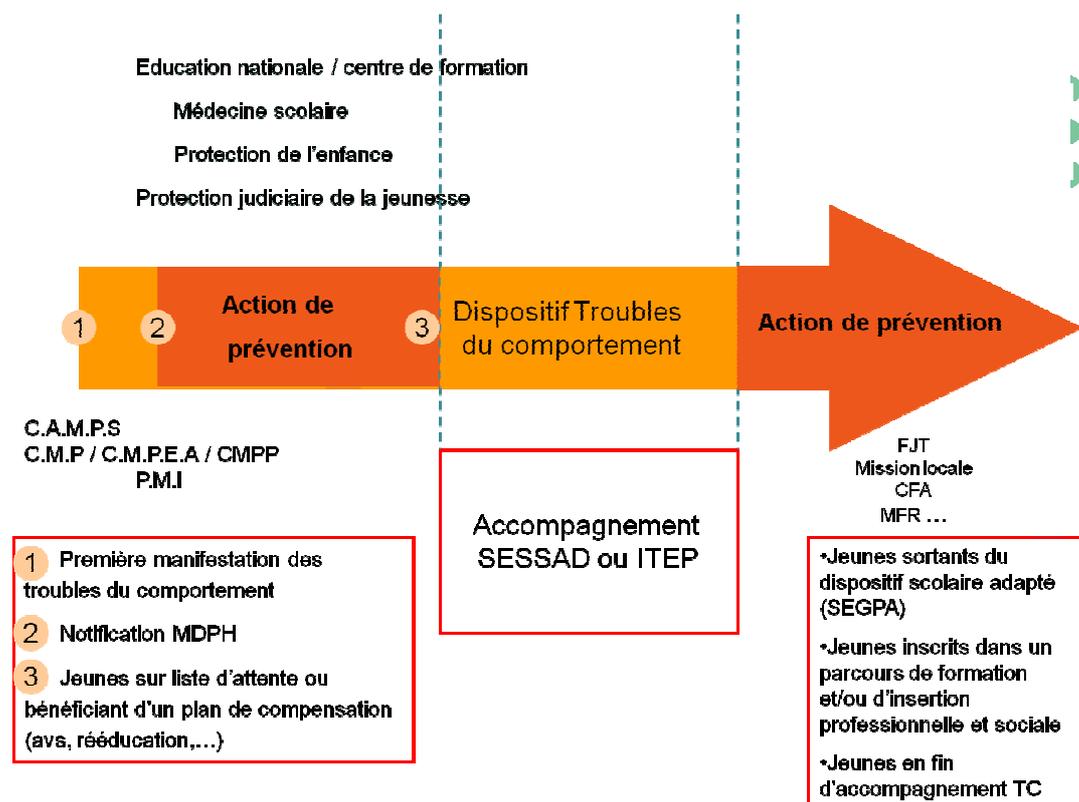
Ces moyens, que nous avons su constituer au fil du temps, permettent de réaliser nos principales missions. Ils représentent une réelle ressource qui peut être partiellement mobilisée pour participer à une démarche de prévention, dans l'intérêt des jeunes et des familles confrontés aux troubles du comportement.

2.2 Vers une démarche de prévention adaptée

Parler aujourd'hui de prévention, sans l'inscrire dans une logique de parcours, ne serait pas judicieux. La notion d'accompagnement est venue supplanter celle de prise en charge avec les lois de 2002 dites de rénovation de l'action sociale et celle de 2005 sur l'égalité des chances et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. C'est aussi la notion de parcours qui est aujourd'hui une évidence dès le repérage de la situation de handicap, des accompagnements se mettent en place et favorisent le passage d'une réponse à une autre plus adaptée. « Le parcours s'impose désormais comme un paradigme remplaçant ou transcendant peu à peu ceux de filières et établissements, qui constituaient un maillage institutionnel auquel les secteurs de l'action sociale et du médico-sociale s'étaient accoutumés. La primauté du parcours entérine en quelque sorte « le recentrage sur la personne » évoqué par les textes législatifs. Les conséquences s'avèrent multiples, tant au plan du regard porté sur la personne en situation de handicap et ses besoins, qu'au plan des prestations proposées et des pratiques professionnelles, que des organisations envisagées »³⁶. Cette citation de Jean-René LOUBAT résume, en partie, ce que je viens d'exposer et confirme la nécessité de repenser nos modes d'interventions et d'organisations.

³⁶ Jean-René LOUBAT Les cahiers de l'actif N°446-447 p 7 « Projet et parcours de vie »

Schéma du parcours



Les services et les établissements chargés de l'accompagnement doivent créer ou soutenir, de nouvelles formes de compensation, face à la situation de handicap que vit la personne et aux besoins particuliers qu'elle génère.

Il s'agit donc de concevoir une organisation qui devra permettre à l'établissement d'intervenir directement ou indirectement à différents moments du parcours du jeune.

Je souhaite, en effet, concevoir et renforcer des interventions quand le jeune, sa famille et les professionnels sont confrontés aux troubles du comportement.

Dans certains cas, plus un jeune est maintenu en situation d'échec dans sa famille, à l'école, plus il aura une image négative de lui-même et de ses capacités. Pour certains d'entre eux, c'est dès la petite enfance qu'ils sont en difficulté dans les apprentissages à la vie sociale, du fait d'un climat d'insécurité, de graves carences éducatives, d'abandon, voire de maltraitance qu'ils subissent dès le plus jeune âge.

Il me semble donc très important de repérer le plus tôt possible ces jeunes en situation d'échec et de favoriser une intervention adaptée le plus rapidement possible.

Il est souhaitable de sensibiliser les professionnels qui interviennent auprès des familles ou de l'enfant/adolescent pour favoriser ce repérage précoce avant même l'entrée à l'école et dès la scolarisation en école maternelle. Plus vite l'intervention adaptée sera mise en place, plus on peut espérer rendre le jeune disponible aux apprentissages qui lui sont proposés et éviter l'aggravation de ses troubles ou voire des situations de ruptures de parcours scolaires.

Dans d'autres cas, comme les situations en attente d'admission, il s'agit de mettre en place le plus rapidement possible, les adaptations et les soutiens nécessaires pour éviter là aussi, une dégradation de la situation pouvant aussi conduire à des situations de ruptures (scolaires, familiales) ou à la mise en place de traitements médicamenteux importants ou de temps d'hospitalisation.

Au delà, de cette première proposition que je peux faire, il est avant tout souhaitable de pouvoir réunir autour d'une même table, l'ensemble des acteurs concernés par cette démarche de prévention sur le territoire, sous réserve qu'ils partagent ma préoccupation et de concevoir ainsi avec eux, des actions ou des modes d'interventions à visée préventive.

2.2.1 Approche théorique de la prévention

Pour pouvoir traiter la question de la prévention, une approche théorique est indispensable en commençant par une définition, celle de l'Organisation Mondiale de la Santé qui en 1948 la définit comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents ou des handicaps » en précisant trois types de prévention, « primaire, secondaire et tertiaire » :

- **La prévention primaire** : ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à donc réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux.
- **La prévention secondaire** : est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque. Dans cette optique, le dépistage dans la mesure où il permet de détecter une atteinte ou la présence de facteur de risques trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire. A côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire.
- **La prévention tertiaire** : qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et

de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. »³⁷

En 1982 RS GORDON³⁸, à l'instar de l'OMS définit 3 types de prévention en s'appuyant sur la population cible des actions mises en œuvre :

- **La Prévention universelle** : *elle est destinée à la population générale, quel que soit son état de santé. Les activités qui sont souvent liées à la prévention universelle comprennent :*
 - *les campagnes de sensibilisation sur les divers thèmes de santé*
 - *les programmes de prévention au sein d'établissements scolaires ou professionnels*

Cette prévention universelle peut être assimilée aux champs de la prévention appelés l'éducation à la santé ou la promotion de la santé.
- **La Prévention sélective** : *Elle s'exerce en direction de sous-groupes de population spécifiques : automobilistes, travailleurs du bâtiment, jeunes femmes, hommes de plus de 50 ans, population défavorisée, etc. Ainsi, des campagnes telles que la promotion de la ceinture de sécurité, la promotion de l'activité physique ou encore de la contraception constituent des exemples d'actions de prévention sélective.*
- **La Prévention orientée** : *Elle s'exerce non seulement en fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout en fonction de l'existence de facteurs de risques spécifiques à cette partie bien identifiée de la population (rechute tabagique chez les femmes en post-partum, cinquantenaires hypercholestérolémiques...). Peut être apparenté à l'éducation thérapeutique du patient.*

Une autre approche (qui se rapproche de la première) vise à distinguer la prévention en trois sous-ensembles (San Marco 2003) :

- « **La prévention universelle** : *dirigée vers l'ensemble de la population quel que soit son état de santé ; elle tend à permettre, par l'instauration d'un environnement culturel favorable, à chacun de maintenir, conserver ou améliorer sa santé, quelque soit son état ;*

³⁷ Rapport du Député André FLAJOLET relatif aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire (annexe 1)

³⁸ Gordon RS, An operational classification of disease prevention, Public Health Report, Vol 98, 2, 107-9, 1983

- **La prévention orientée** : qui porte sur les sujets à risques et tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés ;
- **La prévention ciblée** : est appliquée aux malades, qu'elle aide à gérer leur traitement de façon à en améliorer le résultat ». Elle correspond à l'éducation thérapeutique.

Une troisième approche distingue les mesures de prévention selon l'implication des sujets dans sa réalisation : « la prévention active ou passive. »³⁹. On peut donc concevoir des actions de prévention sans que l'utilisateur ne participe. Certaines actions de formation en direction des intervenants peuvent donc être considérées comme des actions de prévention. Le professionnel ayant une meilleure connaissance de la maladie, sera plus à même de la détecter rapidement et de mettre en place ou de demander la mise en place de réponses adaptées qui éviteront l'aggravation des troubles ou la récurrence.

Le concept de prévention a évolué, et comme le souligne l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans un rapport de 2003, consacré à la prévention, « les problèmes de santé publique actuels mettent en relief l'importance des politiques de prévention »⁴⁰ par rapport à des dangers qui perdurent mais aussi, avec l'émergence de nouveaux facteurs de risques liés aux modes de vies et particulièrement dans le cadre de ma réflexion, des situations familiales de plus en plus fragilisées.

Il me semble aussi important de souligner que la France n'a pas encore réussi comme d'autres pays, à mettre la démarche de prévention au premier plan de « façon structurante et globalisante »⁴¹ et ce, malgré une montée en puissance des directives européennes visant à mettre en place une stratégie communautaire en ce domaine. La volonté nationale est affichée et relayée en région par les ARS, mais des résistances et des cloisonnements sont encore très présents et, en particulier, autour d'enjeux financiers. Pour caricaturer cette situation, on pourrait dire que les conseils généraux affichent leur volonté de prévention pour la protection de l'enfance et les ARS une volonté de prévention sanitaire plus que médico-sociale, sans oublier l'Éducation Nationale, qui lutte contre les ruptures scolaires.

En amont du rapport de l'IGAS de 2003, des travaux thématiques ont été confiés à Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Mathilde LIGNOT-LELOUP qui ont aboutis à un rapport intitulé « Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire » entre la

³⁹ Faculté de Médecine Pierre et Marie CURIE, François BOURDILLON, Juin 2014, disponible à l'adresse: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/santePublique/SPublBourdillonP1/POLY.Chp.1.html>

⁴⁰ IGAS, 2003, Rapport sur : "Santé, pour une politique de prévention durable"

⁴¹ IGAS, 2003, Rapport sur : "Santé, pour une politique de prévention durable"

Finlande, une province du Québec et le Royaume uni. Ce document met en évidence que ces trois pays ont développé une approche « à la fois sanitaire et sociale pour lutter contre les inégalités... Cette approche globale ne se limite pas aux populations les plus défavorisées. Elle tend, à contrario, à inspirer l'organisation de l'ensemble des services de santé et sociaux. »⁴²

Le souhait est donc de voir se mettre en place une prévention globale qui prend en compte la personne en intervenant à différents moments de son parcours. La diversité des parcours suppose la construction d'une prévention décloisonnée. Elle doit permettre à chaque acteur (de secteurs différents) de contribuer à la détection, d'éviter l'aggravation et la récurrence tout au long du parcours de la personne. Cette prévention peut prendre une forme active avec la participation de l'utilisateur ou passive sans sa contribution.

2.2.2 La mise en œuvre de la prévention, sur un autre continent

J'ai pu en effet, constater, lors d'un stage au Québec, que ce pays a fait d'autres choix que ceux faits en France en créant « une loi centrée sur la protection du développement de l'enfant avant l'âge de 5 ans et principalement avant l'âge de 2 ans »⁴³. C'est aussi une histoire et une culture différente qui ont permis une organisation particulière des réponses sociales, médico-sociales et sanitaires. En 2003, l'Etat qui dirige et finance la majorité des réponses sociales, médico-sociales et sanitaires, a créé les Agences Régionales, chargées de développer des réseaux locaux de service de santé et de services sociaux. Dans chaque province, ce sont les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) qui organisent et coordonnent l'action sociale, médico-sociale et sanitaire sur le territoire. Dans le cadre de ma formation, j'ai réalisé un stage auprès de l'équipe de direction du CSSS de la province de Lanaudière (province au Nord de Montréal) codirigé par Madame Anne-Marie BLANCHARD et le Docteur GIL médecin pédopsychiatre, formé en France et qui travaille au Québec depuis 17 ans. Le CSSS comprends 5 services : dépendance, pédopsychiatrie, jeunesse et santé mentale, périnatalité et développement de l'enfant, déficience et troubles envahissants du développement.

Pour chaque service, des programmes d'actions sont définis et pilotés par les CSSS (rattaché à un hôpital) qui, contrairement à la France, vont bien au-delà des missions liées à l'état de santé mais interviennent aussi sur : « *l'état de bien être de la population du territoire ..., pour se faire il développe avec ses partenaires, une offre de service adaptée à sa population, en misant sur des services de santé et de service sociaux de qualité, sécuritaires et accessibles, continus et respectueux des droits des personnes* ».

⁴² Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Mathilde LIGNOT-LELOUP membres de l'IGAS, Rapport 2003-3 intitulé "Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire"

⁴³ Maurice BERGER, 2012, Soigner les enfants violents Vottem, Edition DUNOD p 74

Le CSSS est donc un acteur majeur du territoire, il garantit non seulement la réponse sanitaire du territoire mais il organise aussi la réponse sociale et les réadaptations nécessaires, il favorise les actions de prévention et soutient l'action communautaire (associative). Il contribue aussi largement à l'enseignement, à la formation pratique interdisciplinaire, au développement des meilleures pratiques et à la recherche. Pour mener à bien ses missions, une technostructure basée à l'hôpital a été mise en place, elle est chargée d'élaborer des programmes décloisonnés ou intersectoriels et de les coordonner. Des Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) sont installés dans chaque grande ville pour offrir aux usagers une proximité et un premier niveau de réponse.

Les C.L.S.C. :

« La mission des CLSC est d'offrir des services de santé, des services sociaux courants et des services d'action communautaire, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

Certains services désignés sont offerts à la population régionale et sous-régionale. Les CLSC s'assurent que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leur famille soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assurer qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. À cette fin également, les CLSC s'associent aux diverses composantes de leur milieu dans les stratégies et les actions de développement local. »⁴⁴

Par ailleurs, « le Ministère de l'éducation du Québec et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux ont signé une entente dont les modalités visent à harmoniser l'ensemble des services offerts par les deux ministères, et les rendre plus cohérents et complémentaires, et ainsi mettre en place un éventail complet de services intégrés dans lequel les ressources disponibles sont optimisées et les besoins des élèves mieux satisfaits. »⁴⁵

Ce stage m'a permis de mesurer combien cette organisation permet plus facilement de mettre en synergie un ensemble d'acteurs pour conduire des actions décloisonnées. J'ai pu constater son efficacité lors de différentes réunions d'évaluation de projets de services,

⁴⁴CSSS Lucille Teasdale Juin 2014 disponible à l'adresse:

<http://www.cssslucilleteasdale.qc.ca/nos-points-de-service-et-heures-d-ouverture/clsc/>

⁴⁵ Line MASSE, Nadia DESBIENS, Catherine LANARIS 2006 Les troubles du comportement à l'école, Montréal, Edition Gaétan MORIN p 87

de situations individuelles d'usagers, ou bien encore lors d'échanges en accompagnant des professionnels. Pour l'équipe de direction du CSSS, cette organisation évite « le travail en silos » qu'il s'agisse d'actions en faveur de la population comme dans l'accompagnement individuel de chaque situation. Lors d'un échange avec le Docteur GIL, ce dernier m'a déclaré : « Lorsque je reçois un jeune et sa famille, je suis certain, grâce à notre organisation que toutes les réponses sociales, éducatives et médico-sociales ont déjà été tentées. »

Le Québec a ainsi réussi au travers son organisation, à mettre en place une prévention globale dans un cadre multidisciplinaire, avec des actions de prévention actives et passives co-construite avec différents acteurs et qui peuvent être primaires, secondaire ou tertiaire.

En 2010, une étude internationale est publiée et montre que les enfants de l'Ontario sont ceux qui se portent le mieux au niveau mondial. Dans ce rapport, il est dit aussi que « le pourcentage d'enfants qui sont prêts à apprendre ne cesse d'augmenter et qu'il incombe à tous de surmonter les difficultés entravant l'épanouissement des enfants (...). Nous savons exactement ce qu'il faut faire pour améliorer la réussite des enfants de toutes les couches sociales. Par conséquent, la formation et le soutien des parents devraient commencer le plus tôt possible après la conception. »⁴⁶

En France, une réflexion conjointe entre les services de protection de l'enfance, la pédopsychiatrie et le secteur médico social pourraient certainement faire évoluer certaines conceptions de l'intervention et favoriser des interventions beaucoup plus précoces et intersectorielles.

2.2.3 Un choix qui engage : Une approche décloisonnée de la prévention

Les approches théoriques de la prévention, précisent le contexte spécifique de la prévention et me permettent aujourd'hui de qualifier ma démarche en lui donnant 2 axes forts que je choisis d'intituler ainsi :

- Prévention active et décloisonnée, ciblée sur le public en situation d'attente d'admission ou accompagné par le SESSAD. Ces actions seront directement adressées aux jeunes. Pour certaines, elles seront réalisées avec différents partenaires chargés de l'accompagnement des jeunes.
- Prévention passive et décloisonnée en faveur des professionnels du milieu ordinaire chargés d'accompagner ou de repérer les jeunes qui présentent des troubles du comportement. Elle aura aussi pour objectif, de favoriser

⁴⁶ Maurice BERGER 2012 Soigner les enfants violents Vottem Editions DUNOD , page 73

l'émergence d'une prévention globalisée, élaborée dans un cadre intersectoriel. Ces actions seront co-construites avec nos partenaires, dans l'objectif de favoriser une connaissance réciproque et un partage de compétence.

Les 2 axes que je retiens ont pour point commun, le décroisement, qui traduit ma volonté de concevoir des actions impliquant un ensemble d'acteurs dont les 3 principaux sont :

- L'Education Nationale et ses services, pour leurs rôles dans le repérage précoce des difficultés des jeunes scolarisés, dans la scolarité des jeunes en situation de handicap et son objectif d'éviter les ruptures de parcours scolaires.
- Le Conseil Général et ses services, pour leurs missions de prévention tel que prévues dans le cadre de la loi de 2007 reformant la protection de l'enfance.
- Le secteur de Pédopsychiatrie pour son rôle dans l'évaluation et le parcours de soins des enfants/adolescents.

Nos pratiques professionnelles et notre expérience font, qu'aujourd'hui, l'ITEP entretient des relations de qualité avec un ensemble de professionnels de ces différents secteurs. Le terrain semble favorable pour les entraîner dans une démarche de prévention élargie et décroisée, il sera cependant nécessaire en amont, de présenter ce projet aux différents responsables départementaux, pour qu'ils autorisent les participations attendues et l'engagement de moyens qu'ils supposent. Ces engagements me semblent indispensables et pourraient être facilités par la participation de ces responsables au groupe de pilotage qui devra être mis en place.

Je dois aussi m'assurer de l'engagement associatif dans cette démarche, compte tenu de son rôle pour la protection de l'enfance et du contexte spécifique au CPOM.

2.3 Concevoir l'ITEP de demain

L'ITEP de demain restera dans la dynamique de son association gestionnaire et dans le respect des engagements de notre prochain CPOM. Il devra aussi maintenir et développer la qualité des accompagnements des jeunes accueillis au sein de l'ITEP, en continuant à s'appuyer sur un partenariat fort et conséquent, qui favorise l'ouverture de l'établissement sur son environnement et contribue à l'évolution de chaque projet d'accompagnement dans une logique inclusive.

Il devra aussi être en mesure de :

- Mettre en œuvre des interventions spécifiques pour les jeunes et leurs familles en situation d'attente d'admission sur l'ITEP.

- Pérenniser et développer ses actions de formation en faveur des différents acteurs de l'accompagnement des jeunes présentant des troubles du comportement et en particulier les professionnels de l'éducation nationale.
- Organiser des possibilités d'accueil temporaire pour ces jeunes, mais aussi pour ceux suivis par le SESSAD, afin d'éviter les ruptures de parcours.
- Initier et/ou contribuer à la mise en place d'une démarche de prévention décloisonnée concernant les troubles du comportement sur son territoire.

Jusqu'à présent, les actions que nous avons pu mettre en œuvre concernent une prévention secondaire, et ciblée puisqu'elles visent un public (TCC), avec pour objectif de limiter l'évolution des troubles. Nous réalisons, par ailleurs, une prévention tertiaire au travers du suivi en faveur des jeunes lorsqu'ils ont quitté l'établissement, tel que prévu dans les annexes XXIV⁴⁷ titre II article 8, qui prévoit un accompagnement «de l'insertion sociale et professionnelle de l'adolescent à sa sortie. Afin d'apporter son appui au jeune et à sa famille, en liaison avec les services administratifs et sociaux compétents auxquels il ne se substitue pas »⁴⁸.

L'établissement est inscrit dans une dynamique de changement et d'adaptation depuis plusieurs années maintenant. Les salariés inquiets dans un premier temps, se sont pleinement inscrits dans cette dynamique et en mesurent aujourd'hui l'intérêt pour les jeunes et leurs familles mais aussi pour leurs conditions de travail. Ils ont pu ainsi s'imprégner de l'évolution des politiques publiques au travers des textes législatifs et des recommandations sur lesquels le projet de l'ITEP s'appuie. En travaillant dans un établissement ouvert sur son environnement, ils ont aussi conscience des évolutions du public (troubles et nombre) et des attentes de nos partenaires. Les pratiques professionnelles se sont diversifiées et enrichies ce qui permet aussi de lutter contre l'usure professionnelle et favorise l'évolution professionnelle. Je constate en effet que plusieurs professionnels se sont inscrits avec succès dans des processus de formation qualifiante. L'équipe est qualifiée, impliquée et attachée à la qualité de son travail. La mise en place de nouvelles interventions ou prestations peut induire pour l'équipe une crainte légitime de ne pas pouvoir maintenir la qualité des accompagnements actuels.

⁴⁷ Annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 Conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés

⁴⁸ Annexe XXIV

2.3.1 Répondre aux besoins de la population et aux attentes du territoire

Avant même de répondre à de nouveaux besoins, l'ITEP devra mettre en place l'accueil séquentiel, que nous n'avons pas encore mis en œuvre, et qui est pourtant prévu dans le décret n°2005-11 qui régit actuellement les ITEP. Le décret autorise l'accueil séquentiel, mais son financement et sa prise en compte dans l'activité de l'établissement devra être négocié dans le cadre de notre prochain CPOM. Ce nouveau mode d'accueil viendra répondre aux besoins des jeunes qui ont quittés l'établissement et qui, quelques mois plus tard, traversent une situation difficile et ponctuelle, mais il pourra surtout être mobilisé pour soutenir les situations en attente d'admission et celles repérées par le SESSAD.

L'accueil séquentiel deviendra un des moyens disponibles et mobilisables. Au delà de cette réponse ponctuelle, il est nécessaire de concevoir et de coordonner une action qui viendra répondre aux besoins des jeunes de leurs familles et des professionnels en charge de des situations d'attente. Il ne s'agit pas de reproduire un accompagnement de type SESSAD, mais de concevoir des interventions de professionnels de l'ITEP dont les objectifs pourront être de soutenir, de conseiller et de favoriser la coordination entre les différents acteurs. Il ne s'agit pas de se substituer aux intervenants, mais bien d'apporter une plus value de part notre expérience et notre connaissance du public. Ces interventions auront aussi pour objectif de préparer progressivement l'admission du jeune sur l'établissement.

Avec une démarche moins directe en faveur du public, et donc dans une logique de prévention passive, nous devons conforter et en renforcer les actions déjà mises en place (formation des enseignants). Ces actions doivent aussi être étendues à d'autres professionnels, d'autres secteurs (Protection de l'Enfance). Cette démarche aura pour objectif, de favoriser un partage de compétences pour permettre aux professionnels de terrain de mieux connaître les troubles du comportements et les besoins spécifiques et prioritaires des jeunes qui vivent ces situations. L'intervenant pourra ainsi détecter, plus rapidement les troubles du jeunes et mettre en place les réponses adaptées, évitant ainsi l'intervention plus lourde d'un service ou établissement médico-social. Ces actions en faveurs des professionnels resteront aussi conçues comme des possibilités de créer des liens spécifiques entre les professionnels, positionnant ainsi l'ITEP et son équipe comme une ressource pour les intervenants du milieu ordinaire confrontés aux troubles du comportement.

Enfin, l'ITEP et son association gestionnaire, doivent avoir l'objectif ambitieux, en partant des besoins locaux repérés, d'ouvrir une « fenêtre » de partage et de co-construction d'actions de prévention intersectorielles. Après avoir obtenu les différents accords institutionnels, il s'agit de constituer un groupe de pilotage, qui pourrait devenir la base d'un pôle territorial de coopération en faveur de la prévention des troubles du comportement, ou plus largement en faveur d'une prévention globale et décloisonnée.

2.3.2 La mise en place d'une démarche de prévention globale et décloisonnée

La mise en place d'actions décloisonnées et attendues, et énoncée dans le schéma stratégique de l'Agence Régionale de Santé. Notre quotidien nous montre combien il est déjà difficile d'accompagner les personnes, sans être confrontés à ces cloisonnements entre différents secteurs (protection de l'enfance, sanitaire, médico-social) chacun ayant le souci de ses prérogatives et n'ayant qu'une connaissance partielle de l'organisation, des savoir-faire et des contraintes de ses partenaires.

La création des ARS n'a pas encore permis le rapprochement attendu entre le sanitaire et le médico-social avec des enjeux forts de pouvoirs et de moyens. Certaines initiatives, comme le travail mené dans le cadre de l'expérimentation « Dispositif ITEP » favorisent les échanges, avec la mise en place de groupe de travail entre les acteurs au niveau régional. Une convention cadre a été signée pour cette expérimentation entre l'ARS et l'Education Nationale, est venue renforcer le travail mis en place en amont, autour de la scolarisation des enfants en situation de handicap. Un groupe départemental existe depuis plusieurs années, il s'inscrit dans cette dynamique, il est d'ailleurs co-animé par l'Education Nationale et l'ARS. Ce groupe est composé, des directeurs des établissements et services médico-sociaux (IME, ITEP, SESSAD,...), il a contribué au diagnostic sur la scolarisation des enfants en situation de handicap.

Les démarches départementales ou de territoires permettent, plus facilement, de concrétiser une action comme, par exemple, la mise en place d'outils communs entre plusieurs acteurs.

Je souhaite donc initier, une démarche sur le territoire, qui associe l'ensemble des acteurs concernés par l'accompagnement des enfants dans leur développement. Je pense, en effet, qu'une action préventive doit pouvoir intervenir tout au long du parcours du jeune et dès la petite enfance. Comme j'ai pu déjà l'évoquer, il existe plusieurs niveaux de prévention que l'on peut mettre en œuvre avant, pendant ou après « la maladie ». Pour les enfants/adolescents, les troubles du comportement sont l'expression d'une difficulté psychologique et d'une souffrance, dont les causes peuvent être multiples, et quelquefois combinées entre-elles. Elles sont principalement repérées dans le cadre de leur scolarité. Cependant, les causes et les manifestations, peuvent se mettre en place dès le plus jeune âge de l'enfant, il est donc important de proposer aux services de la petite enfance CAMPS et PMI d'être associés à ce travail, sans oublier la médecine scolaire.

J'envisage donc, de mettre en place un travail sur un mode coopératif avec un ensemble d'acteurs de différents secteurs et partageant un objet commun : la prévention (secondaire et tertiaire) des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent.

L'ITEP est un acteur particulier qui intervient à la croisée des 3 champs que sont : le pédagogique, l'éducatif et le thérapeutique sans oublier le social. Ce qui nous amène à

entretenir et développer d'étroites relations avec les principaux acteurs de ces différents champs (Education Nationale, Conseil Général, Sanitaire). Cette place particulière et notre mode d'accompagnement globale, laissent à penser que nous pouvons jouer un rôle de catalyseur ou de développeur d'une démarche de prévention en faveur d'un public que nous connaissons très bien.

2.3.3 L'ITEP et sa marge de manœuvre.

L'ITEP est un établissement qui peut, légitimement, porter cette ambition d'initier des actions de prévention ciblées sur son territoire de compétences, mais il est aussi engagé à différents niveaux.

A l'externe, vis-à-vis de l'Agence Régionale de Santé qui attend de l'établissement une conformité par rapport à la réglementation et le maintien voire le développement de la qualité de nos accompagnements. Ces engagements, sont formalisés par le projet d'établissement et dans le cadre du CPOM, signé au niveau associatif, et qui concerne l'ensemble des établissements et services médico-sociaux gérés par l'association. Nos engagements se situent aussi auprès d'un ensemble de partenaires avec lesquels nous avons construit un ensemble de réponses qui favorisent le développement des compétences des jeunes et leur évolution hors de l'institution (classes intégrées, convention avec le Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT),...).

A l'interne, l'ITEP est aussi engagé auprès du public accueilli et des salariés employés. L'ensemble de ces engagements est repris, et aussi traduit dans le cadre du projet d'établissement, afin d'énoncer les objectifs visés et les moyens mobilisés en ce sens.

Ce travail se situe aussi au moment de l'évaluation de notre prochain CPOM et dans la perspective de la signature d'un nouveau contrat avec l'ARS. Ce temps d'évaluation, associé aux résultats de l'évaluation externe et à l'analyse de mes tableaux de bord, me permettent aujourd'hui d'avoir une bonne connaissance de l'utilisation des moyens alloués à l'établissement sur ces 5 dernières années et ceux disponibles qui pourraient être affectés au renforcement de notre rôle de prévention.

Ces ressources se situent à plusieurs niveaux :

– Celui des ressources humaines :

L'analyse des dépenses du groupe 2, montre que nous n'utilisons pas l'ensemble des postes d'assistantes familiales prévu. Dans les 5 dernières années sur les 30 postes prévus au budget, nous n'en avons utilisé qu'un maximum de 25. Ce différentiel de 5 postes, représente environ 135 000 euros qui pourraient être mobilisés pour renforcer l'équipe éducative et médico-psychologique, voire administrative (secrétariat), si besoin.

Je considère que ce sont les professionnels en poste qui ont le potentiel ou les compétences nécessaires pour s'engager dans les différentes actions.

Pour favoriser la disponibilité et les remplacements partiels des professionnels qui seront engagés, j'envisage des embauches complémentaires (éducateurs, psychologue à temps partiel).

Il faut cependant être attentif au fait qu'en redéployant ces moyens, nous allons faire augmenter un ratio d'encadrement éducatif déjà supérieur à la moyenne régionale. Ce point devra donc être abordé avec les représentants de l'ARS.

La qualification des professionnels, leur expérience et le contenu des récents entretiens professionnels me montrent que plusieurs d'entre eux disposent du potentiel ou des compétences attendus et qu'ils souhaitent s'engager dans de nouveaux projets.

La question des enseignants spécialisés de l'établissement devra être abordée avec l'Education Nationale, pour que leur remplacement systématique soit assuré et financé, et/ou qu'une partie de ce travail supplémentaire soit pris en compte dans leur rémunération.

– **Celui des moyens logistiques :**

Nous disposons d'une surface de locaux importante sur les 2 sites, qui permet d'accueillir ponctuellement un ou 2 jeunes de plus par unité, et d'envisager, si nécessaire, la mise en place de bureaux complémentaires ou l'utilisation des salles de réunions.

Les fonctions comptabilité, transport et entretien ne seront que très peu affectées par ces nouvelles actions, il faudra cependant être attentif au secrétariat qui risque d'être plus impacté (accueil téléphonique, mise en forme de documents) un renfort pourra donc être envisagé.

– **Celui de l'organisation :**

Notre implantation sur deux sites est une force car elle permet la proximité avec les acteurs de terrain et correspond à deux des territoires de santé du département. Notre fonctionnement par unité avec une équipe interdisciplinaire sous la responsabilité d'un chef de service est un support adapté pour prendre en compte l'accueil séquentiel et les situations des jeunes en liste d'attente.

Notre organisation permet aujourd'hui l'élaboration, le suivi, la coordination et la réactivité nécessaire à un accompagnement adapté pour les jeunes qui présentent des troubles du comportement. Ce point fort doit être préservé dans la réorganisation liée au renforcement du rôle de prévention de l'établissement.

– **Celui du partenariat :**

Notre ouverture sur l'environnement et notre travail de partenariat important favorisent l'accompagnement des jeunes et valorisent notre action. Ils permettent la reconnaissance de nos compétences, de nos savoirs faire et participe à notre inscription dans les réseaux locaux. Cette force facilitera les actions de communication et de mobilisation des différents partenaires associés aux futures actions de l'ITEP.

Un ensemble de ressources existent et sont mobilisables, sous réserve pour certaines, d'autorisations, d'autres ne dépendent pas que de l'ITEP et ne peuvent être mise en œuvre que par des partenaires extérieurs. Il faudra les convaincre de l'intérêt pour les usagers mais aussi pour les professionnels concernés de ces actions au regard des besoins repérés et de l'évolution de la population. La marge de manœuvre de l'ITEP ne dépend pas que de l'établissement mais aussi de la volonté et de la possibilité des responsables départementaux de mettre en œuvre la politique de prévention attendue sur les territoires.

Conclusion de la deuxième partie

Dans cette deuxième partie, j'ai souhaité mettre en évidence que le contexte actuel est favorable à la mise en place de réponses adaptées pour répondre à de nouveaux besoins sur le territoire.

Le contexte est favorable tout d'abord parce qu'il y a une réelle attente d'une partie de la population et d'un ensemble de professionnels chargés d'accompagner et de mettre en œuvre de nouveaux modes de compensation pour favoriser les parcours inclusifs des jeunes en situation de handicap. Par ailleurs, l'étude de l'évolution de la population accueillie fait ressortir un besoin d'un accompagnement de plus en plus long, le nombre de jeunes de plus en plus important présentant des troubles du comportement se traduit par une liste d'attente. Les jeunes et leurs familles doivent attendre de nombreux mois pendant lesquels la situation se dégrade allant, bien souvent, jusqu'à entrainer des ruptures de parcours.

Le contexte est aussi particulier du fait d'un SESSAD autonome, mais géré par la même association que l'ITEP. Au regard des missions de ce service, et compte tenu d'un ensemble de constats partagés avec mon collègue directeur du SESSAD, j'envisage sa participation au groupe de pilotage et la participation des salariés du service aux groupe projets.

Les politiques publiques de différents secteurs, au travers d'un ensemble de textes, énoncent un élargissement des missions des établissements et services et une

diversification de leurs interventions, en invitant à développer des coopérations intersectorielles. Par ailleurs, le PSRS de la région Basse Normandie confirme le principe de transversalité comme un des principes qui permet la prise en compte de l'utilisateur dans sa globalité, y compris sur les aspects de la prévention.

J'ai également précisé que l'établissement que je dirige s'inscrit déjà dans une logique de prévention et qu'il dispose de certaines ressources mobilisables pour développer la prévention. Une approche théorique m'a permis de mieux qualifier et situer ma démarche de prévention et de préciser les axes que je souhaite donner aux actions que j'envisage. Les 2 axes (active et passive) ainsi définis m'ont permis de cerner les types de réponses que j'envisage et selon quelles modalités. Par ailleurs, je confirme mon ambition de contribuer à la mise en place d'une prévention plus globale et décloisonnée en faveur du public trouble du comportement sur le territoire.

Pour terminer, j'ai voulu mettre en évidence que ce projet se réalise dans le contexte spécifique de l'établissement, lequel, même s'il représente une réelle ressource, est aussi engagé dans d'autres missions et engagements, qui sont à prendre en considération pour mesurer « la part du réalisable », tout comme les contraintes des partenaires que je souhaite mobiliser.

3 Développer le rôle de prévention de l'ITEP sur le territoire

Pour permettre à l'ITEP de jouer demain un rôle plus important de prévention, il faut respecter un ensemble d'étapes qui vont de l'autorisation d'engager le changement, à l'évaluation des différentes actions en passant par la communication. La prise en compte du contexte permet de mettre en évidence les autres engagements de l'établissement et leurs enjeux et contraintes qui en découlent. Elle facilite aussi les choix stratégiques, qu'il s'agisse de ceux de l'association ou ceux de l'établissement. Prendre en compte le contexte, c'est aussi s'attarder sur les réalités des partenaires aussi faites d'engagements et de contraintes pour pouvoir mieux les associer à cette démarche.

Cette adaptation sera conduite par l'équipe de direction de l'ITEP que j'anime, et qui est une instance de concertation qui permet aux cadres intermédiaires de me faire part des difficultés qu'ils rencontrent et de leurs avis. Ces derniers auront d'ailleurs un rôle important dans la démarche car je souhaite leur confier par délégation, la mise en place et l'animation de groupes de travail dont ils seront chargés de concevoir et mettre en œuvre les actions.

3.1 Connaître le contexte et favoriser la décision d'engagement

Il est important de bien connaître le contexte dans lequel vont s'inscrire les différentes actions et que je puisse transmettre ces informations à l'association. Je vais solliciter un ensemble d'acteurs internes et externes pour obtenir leurs accords ou leurs implications pour l'engagement et la réussite du projet. Pour obtenir ce que je souhaite, il est indispensable d'avoir une bonne connaissance des différents acteurs, de leurs missions mais aussi de leurs contraintes. Communiquer et envisager un travail de coopération, c'est avant tout reconnaître son interlocuteur, ou son partenaire, pour son rôle et ses particularités. C'est aussi, poser un cadre de travail qui favorisera la coopération par la prise en compte du partenaire et de ses compétences et éviter des situations d'incompréhension ou de compétition.

3.1.1 Connaître le contexte, pour agir de façon adaptée

L'association est engagée sur le champ de la protection de l'enfance, elle prépare un premier CPOM dans ce cadre avec les services du Conseil Général. Pour ses établissements relevant du médico-social, l'AAJD a signé, dès 2009, un premier CPOM actuellement en phase d'évaluation dans la perspective d'en signer un second qui devrait être effectif pour la période de septembre 2014 à août 2019. Le bilan en cours du premier

CPOM, s'appuie sur l'évaluation des différentes fiches actions et des résultats des évaluations externes des établissements et services. Les premiers éléments de cette évaluation laissent apparaître une évolution favorable des structures. D'importants travaux de réhabilitation pour l'ITEP et de construction pour l'IME ont été réalisés et offrent aujourd'hui des conditions confortables, sécurisantes et favorables à l'évolution et l'épanouissement des usagers. Les organisations et les modes d'accompagnement mis en place s'inscrivent dans les attendus des différentes recommandations ou textes législatifs. La plupart des objectifs énoncés dans le cadre des fiches actions du CPOM ont été réalisés sans moyens complémentaires (excédents ou redéploiement). L'ITEP est l'établissement qui a réalisé le plus d'excédents compte tenu d'une utilisation partielle du budget alloué à l'accueil familial spécialisé.

L'association, ses établissements et services, sont reconnus pour leurs implications et la qualité de leurs accompagnements. Ils bénéficient donc d'une image positive auprès des autorités de contrôle et d'un ensemble de partenaires.

L'ARS au travers de sa délégation territoriale gère l'offre sanitaire et médico-sociale sur un département très étendu (plus de 120 kilomètres du Nord au Sud) en faveur d'une population d'environ 500 000 habitants avec le plus fort taux de la région de personnes âgées de plus de 85 ans. Le département est aussi confronté à un fort taux de jeunes en situation d'amendement CREUTON⁴⁹. Il y a donc une très forte attente de réponses médico-sociales et sanitaires pour ces publics sur le territoire, attentes qui sont d'ailleurs prises en compte dans le cadre du PRIAC de l'ARS de Basse-Normandie. Deux inspectrices travaillent sur le champ médico-social du département depuis plusieurs années, elles siègent en CDAPH et, une d'entre elles, est chargée de la mise en place de l'expérimentation « Dispositif ITEP » sur la région de Basse Normandie. Elles ont une très bonne connaissance des besoins du public en situation de handicap, avec un regard et un rôle particulier au niveau régional, pour l'une d'entre elles, concernant les ITEP. Elle sera donc particulièrement attentive et réceptive à ma démarche de prévention. Elle peut aussi soutenir et relayer ma démarche dans le cadre de l'expérimentation.

L'Éducation Nationale, par l'intermédiaire de son inspecteur ASH, gère et développe un dispositif (voir annexe n°3) conséquent favorisant la scolarisation de 1043 enfants et adolescents en situation de handicap. Par ailleurs, 627 jeunes bénéficient d'un accompagnement individuel ou collectif. Le département de la Manche se distingue aussi

⁴⁹ Personne de plus de 20 ans maintenus dans l'établissement médico-social pour enfants d'origine, alors qu'ils bénéficient d'une orientation vers un établissement pour adultes.

par un nombre relativement important de classes d'unité d'enseignement, d'établissements médico-sociaux annexés à des écoles ou collèges (dont 4 sur l'ITEP). L'inspecteur siège aussi en CDAPH et il est régulièrement sollicité par les équipes pédagogiques qui souhaitent être soutenues et formées pour accompagner la scolarité des élèves en situation de handicap. J'ai souvent échangé avec lui à ce sujet, ce qui nous a conduits à mettre en place certaines actions expérimentales qu'il souhaite reconduire. Je suis convaincu qu'il sera lui aussi attentif à ma démarche et qu'il peut être un véritable soutien.

Le Conseil Général intervient auprès de plus de 2200 enfants dans le cadre de sa mission de protection de l'enfance et consacre plus de 5,3 millions d'euros à la protection maternelle infantile. Depuis la réforme de la protection de l'enfance, une réorganisation progressive s'est mise en place. En ce moment, les missions des territoires (qui correspondent plus aux anciennes circonscriptions qu'aux territoires de santé de l'ARS) dans la protection de l'enfance sont renforcées. La mise en place des différentes mesures de prévention par le Conseil Général s'est faite dans une approche plutôt cloisonnée. Le directeur départemental finalise donc la réorganisation de ses services et nous nous sommes rencontrés à plusieurs reprises autour de situations complexes, orientées sur l'ITEP et faisant l'objet d'une mesure de protection. Lors de ces échanges, il m'a confirmé être satisfait de la participation des professionnels de ses services aux différentes réunions concernant les projets d'accompagnement des jeunes et organisées par l'ITEP. Pour lui, ces réunions représentent un premier niveau de partages de compétences qu'il souhaite voir se développer.

La pédopsychiatrie et la psychiatrie sont gérées par une fondation qui vient de confier la direction des 2 secteurs Nord et Centre à un seul directeur. Le Centre ayant des moyens beaucoup plus faibles que le Nord, il en résulte un faible nombre de médecins pédopsychiatres débordés et un hôpital de jour qui n'accueille pas les adolescents. Dans ces contextes différents, nous arrivons cependant à construire des accompagnements partagés qui favorisent la fluidité des parcours des jeunes et les échanges entre les professionnels du secteur sanitaire et du secteur médico-social. Je rencontre régulièrement des médecins responsables de ces secteurs et l'un comme l'autre souhaite que nous développions ce travail. C'est dans cette dynamique, que nous avons proposé à nos directeurs généraux, un projet qui favorisera l'embauche d'un médecin pédopsychiatre supplémentaire sur le centre Manche.

Les modalités de travail mises en place, les expériences réussies et les échanges que j'ai eus avec les responsables départementaux sont favorables à la démarche que je

souhaite mettre en place. Ils sont cependant confrontés à des charges de travail importantes et à la réalité des moyens dont ils disposent.

Après avoir obtenu les accords nécessaires, je souhaite rencontrer chacun d'entre eux individuellement, afin de leur faire part de mon projet et de les convaincre de l'intérêt de leur participation.

3.1.2 Préparer la décision

Pour faciliter les choix nécessaires, mais aussi dans une perspective de poursuite de la démarche, il est indispensable que je constitue un dossier technique afin de mettre à disposition des différents acteurs de la décision ou de la réalisation un ensemble de documents qui faciliteront l'appréhension du contexte, la compréhension de la démarche et de ses enjeux. Ils seront aussi particulièrement utiles aux groupes de travail en favorisant la démarche de diagnostic partagé et en offrant de nombreux points de repères. Ce dossier sera constitué d'un ensemble de documents dont ceux auxquels je me suis référé pour nourrir ma réflexion.

Sa présentation comprendra forcément les thèmes suivants en référence au projet :

- Les textes de lois des différents secteurs.
- Les Rapports Nationaux (Rapport Paul BLANC, Rapport FLAJOLET,...).
- Les recommandations et outils de l'ANESM et l'ANAP.
- Les schémas régionaux et départementaux (ARS et CG).
- Les documents associatifs (Statut, Projet,...).
- Les sites internet ressources.
- Le document spécifique à l'ITEP (Projet, Règlement, Contrat de séjour, livret d'accueil, fiches de poste, résultats évaluation, interne et externe,...).
- Une note d'aide à la décision avec la présentation des différents axes du projet, leurs objectifs, les modalités de travail prévues pour la conception.

Ma responsabilité en tant que directeur est de veiller à ce que l'établissement assure les différentes missions qui lui sont confiées. Ma démarche va dans ce sens puisqu'elle vise à « *participer, en liaison avec les autres intervenants compétents, à des actions de prévention, de repérage des troubles du comportement et de recherche de solutions adaptées pour les personnes mentionnées à l'article D. 312* »⁵⁰. Je vais proposer ce choix

⁵⁰ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 Conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

à l'association gestionnaire car il doit correspondre à la stratégie associative et s'inscrire aux orientations du CPOM définies avec l'ARS.

Par ailleurs, l'association est aussi impliquée dans les champs de la protection de l'enfance pour lequel elle prépare un CPOM dans lequel elle pourrait affirmer le choix associatif de s'inscrire dans une démarche de prévention décloisonnée. L'association peut aussi décider d'engager cette démarche au niveau associatif plutôt qu'au niveau d'un établissement.

Ce projet doit être validé par l'ARS, autorité de contrôle de l'établissement, qui notamment au travers de son Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale, souhaite voir se mettre en place ce type d'actions : « Adapter les dispositifs et structures existants aux parcours de vie des usagers en multipliant les moyens et les compétences par le déploiement de plateformes de coopération... »⁵¹.

3.1.3 Présenter et faire valider les axes du projet

La mise en place des premiers CPOM a certainement représenté un outil intéressant pour permettre aux associations d'inscrire les établissements qu'elles gèrent dans les attendus du législateur, au travers de la Loi 2002-2 et de 2005-102, et de répondre ainsi aux délégations de service publique qui leur sont confiées. Les CPOM favorisent aussi le regroupement de plusieurs budgets, et de ce fait, inscrivent les directeurs d'établissement dans un environnement différent où ils doivent modifier leurs pratiques professionnelles, en s'assurant, avant d'engager ou de redéployer certains moyens que cette décision est compatible avec l'ensemble des engagements du CPOM et la situation financière des autres établissements.

Je présente ce projet à un moment et dans un cadre associatif particulier, celui d'un CPOM qui se termine et du prochain en cours d'élaboration. Je tiens à respecter la nouvelle organisation associative et les étapes prévues pour faire valider un projet dans le cadre du CPOM.

⁵¹ Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale SROMS de basse Normandie Janvier 2013-Janvier 2018

Chronologie de validation des axes du projet



Etape 1 : je présenterai ma démarche et les objectifs des actions au Directeur Général et à mes collègues directeurs dans le cadre d'une réunion du conseil de direction associatif. Je pourrai ainsi faire part de ma réflexion, des enjeux de la prévention et des moyens que j'envisage de mobiliser. Cette phase de présentation et de débat est nécessaire avant une présentation au Président de l'association et aux administrateurs (conseil stratégique associatif). Les axes du projet se situent dans le cadre du prochain CPOM et je propose uniquement de redéployer des moyens dont je dispose pour financer les prestations ou actions que je souhaite mettre en place.

Etape 2 : En accord avec le Directeur Général lors d'une réunion du Conseil d'Administration, je présenterai les axes du projet aux administrateurs qui auront, en amont, pris connaissance du dossier technique. Cette réunion aura pour objectif de compléter le niveau d'information des administrateurs en répondant à leurs questions, de les persuader, afin de retenir l'action de prévention comme un des axes prioritaires de notre prochain CPOM. C'est, en effet, à ce premier niveau qu'une validation complète ou partielle de ma démarche doit être faite. L'Association, à l'issue d'une analyse stratégique étayée par celle de l'ITEP, pourra ainsi signifier sa volonté d'engager un ou plusieurs de ses établissements et services dans une adaptation en faveur d'un rôle de prévention décloisonné.

Etape 3 : La fiche action à inscrire au prochain CPOM sera présentée à l'ARS lors d'une rencontre du groupe de pilotage du CPOM. Cette dernière pourra éventuellement être modifiée ou adaptée au regard des remarques ou des attendus de l'ARS dans le cadre de ses missions d'organisation de l'offre médico-sociale et sanitaire sur le territoire. Cette étape permettra également de recueillir l'accord de l'ARS favorisant ainsi la poursuite du projet notamment auprès des partenaires externes (Education Nationale, Conseil Général, Secteur de pédopsychiatrie...).

Pour faciliter la suite de ce travail, je pose le postulat que le conseil d'administration valide ma démarche et m'autorise à engager le projet. Dans l'hypothèse, mon projet s'inscrit comme une action prioritaire au prochain CPOM, le financement sera uniquement par redéploiement de moyens existants.

3.2 Préparer la phase de conception

Ce projet sera réalisé et piloté sur 3 niveaux, interne, interne/externe et externe en référence aux différents types d'actions que je souhaite mettre en place. La conception de chaque action sera confiée à un groupe projet spécifique animé par un membre de l'équipe de direction. Je prendrai en charge, la première phase de conception du projet externe, en lien avec les services de la direction générale. L'animation de ce groupe sera déterminée une fois le groupe de pilotage constitué.

La conception de ces différentes actions passe par un ensemble d'étapes, avec tout d'abord, une planification articulée (temporalité et autres actions) avec le prochain CPOM. Je pourrai ainsi prioriser les actions dans leur déroulement. Ensuite, je dois préparer les différentes instances qui vont contribuer au bon déroulement du projet de par leur rôle de pilotage, de suivi et d'évaluation. Enfin, je vais confier la conception à plusieurs groupes projets, pour lesquels, il me faut définir l'animation et l'organisation.

C'est aussi et avant tout, le moment où, je vais mettre en œuvre concrètement les principes de management que je souhaite utiliser pour concevoir et mettre en place ce projet.

3.2.1 Planifier pour organiser et répartir

Planifier représente pour moi la possibilité de se donner des repères dans le temps, de se fixer des échéances qu'il faudra respecter. La planification offre aussi la possibilité de répartir les charges de travail dans le temps.

La temporalité de ce travail s'inscrit donc dans celle de notre futur CPOM qui doit être signé en septembre prochain et qui sera d'une durée de 5 ans. Les groupes de travail et les actions seront engagés progressivement sur cette période. Je souhaite cependant que les actions soient mises en œuvre au moins 2 ans avant l'échéance du contrat avec l'ARS pour être en mesure de les évaluer.

Cette planification devra être inscrite avec les différents engagements de l'établissement contenus dans le processus d'amélioration continue de la qualité, qui prend en compte les axes d'amélioration du projet d'établissement et les fiches action « attribuées » à l'ITEP dans le cadre du prochain CPOM. La planification pourra être revue ou adaptée par le comité de pilotage au regard des temps d'évaluations.

La programmation des différentes actions est présentée sous forme d'un tableau synthétique qui permet une visibilité de l'ensemble des actions et les acteurs concernés.

3.2.2 Piloter pour suivre, ajuster et décider

Je considère que, pour piloter un projet, il faut évidemment savoir où on souhaite aller, et connaître pour cela les moyens dont on dispose. Il faut aussi, et surtout, être en mesure de faire face aux imprévus, et à ce que l'on ne maîtrise pas. Par ailleurs, un projet construit sur un mode participatif laisse des espaces d'imagination et de création aux membres des groupes projets. Il faut donc prévoir un pilotage régulier et réactif pour prendre les décisions nécessaires au moment opportun. Il doit aussi être adapté aux différents niveaux de projet. C'est aussi une instance importante pour l'animateur à laquelle il peut se référer.

L'action globale, sera donc pilotée par le Groupe de Pilotage de l'Action (GPA) : constitué au niveau associatif, il est composé d'administrateurs de l'association, du Directeur Général, du Chargé de développement et de qualité de l'AAJD, de représentants de l'ARS et dans un premier temps des principaux acteurs que je souhaite associer à la démarche (Pédopsychiatrie, Protection de l'Enfance, Education Nationale). Pour le projet en faveur d'une prévention globale décloisonnée, la participation pourra être étendue à d'autres acteurs souhaitant s'inscrire dans la démarche (PJJ, MDPH, PMI, Médecine Scolaire, CMPP,...). Je considère en effet que cette action a tout d'abord un enjeu stratégique important pour l'association et que sa mise en place ne peut s'envisager sans un accord et une implication importante des responsables départementaux des différents secteurs.

Le pilotage des autres actions sera réalisé par l'équipe de direction de l'ITEP (avec la participation de celle du SESSAD) en lien direct avec le Groupe de Pilotage et d'Evaluation (GPE). Le GPE est une instance inscrite au projet d'établissement dans le cadre de notre processus d'amélioration continue de la qualité. Je souhaite en effet privilégier les instances existantes afin d'éviter de mobiliser un temps de réunion supplémentaire et de générer de la confusion. Je considère, par ailleurs, que l'équipe de direction représente l'instance pour :

- Préparer, proposer et mettre en place un plan de communication.
- Suivre les groupes de travail et composer les groupes projet (GP).
- Suivre et valider le résultat des travaux.
- Me permettre de prendre les décisions nécessaires.
- Identifier les compétences attendues et mettre en place les actions de formation.
- Réaliser la rédaction nécessaire à l'actualisation du projet d'établissement.

Par ailleurs, un lien étroit existe déjà entre l'équipe de direction et le GPE chargé du suivi de notre processus d'amélioration continue de la qualité, ce qui favorisera l'inscription de ces actions dans ce processus.



3.2.3 Impliquer les professionnels avec les Groupes Projets

Pour l'ensemble de l'action, je vais mettre en place un management par projet en créant un groupe de travail par projet. Les groupes projets seront définis par l'équipe de direction. Ils seront composés d'un ensemble représentatif du plateau technique de l'ITEP et de partenaires externes s'il y a lieu en fonction de l'action. Les chefs de service pourront positionner des professionnels en fonction de compétences acquises ou à développer en veillant à ce que les groupes soient constitués à la fois, de professionnels motivés et d'autres passifs ou dans l'opposition face au changement. Le groupe projet pour l'action de prévention globale et décloisonnée sera constitué par le GPA.

Les chefs de service ou directeur pédagogique de l'unité d'enseignement de l'ITEP se verront confier par délégation la mise en place et l'animation de ces groupes de travail (sauf la prévention globale décloisonnée que je prendrai en charge). Chacun aura pris connaissance du dossier technique de préparation et de différentes fiches actions que j'ai élaborées et pourra les utiliser dans le cadre des groupes projet. Les objectifs et les moyens de chaque groupe de travail seront repris lors des réunions de l'équipe de direction qui sera aussi l'instance de suivi et de validation de l'ensemble des propositions des groupes de travail.

Les trois chefs de service sont tous titulaires du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale (CAFERUIS) et sont en poste depuis plus de 5 ans. Ils ont les compétences nécessaires à la conduite de ce type de travail, ils maîtrisent l'organisation de l'établissement et sont chargés de mener les entretiens individuels⁵² avec chaque salarié des équipes qu'ils animent. Le directeur pédagogique est en poste depuis plus de 8 ans et il est titulaire du diplôme de Directeur

⁵² L'entretien individuel est un des outils de management support à la démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC). Il regroupe sous la même appellation : L'entretien d'évaluation, l'entretien professionnel et/ou l'entretien de 2^{ème} partie de carrière.

d'Établissements d'Éducation Adaptée et Spécialisée (DDEEAS) et il a eu la responsabilité de l'action expérimentale que nous avons mise en place avec l'Éducation Nationale.

Les partenaires, les jeunes et des représentants des familles seront associés à l'action, soit directement par une participation à certains temps de travail, soit par des enquêtes, soit des questionnaires.

3.2.4 Communiquer tout au long du projet

Dès la phase de préparation et de validation du projet, je suis amené à communiquer sur le projet à l'interne en direction des équipes et à l'externe en direction des partenaires. La communication s'impose donc très tôt comme moyen que je dois utiliser tout au long de la conception, de la mise en place et de l'évaluation du projet, pour accompagner la démarche, impulser les changements et favoriser une bonne appréhension du projet.

Je souhaite donc faire de la communication un élément clé de ma démarche, au travers d'un plan de communication établi par l'équipe de direction et que je validerai. Je veillerai à ce que, dès le départ, soient identifiées, les informations à communiquer, à quels moments, mais aussi à qui les transmettre et à l'aide de quels outils (courriers, mails, diffusions de comptes rendus, réunions,...). Je porterai une attention particulière aux instances prévues dans l'organisation pour :

- Favoriser le dialogue social (Instances représentatives du personnel).
- Faciliter le fonctionnement (Réunions d'Unités).
- Permettre la participation des usagers et de leurs familles (Conseil de Vie Sociale).
- Transmettre des informations à la Direction Générale ou aux administrateurs (Réunions mensuels des directeurs de l'AAJD, Conseil d'administration).
- Dialoguer avec les autorités de contrôle sur le déroulement du CPOM (dialogue de gestion annuel).
- Échanger avec nos partenaires lors de réunions formelles ou de rencontres fortuites.

Au sein de l'établissement ;

Pour favoriser la compréhension, je vais utiliser des temps, des formulations et les outils adaptés. Au travers de mes actions de communication, je vais aussi rechercher la participation de l'ensemble des acteurs, les membres du personnel ainsi que les jeunes et leurs familles qu'il est nécessaire de mobiliser. Je dois concevoir des temps et des espaces de communication pour partager avec l'équipe le diagnostic à l'origine de la

démarche et permettre l'expression de craintes ou des résistances liées au projet. Je souhaite valoriser l'offre de service et les compétences des professionnels, les effets attendus pour la population mais aussi pour les professionnels cadres et non cadres (développement de compétences) et promouvoir l'innovation.

A l'externe

Je vais utiliser la communication avec les mêmes objectifs en respectant les identités et en garantissant les prérogatives de chacun tout en favorisant la connaissance réciproque entre services ou secteurs. Elle me servira, par ailleurs, à consolider les relations indispensables à la réussite des actions. Cette communication ne pourra avoir lieu sans l'accord et le soutien des responsables institutionnels départementaux.

La communication se poursuivra tout au long des autres étapes du projet. L'élaboration de ce dernier ne pourra être satisfaisante que si elle passe par un réel échange constructif entre les différents membres du groupe. Cette étape est indispensable pour obtenir l'implication souhaitée des professionnels. Il en sera de même dans la phase de mise en œuvre pour laquelle, différentes actions de communication en direction des jeunes et de leurs familles ou de professionnels devront être mises en place. Cette communication devra être adaptée en fonction des différentes situations : jeunes en difficulté de compréhension ou professionnels avec une autre culture que celle du médico-social.

Le suivi des actions et l'évaluation des actions feront aussi l'objet de communication en direction de l'association, de l'ARS, des partenaires et de l'ensemble du personnel.

3.3 Identifier les actions à mettre en place

3.3.1 Organiser l'accueil séquentiel

Il est à la fois souhaitable de mettre en place cette forme d'accueil pour répondre aux besoins des jeunes actuellement accompagnés par l'ITEP, mais aussi parce qu'il pourra être utilisé ponctuellement dans l'intervention que je souhaite mettre en place en faveur des jeunes en situation d'attente (répit, évaluation). Pour préserver les groupes d'internat, je fais le choix de l'envisager principalement sur le temps de jours et si nécessaire (répit), une famille d'accueil du CAFS de l'établissement pourra accueillir le jeune sur une période de 15 jours à 3 semaines.

Objectifs	Moyens
<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les situations des jeunes qui quittent l'établissement et celles de ceux en attente d'admission. - Eviter les situations de rupture scolaires ou familiales. - Offrir des temps de répit en situation de crise. - Favoriser l'intégration future du jeune au sein de l'établissement. - Préciser l'évaluation des besoins du jeune et de sa famille. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil possible de quelques jours à plusieurs semaines sur l'établissement. - Rencontres entre le jeune, sa famille et les différents professionnels de l'ITEP. - Echanges avec les différents professionnels chargés de l'accompagnement du jeune dans l'attente de son admission et les professionnels de l'ITEP. - Aménagement de l'emploi du temps du jeune.

Acteurs : chefs de service, représentants des équipes.

Points de vigilance :

- Prestation bien définie et contrôlée pour éviter les interprétations des familles ou des professionnels.
- Maintenir la qualité des accompagnements actuels.
- Disponibilité de certains professionnels.
- Nombre restreint d'accueil séquentiel par unité.
- Eviter les accueils séquentiels simultanés.

3.3.2 Concevoir une prévention active en faveur des jeunes inscrits sur liste d'attente

Il s'agit d'une action directe en faveur des jeunes en attente d'admission, de leur famille mais aussi des professionnels déjà mobilisés pour accompagner cette situation. Il ne s'agit pas de se substituer à ces acteurs mais d'évaluer leurs besoins et ceux du jeune et de sa famille pour ajuster et compléter l'accompagnement déjà en place.

Objectif	Moyens
<ul style="list-style-type: none"> - Eviter la dégradation des troubles du comportement et les ruptures de parcours. - Evaluer à l'aide des informations recueillies lors de la consultation d'admission et à l'aide de celles recueillies auprès des différents intervenants la situation précise du jeune (compétences, attentes, besoins, priorités). - Proposer aux jeunes, à sa famille et aux différents acteurs une priorisation des objectifs à atteindre pour favoriser le maintien du parcours en milieu ordinaire dans l'attente de l'admission à l'ITEP. - Valoriser le jeune au travers de ses compétences et lui offrir des situations valorisantes. - Compléter l'accompagnement en mobilisant certains moyens de l'ITEP. - Renforcer le lien déjà établi lors de la visite d'admission entre le jeune, sa famille et l'ITEP pour favoriser son intégration future. - Offrir des temps de répit pour les situations les plus difficiles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps spécifiques pour chaque équipe interdisciplinaire. - Rencontre avec le jeune, sa famille, les professionnels. - Déplacement des professionnels de l'ITEP. - Réunion de l'ensemble des acteurs avec ou sans la présence du jeune et de sa famille. - Accueil séquentiel sur l'établissement.

Acteurs : Chef de services, représentants des équipes de l'ITEP, professionnels de l'Éducation Nationale, de la pédopsychiatrie, de la protection de l'enfance.

Points de vigilance :

- Prestation bien définie et contrôlée pour éviter les interprétations des familles ou des professionnels.
- Maintenir la qualité des accompagnements actuels.
- Disponibilité de certains professionnels.
- Confusions avec SESSAD.
- Articulation avec SESSAD.

3.3.3 Elaborer une prévention passive en faveur des professionnels du milieu ordinaire

Depuis maintenant plus de deux ans, nous intervenons à la demande de l'Éducation Nationale dans le cadre de la formation continue des enseignants du milieu ordinaire. Il s'agit de pérenniser cette action, de la démultiplier et de l'ouvrir à d'autres professionnels de secteurs différents (sanitaires, protection de l'enfance). A ce jour, seulement deux professionnels sont en capacité de réaliser ces interventions.

Objectifs	Moyens
<ul style="list-style-type: none">- Permettre une meilleure connaissance des troubles du comportement.- Mieux repérer les troubles du comportement pour adapter son intervention ou mettre en place l'accompagnement nécessaire le plus précocement possible.- Présenter l'ITEP et ses modes d'interventions adaptées à ce public.- Créer des liens entre les enseignants ou professionnels du milieu ordinaire et positionner l'ITEP et son équipe comme une ressource possible en cas de difficulté.	<ul style="list-style-type: none">- Temps détachés pour différents professionnels afin de réaliser ces interventions (préparation, formation d'autres professionnels de l'ITEP, déplacement).- Outil de communication (Power point) déjà élaboré pour l'Éducation Nationale (adaptation à étudier en fonction du public).

Acteurs : Directeur pédagogique, Chef de services, représentants des équipes de l'ITEP, professionnels de l'Education Nationale, de la pédopsychiatrie, de la protection de l'enfance.

Point de vigilance :

- Disponibilités des professionnels, intervenants et bénéficiaires.

3.3.4 Mutualiser pour renforcer la participation des pédopsychiatres

Favoriser le renforcement de la pédopsychiatrie sur un des territoires pour faciliter l'engagement dans une démarche de prévention.

Objectifs	Moyens
<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de temps de médecin pédopsychiatre pour l'ensemble des établissements et service de l'AAJD. - Augmenter le temps de présence du médecin sur l'ITEP. - Participation des médecins pédopsychiatres à la démarche de prévention. - Contribuer à la création d'un poste de pédopsychiatre supplémentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mutualiser les moyens des établissements et services de l'AAJD. - Convention de coopération entre l'AAJD et la fondation chargée de la pédopsychiatrie. - Permettre à la fondation de proposer un poste à temps plein sur le Centre Manche.

Acteurs : directeurs généraux, directeurs, médecins

Point de vigilance :

- Respect des emplois du temps.

3.3.5 Elargir la démarche de l'établissement vers un dispositif décloisonné pour la prévention des troubles du comportement

Objectifs	Moyens
<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un comité de pilotage avec différents acteurs. - Favoriser des actions de prévention décloisonnées en faveur des enfants et des familles confrontés aux troubles du comportement. - Réaliser, avec le soutien d'une université, une étude des besoins sur le territoire auprès de l'ensemble des acteurs de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence. - Définir une offre de service expérimentale de prévention. - Élaborer un ensemble d'actions à mettre en place à partir des préconisations de l'étude (soutien d'un centre de formation). 	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un comité de pilotage en faveur d'une prévention ciblée (troubles du comportement), globale (tout au long du parcours) et décloisonnée. - Diagnostic complété et partagé. - Mise en place d'un groupe de travail intersectoriel.

Acteurs : Dans un premier temps, les responsables départementaux et ceux des associations engagées sur le champ du handicap et de la protection de l'enfance. Après constitution d'un groupe de pilotage, élargissement de la participation à l'ensemble des acteurs voir schéma p. 41 pour la constitution d'un groupe projet.

Points de vigilance :

- Disponibilité des partenaires.

En créant ce comité de pilotage, je souhaite participer à la mise en place d'un dispositif tel que l'on peut le concevoir dans une perspective socio-constructive : « La définition d'une intervention socio constructive se réfère à une conception du changement et à une conception constructive de l'apprentissage. Le dispositif vise à permettre à chaque acteur d'explorer de nouvelles façons de poser les problèmes, d'identifier les enjeux et d'appréhender les solutions. »⁵³ De ma place de directeur d'ITEP, je propose cette approche de la prévention décloisonnée pour les troubles du comportement, ce qui n'est qu'une proposition car on peut imaginer que le groupe de pilotage ainsi constitué, fera le choix d'une démarche de prévention plus large.

Cette action sera mise en place de façon concertée et avec le soutien de l'équipe de la Direction Générale compte tenu du double champ de compétence de l'association (handicap enfance et protection de l'enfance) et des enjeux qui peuvent dépasser ceux de l'ITEP et concerner les autres établissements et services de l'association.

3.3.6 Tableau récapitulatif des différentes actions

Prévention Active	Prévention Passive
Accueil Séquentiel	Interventions auprès des professionnels du milieu ordinaire
Soutien aux situations en liste d'attente	Renforcement du temps de pédopsychiatrie
Actions complémentaires à l'initiative du groupe de pilotage	Actions complémentaires à l'initiative du groupe de pilotage
Groupe de pilotage pour la prévention des troubles du comportement	

⁵³ Michel FOUARIAT Avril 2013 Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Rennes, Presse de l'EHESP p 257

3.4 Impulser et accompagner le changement nécessaire

Pour poursuivre ma démarche, je considère avoir obtenu la validation des 3 axes stratégiques du projet que sont :

- La mise en œuvre de nouvelles prestations (accueil séquentiel, gestion de la liste d'attente) pour une prévention active.
- Le renforcement et le développement d'actions de prévention passives en faveur des professionnels du milieu ordinaire.
- La création d'un pôle territorial en faveur de la prévention des troubles du comportement sur un mode coopératif et intersectoriel.

En souhaitant adapter le dispositif que je dirige pour lui permettre de jouer un rôle plus important sur le champ de la prévention, je dois mettre en place différents changements qui peuvent insécuriser l'équipe et provoquer des réactions d'opposition. L'équipe peut en effet considérer que les nouveaux axes que je vais donner au projet vont venir perturber l'équilibre actuel. « Alors pourquoi changer ? Qu'est ce que nous allons perdre ? Qu'est ce que nous avons à y gagner ? Des changements pour quoi faire ? Quels seront les impacts sur nos pratiques professionnelles ? Aurons-nous besoin de développer de nouvelles compétences ?... ». Ces questions, complétées par d'autres, devront pouvoir être exprimées et les salariés auront besoin d'avoir des réponses aux questions légitimes qui accompagnent le changement. Je ne dois pas perdre de vue ces besoins d'expression, de réponses, d'accompagnement tout au long de la démarche même si la majorité du personnel est déjà inscrite dans une démarche d'amélioration continue.

L'équipe s'est en effet inscrite dans une démarche de changement depuis plusieurs années et en particulier dans le cadre du projet d'établissement. Cette dynamique a permis la mise en place d'une nouvelle organisation et de nouvelles modalités d'accompagnement. Les professionnels ont dû, dans le cadre du changement, modifier leur pratique, en l'inscrivant dans l'interdisciplinarité, et en prenant des responsabilités dans leurs champs de compétences. L'inquiétude du départ s'est progressivement transformée en implication et en investissement professionnel. Ils ont été associés dès la phase d'élaboration du projet et ils ont pu bénéficier de l'accompagnement nécessaire pendant sa mise en œuvre, qui a pu, à certains moments, générer des doutes. Ils sont aujourd'hui convaincus que l'organisation actuelle est adaptée aux besoins des jeunes et offre de bonnes conditions de travail. La mise en place de notre démarche continue d'amélioration de la qualité de nos prestations a permis de maintenir la dynamique de changement ou d'adaptation indispensable à toute organisation médico-sociale au regard des évolutions de notre contexte.

Les conditions pour introduire les changements souhaités sont plutôt favorables, mais je ne dois pas perdre de vue que certains salariés ne sont pas pleinement inscrits dans cette dynamique et n'en mesurent pas forcément l'intérêt pour la population que nous accompagnons et pour leur propre parcours professionnel.

Pour notre environnement, et en particulier pour nos partenaires, l'ITEP a changé ces dernières années. Cette évolution est confirmée par les conclusions et les résultats de l'évaluation externe. On doit cependant se poser la question de la perception, par les partenaires externes, d'un ITEP qui étend ses missions dans une perspective de prévention, alors qu'à ce jour, elles sont principalement identifiées au travers des accompagnements de jeunes accueillis à l'ITEP.

L'expérimentation positive menée avec l'Éducation Nationale est une porte d'entrée favorable. Son adaptation à d'autres secteurs devra être portée et soutenue par les responsables départementaux des administrations et institutions partenaires. Pour rassurer et convaincre les professionnels de terrain, il me semble nécessaire d'aborder ces actions comme une évolution des formes de coopération, indispensable à la définition d'organisations, permettant un partage de compétences et une véritable interaction. Par des actions intersectorielles, il s'agit d'éviter la dégradation des situations, de prévenir les situations de rupture de parcours et de favoriser un repérage précoce des troubles du comportement.

3.4.1 Elaborer une démarche stratégique et managériale

Pour engager le processus de changement au sein de l'établissement, je dois concevoir et mettre en œuvre une stratégie et un management qui vont contribuer à la réussite du projet et passant par :

- Constituer les groupes de pilotage et développer un management par projet.
- Mettre en place une communication interne et externe.
- Favoriser une démarche participative.
- Mettre en œuvre les délégations nécessaires.
- Constituer et mettre en place les groupes projets.
- Piloter les différents niveaux de projets.

Ces 6 points seront décisifs pour convaincre et mobiliser l'ensemble des acteurs que je souhaite impliquer dans cette démarche. Ils vont aussi me permettre d'organiser le processus de changement en utilisant des modes de management qui sont déjà mis en place dans notre fonctionnement comme la délégation et le fonctionnement par projet (voir p 15).

3.4.2 Mettre en place une démarche participative

La réussite de ce projet demande l'implication d'une partie représentative des équipes interdisciplinaires de l'ITEP. Il n'est pas possible, pour des raisons d'organisation d'envisager la participation de toutes les personnes aux groupes projet qui seront mis en place. Des groupes représentatifs seront donc constitués en fonction des différents positionnements et des choix de l'équipe de direction.

Pour pouvoir se positionner et s'impliquer dans la démarche, les professionnels doivent percevoir la nécessité et l'intérêt du changement, au travers d'un ensemble d'informations qu'il est indispensable de leur présenter. C'est aussi un moyen de lutter contre les résistances possibles face au changement que je propose. Comme l'explique Jean-Marie Miramon : « le changement provoque toujours des résistances (...) Les résistances ne sont pas simplement la manifestation de la routine et de la passivité des exécutants, comme on a trop tendance à le croire. Elles sont dues au fait que l'organisation de l'entreprise est l'expression d'un certain équilibre sous-tendu par des relations de pouvoir, dans lesquelles les individus ont trouvé, en principe, une satisfaction minimum, un compromis entre les objectifs personnels et ceux de l'entreprise. Changer une entreprise revient donc à casser ou modifier cet équilibre et redistribuer entre les partenaires les atouts et les moyens des marchandages qu'ils avaient mobilisés pour y parvenir. Ils feront tout pour se prémunir et se protéger des risques qu'une telle redistribution représente pour eux. C'est l'origine des résistances au changement. Faire participer les acteurs à l'élaboration des décisions qui les concernent permet de vaincre ces résistances : tel est le principal défi à relever pour entamer un processus de changement »⁵⁴. Une réunion institutionnelle sera donc mise en place pour informer de la validation des axes stratégiques du projet et pour présenter le diagnostic et l'analyse stratégique à l'origine de ma démarche. Au cours de cette réunion, je présenterai, les axes stratégiques de la démarche, les différentes actions attendues et l'organisation prévue pour leurs conceptions et le calendrier prévisionnel de réalisation des étapes.

3.4.3 Déléguer pour concevoir

J'utilise déjà la délégation dans le cadre du fonctionnement de l'établissement et en particulier avec les cadres intermédiaires avec des niveaux de délégation importants fixés par écrit. En effet, chaque chef de service organise et veille au bon fonctionnement d'une unité de vie. Il est le chef de projet des différents projets personnalisés d'accompagnement des jeunes de l'unité. Cette organisation est également mise en place sur l'unité d'enseignement pour laquelle je confie au directeur pédagogique, les mêmes

⁵⁴ Jean-Marie MIRAMON, 2002, promouvoir le changement, cahier de l'actif, N°314-317, p216

missions. Ces professionnels disposent donc d'une autonomie importante dans le cadre de leurs missions.

Avant de mettre en place ces délégations, j'ai vérifié que les cadres concernés possèdent les compétences et négocié avec eux les moyens mobilisables pour mener à bien ces délégations. Le suivi de ces délégations est réalisé dans le cadre des entretiens réguliers de délégation que j'ai mis en place pour chaque membre de l'équipe de direction.

Je vais utiliser cette organisation pour confier à certains cadres la mise en place et l'animation des groupes projets parce qu'ils sont aussi les personnes qui maîtrisent l'organisation actuelle. Je garderai la maîtrise de la démarche grâce aux entretiens de délégation et au groupe de pilotage.

Ce choix me permettra de rester disponible pour mes autres missions et de m'impliquer dans la mise en place du GPA.

Comme l'exposent Jean-Marie MIRAMON, Denis COUET et Jean-Bernard PATURET : « Déléguer, c'est accepter de se dessaisir (...), c'est savoir faire faire(...), c'est maîtriser les repères essentiels de l'échiquier institutionnel(...)»⁵⁵ »

3.4.4 Développer des compétences

Au travers de son projet d'établissement, l'ITEP s'engage à développer les connaissances et les compétences de ses professionnels pour permettre aux salariés de :

- « Spécialiser l'offre de service rendu par rapport à l'évolution de la population accueillie ;
- Améliorer la qualité de vie des enfants/adolescents au sein de l'institution en formant entre autre le personnel à divers types d'approches ;
- Faire accéder des salariés à des formations qualifiantes concernant notamment une aide méthodologique pour les conduites de projets ;
- Permettre aux salariés de se décentrer du quotidien, de confronter leur expérience à travers la participation à des journées d'études ou de conférences-débats tout au long de l'année. »⁵⁶

Ces actions vont permettre aussi de développer les compétences collectives de l'ITEP sur le champ de la prévention qui s'appuie sur les compétences individuelles des professionnels de l'ITEP. Avant même la mise en place des groupes de travail, on peut déjà identifier certaines compétences attendues comme :

⁵⁵ Jean-Marie MIRAMON, Denis COUET et Jean-Bernard PATURET, 2012, le métier de directeur techniques et fictions, Rennes, Presse de l'EHESP, p92

⁵⁶ Projet d'établissement de l'ITEP AAJD validé le 22.01.2014 par le conseil d'administration de l'association

- Une connaissance précise des troubles du comportement et des besoins spécifiques des personnes confrontées à ces difficultés.
- Une expérience de la mise en place d'actions éducatives ou pédagogiques adaptées et les savoirs théoriques associés.
- Une compétence dans l'évaluation des besoins et dans la construction d'accompagnement adapté.
- Des capacités de communication auprès d'une personne ou face à un groupe.

Cette liste représente déjà une première base qui pourra être utilisée dans le positionnement volontaire ou demandé des professionnels sur le groupe projet. Elle pourra être complétée afin de mettre en place si nécessaire des actions de formations spécifiques qui seront financées dans le cadre du budget formation de l'établissement. Ce projet favorisera l'émergence de nouvelles compétences et renforcera le lien des professionnels de l'ITEP avec le milieu ordinaire.

3.4.5 Elargir l'offre de service en redéployant des moyens financiers

J'envisage le financement de ces actions par redéploiement des moyens disponibles. Dans le cadre du premier CPOM, nous disposions à l'organigramme de 30 postes d'assistantes familiales financés. Je constate, sur les 5 derniers exercices, que 10 à 20% des postes ne sont pas pourvus. Je constate également que les orientations en accueil familial sont en régression alors que les demandes d'admission en semi internat et en internat sont en forte augmentation. Je proposerai de redéployer 3 à 5 postes d'assistantes familiales ainsi que les indemnités d'entretien pour permettre de financer ce projet. Les moyens du groupe II ainsi dégagés vont permettre de renforcer les équipes, par le recrutement de postes, d'éducateurs et/ou de coordonnateur, au regard de la charge de travail supplémentaire (accueil séquentiel, liste d'attente). Pour le groupe I et le groupe III, ces moyens viendront en augmentation des lignes budgétaires impactées par la mise en œuvre de l'action.

Tableau des moyens à réaffecter

	Budget 2014	3 AF redéployées	5 AF redéployées	Budget 2015
Groupe I	551 122,71 €			551 122,71 €
Dont indemnités d'entretien	87 855,00 €	8 785,00 €	14 641,66 €	79 070,00 €
Groupe II	3 520 615,14 €			3 520 615,14 €
Dont Assistantes Familiales	720 110,00 €	72 011,00 €	120 018,33 €	648 099,00 €
Groupe III	555 936,40 €			555 936,40 €
TOTAL Budget	4 627 674,25 €	80 796,00 €	134 659,99 €	4 627 674,25 €

Hypothèse de Budget après réaffectation

	Budget 2014	Budget 2015	Variation Budget
Groupe I	551 122,71 €	565 922,71€	14 800 €
Groupe II	3 520 615,14 €	3 488 988.14	-31 627€
Dont Assistantes Familiales	720 110,00 €	648 099,00 €	-120 018,33 €
Groupe III	555 936,40 €	572 763,40 €	16 827€
TOTAL Budget	4 627 674,25 €	4 627 674,25 €	0

Ce redéploiement sera arrêté dans le cadre du prochain CPOM et sera fonction aussi du volume des actions à mettre en place.

3.5 Suivre les actions et leur inscription dans la démarche qualité

Ces actions seront donc inscrites dans une démarche globale de l'établissement que représente notre démarche qualité qui, pour rappel, est pilotée par le Groupe de Pilotage et d'Evaluation que je dirige et qui est composé de l'équipe de direction, d'un représentant de la Direction Générale (chargée de développement et de qualité) et de professionnels représentants les divers champs de compétences du dispositif.

En utilisant l'organisation en place, j'évite la création d'une instance supplémentaire et je facilite l'articulation avec les autres actions engagées sur l'établissement.

3.5.1 Mettre en place les instances de suivi et d'évaluation

Groupe de pilotage de l'action - GPA

Constitué pour la durée de réalisation et de mise en place du projet, le GPA a pour rôle de procéder à l'évaluation globale et à l'ajustement des objectifs. Son action est déterminante et s'effectue à partir des travaux réalisés et des éléments transmis par le GPE.

Le Groupe de Pilotage et d'Evaluation de l'Etablissement - GPE

Il est mis en place dans le cadre de l'évaluation interne, il est devenu l'instance de suivi de la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des prestations. Je souhaite utiliser cette instance pour articuler les actions d'adaptation et d'évolution nécessaires à notre démarche de prévention aux autres actions inscrites dans notre plan d'amélioration continue de la qualité et des prestations.

Dans la continuité de l'évaluation interne, le rôle du GPE a principalement consisté à évaluer le plan d'action issu de l'évaluation interne.

Dans un deuxième temps, son rôle sera étendu à l'ensemble de la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des prestations.

Il se réunit au moins une fois par trimestre, son rôle consiste à :

- Evaluer les actions priorisées dans le plan d'action ;
- Actualiser le plan d'action au regard du programme directeur associatif et du plan d'action pluriannuel et fixer des priorités ;
- Permettre la circulation de l'information sur le déroulement de la démarche ;
- Donner son avis, faire des propositions et/ou contribuer à l'élaboration d'outils supports en fonction des priorités retenues.

Les réunions de direction

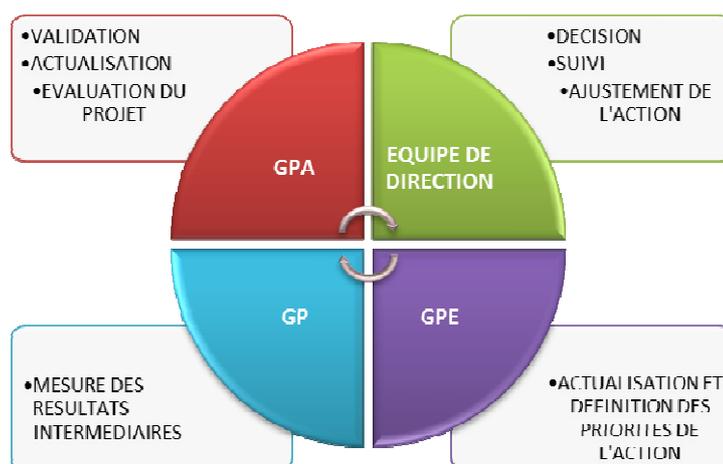
Elles ont lieu toutes les semaines en présence des chefs de service, du directeur pédagogique et quelques fois, celle du médecin en fonction de l'ordre du jour mais surtout de sa disponibilité. A certains moments, pour des sujets précis, d'autres personnes comme par exemple la chargée du développement et qualité (équipe de la Direction Générale) est invitée sur cette réunion. L'ordre du jour est défini par le directeur en fonction des informations à transmettre, des projets en cours et des propositions des membres de l'équipe. C'est aussi une instance de délibération qui me permet de prendre les décisions indispensables au bon fonctionnement de l'établissement. C'est logiquement, qu'il sera prévu régulièrement à l'ordre du jour, le point sur les actions. Lors des réunions de direction, je pourrai donc prendre les décisions de modification demandées par les responsables des groupes projet.

Les réunions de l'équipe de direction et celle du GPE sont les deux instances que je souhaite utiliser pour assurer le suivi des actions à mettre en œuvre. La fréquence des rencontres, la composition des équipes seront adaptées pour réaliser le suivi et l'actualisation de ces actions (participation du SESSAD).

Les groupes projet – GP

Les membres du groupe projet et les chefs de service concernés sont pleinement impliqués dans la réalisation et l'évaluation du projet. Ils seront donc chargés de concevoir les actions et de les proposer au groupe de pilotage en fonction des décisions de l'équipe de direction. A ce niveau, l'évaluation doit mettre l'accent sur les résultats intermédiaires mesurables, les modalités de mise en œuvre en général et des critères de coopération en particulier.

Schéma du processus d'évaluation



3.5.2 Evaluer les actions avec des indicateurs

Les évaluations de ces différentes actions et de leurs impacts auprès des publics cibles ne pourront être réalisées qu'après un certain nombre de mois de mise en place, voire de quelques années pour certaines d'entre elles. Elles devront être réalisées en utilisant un ensemble d'indicateurs identifiés par les groupes de travail et qui seront en lien avec les objectifs des différentes actions.

On peut cependant déjà en lister certains d'un point de vue quantitatif :

- Le nombre d'accueils séquentiels réalisés.
- Le nombre d'interventions pour des situations en liste d'attente.
- Le nombre de situations de rupture de parcours à l'entrée sur le dispositif ITEP
- Le nombre d'interventions sur des situations de crise accompagnées par le SESSAD.
- Le nombre d'actions de formations en faveur de professionnels en précisant leur secteur d'activité (Sanitaire, Education Nationale, Protection de l'Enfance,...).
- Une diminution du nombre de situations en attente d'admission.
- La mise en place d'une convention entre l'AAJD et le secteur de pédopsychiatrie.
- La réalisation d'une étude des besoins de prévention sur le territoire.
- La signature d'une convention de coopération en faveur de la prévention entre différents acteurs.

Et d'autres d'un point de vue qualitatif :

- La satisfaction des jeunes et de leur famille.
- La satisfaction des professionnels du milieu ordinaire.
- Des situations à l'admission moins dégradées.
- La mise en place d'une plateforme de coopération pour la mise en place d'actions de prévention intersectorielles.
- Une meilleure connaissance par les professionnels des différents secteurs.

Indicateurs

- Tableaux de bord
- Contenu des Entretiens de délégation

3.5.3 Inscrire les actions au projet d'établissement et à sa démarche qualité

Dans un premier temps, elles seront ajoutées sous forme d'actions à réaliser au chapitre IV du projet d'établissement consacré au processus d'amélioration continue de la qualité qui contient un ensemble d'actions qui résultent des résultats de l'évaluation externe et de nos engagements dans le cadre du CPOM. Ce choix facilitera une articulation et un pilotage global de l'ensemble des actions engagées ou à engager sur l'ITEP.

Conclusion de la troisième partie

Cette troisième partie expose l'ensemble de la démarche que je souhaite concrétiser, pour développer le rôle de prévention de l'ITEP. Elle met en évidence le contexte particulier de l'établissement et les étapes clefs de ce projet.

L'inscription d'un établissement dans un CPOM réduit l'autonomie du directeur dans les actions qu'ils souhaitent engager, et en même temps engage à plus de transversalité. Avant d'être ceux de l'établissement, ces moyens sont d'abord alloués à l'association pour remplir ses missions de délégation de service public, ce qui autorise une porosité budgétaire entre les différentes structures. Le directeur doit non seulement prendre en compte l'évolution de l'environnement, ses attentes et ses contraintes, mais il doit aussi s'inscrire dans les objectifs et de nouvelles contraintes associatives.

Mettre en place un projet demande une communication préparée, structurée et conséquente car elle joue un rôle important. Un dossier technique constitué d'un ensemble de documents de référence sera préparé et disponible. Ce projet a une dimension externe à l'établissement importante, et sa réussite dépend aussi de

l'implication d'acteurs. Pour la plupart, ils sont déjà inscrits dans un travail de partenariat avec l'ITEP, il faudra aller au-delà en développant un mode coopératif des interventions dans le respect des prérogatives de chacun. Il s'agit de co-construire de nouvelles réponses adaptées aux besoins des usagers dans une logique intersectorielle de partage de compétences.

La phase de conception des actions est pensée pour favoriser une démarche participative de l'ensemble des acteurs. Elle permet aux cadres intermédiaires de s'impliquer dans ce projet, au travers des différentes délégations, utilisant comme support les différentes fiches de chaque action et le dossier technique élaboré en phase de préparation. Elle représente aussi un enjeu majeur pour le directeur, car c'est au travers de son organisation que je vais non seulement pouvoir piloter les projets mais aussi, et surtout, concrétiser la stratégie et les principes de management que je souhaite mettre en œuvre.

Une fois élaborées et validées, ces actions seront inscrites au projet d'établissement avec les autres axes de progrès qui sont travaillés dans le cadre de notre processus d'amélioration continue de la qualité.

Conclusion

Ce travail de réflexion, m'a permis de concevoir et de formaliser la démarche nécessaire à l'adaptation du dispositif que je dirige pour qu'il joue un rôle plus important de prévention en faveur du public qui présente des troubles du comportement. La prévention est inscrite dans un ensemble de politiques publiques qui partage cette nécessité de construire un ensemble d'action décloisonnées, dont la prévention. Les mutualisations et les coopérations sont aujourd'hui des sujets d'actualité pour répondre à des logiques de coûts, de réorganisation et peut-être un peu moins, de développement et d'adaptation de l'offre de service d'un établissement. C'est pourtant cette orientation que je souhaite donner à mon projet, car elle permet à l'établissement d'être force de proposition au travers de nouvelles prestations que sont l'accueil séquentiel et le renforcement de nos interventions en faveur des professionnels du milieu ordinaire.

Le travail d'investigation que j'ai pu mener me confirme que chaque secteur (Éducation nationale, Sanitaire, Protection de l'Enfance et Médico-social) se doit de mettre en place des actions de prévention. Certains, ont d'ailleurs mis en place des réponses qu'ils ont élaborées et qu'ils conduisent de façon sectorielle. Tout en proposant de co-construire des réponses à partir de l'ITEP, je souhaite partager avec eux mes constats et ma réflexion pour pouvoir mieux les interpeller sur l'intérêt d'une démarche commune de prévention sur le territoire.

La co-construction, avec nos principaux partenaires, de notre intervention en faveur des jeunes inscrits sur liste d'attente ou en situation d'inclusion, ne répondra pas complètement à l'attente principale du jeune et de sa famille (l'admission), mais elle limitera la dégradation et les ruptures de parcours de certaines situations. Elle représente aussi l'amorce d'une démarche de prévention intersectorielle à l'origine ciblée sur le public qui concerne l'ITEP et qui pourra à terme développer des actions de prévention en faveur des jeunes sortants du dispositif. Elle peut aussi devenir une fenêtre ouverte sur une démarche de prévention globale et décloisonnée dans la poursuite de l'approche socioconstructive qu'elle aura initiée.

L'implication des responsables institutionnels sera déterminante, pour donner l'envergure souhaitée au projet que je vais mettre en place. Le soutien de l'ARS et de l'association seront aussi des catalyseurs pour convaincre qu'ensemble et sur un mode coopératif, nous pouvons élaborer et mettre en œuvre de nouvelles réponses comme des actions préventives.

Le fonctionnement en dispositif interne et externe de l'ITEP AAJD depuis plusieurs années est un point fort. Le statut d'établissement médico-social, nous place à la croisée des chemins du soin, de la scolarité et de l'éducation et de la protection de l'enfance. Ces

deux particularités, nous permettent aujourd'hui de disposer de l'expérience, des compétences et des liens qui viendront étayer ma démarche.

Après avoir obtenu la décision d'engager le projet, je vais organiser sa conception et sa mise en œuvre grâce à un management par projet, en déclinant chaque action comme un projet. Sa réussite passera aussi par ma capacité à présenter la démarche à mon équipe de direction et à l'ensemble des acteurs, en particulier au personnel de l'ITEP qui devra être convaincu de l'utilité de ce changement et des évolutions qu'il suppose. Je compte en effet sur l'implication de mon équipe pour construire et co-construire les actions nécessaires et développer les compétences attendues. Les délégations que je vais mettre en place, vont contribuer à préserver mon temps tout en restant le pilote de l'action. L'organisation va me permettre d'être informé du déroulement des actions et de prendre les décisions nécessaires à un éventuel réajustement des projets.

Ce travail m'a permis de décrire la situation d'un établissement confronté à l'évolution du public, de ses besoins et de son environnement et d'en dégager les enjeux et les risques encourus. Ce projet comporte des risques et je vais aussi rencontrer des aléas qu'il me faut essayer d'anticiper, mais pour certains je devrai y faire face au travers de la démarche que j'ai mise en place. Ce qui me semble surtout important c'est d'imaginer ce qui pourrait se passer pour les usagers, les professionnels, l'établissement et l'association si ne faisons rien face à cette situation.

Bibliographie

Ouvrages :

- Jean-Pierre BOUTINET, 1990, « Anthropologie du projet » Paris Edition Presses Universitaires de France 443 p ;
- Jean-René LOUBAT 2013 Les cahiers de l'actif N°446-447 « Projet et parcours de vie » 253 p
- Maurice BERGER 2012 « Soigner les enfants violents » Vottem Edition DUNOD 310 p
- Line MASSE, Nadia DESBIENS, Catherine LANARIS 2006 « Les troubles du comportement à l'école » Montréal, Édition Gaétan MORIN 400 p
- Michel FOUURIAT 2013 « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux » Rennes Edition Presses de l'EHESP 350 p
- Jean-Marie MIRAMON, 2002, promouvoir le changement, cahier de l'actif, N°314-317,353p
- Jean-Marie MIRAMON, Denis COUET et Jean-Bernard PATURET, 2012, le métier de directeur, techniques et fictions, Rennes, Presse de l'EHESP, 276 p

Textes de Lois, Décrets et circulaires :

- **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui modifie la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;
- **Loi n°2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- **Loi n°2007-393** réformant la protection de l'enfance ;
- **Loi n°2009-879** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- **Loi n°2013-595** d'orientation et de réforme de l'école

- **Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005** qui régit actuellement les ITEP ;
- **Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005** fixant le parcours de formation des élèves présentant un handicap. C'est le principal décret d'application de la loi du 11 février 2005 pour l'Education Nationale ;
- **Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005** fixant le parcours de formation des élèves présentant un handicap. C'est le principal décret d'application de la loi du 11 février 2005 pour l'Education Nationale ;
- **Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009** relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les

établissements et services médico-sociaux et les établissements scolaires ordinaires. Il s'agit essentiellement du Projet Personnalisé d'Accompagnement et du Projet Personnalisé de Scolarisation ;

- **Circulaire interministérielle n° 2007-194 du 14 mai 2007** qui complète le décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 ;
- **Circulaire n° 90-091 du 23 avril 1990** sur l'éducation spécialisée et l'intégration scolaire des enfants ou adolescents handicapés. Cette circulaire souligne que la révision des annexes XXIV vise essentiellement à favoriser autant que possible l'intégration en milieu scolaire ordinaire des enfants et adolescents handicapés ;
- **Arrêté du 26 mars 2003** qui détermine les modalités d'organisation des transferts temporaires d'établissement pour enfants ou adolescents handicapés pris en charge en application du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 ;
- **Code de l'action sociale et des familles** (partie législative), paru au Journal Officiel du 23 décembre 2000 ;

Recommandations :

- Recommandation CM/Rec. (2010) du comité des états membres de la communauté européenne relative à la désinstitutionalisation.
- Recommandations de Bonnes Pratiques de l'ANSEM principalement consultées et applicables à l'ITEP.
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (juin 2013) ;
- Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance (mai 2011) ;
- Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (octobre 2010) ;
- Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010) ;
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008) ;
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008).
- ...
- Guide pratique Protection de l'enfance : « Prévention en faveur de l'enfant et l'adolescent » Ministère de la santé et des Solidarités
- Guide méthodologique « Les coopérations dans le secteur médico-social »

Rapports :

- Rapport du Sénateur Paul BLANC de Juin 2011 sur la scolarisation des enfants handicapés ;
- Rapport de l'IGAS 2012 « *Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement* » Agnès JEANNET, Anne AUBURTIN, Inspection générale des affaires sociales - Laurent VACHEY, Frédéric VARNIER, Inspection générale des finances - Avec la contribution de Claire-Marie FOULQUIER GAZANE, stagiaire à l'IGAS ;
- Rapport du Député André FLAJOLET 2008 dans le cadre de sa mission au profit du gouvernement relatif aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire ;
- Rapport de l'IGAS 2003 « Santé, pour une politique de prévention durable » qui intègre le rapport de Mesdames Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Mathilde LIGNOT-LECOUP intitulé « Comparaison internationales sur la prévention sanitaire »

Schémas et Programmes de l'ARS de Basse-Normandie :

- Programme Régional d'Accès à la Prévention et à la Santé
- Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- Programme Stratégique Régional de Santé
- Schéma Régional d'Organisation Médico-Social

Consultables à l'adresse : <http://www.ars.basse-normandie.sante.fr/Internet.basse-normandie.0.html>

Site Internet :

- Roland JANVIER.Org : <http://www.rolandjanvier.org/>
- Faculté de Médecine de Jussieu : <http://fmpmc.ent.upmc.fr/>
- CSSS de Lucille-Teasdale : <http://www.cssslucilleteasdale.qc.ca/>

Mémoires :

- Mémoire de Madame Anne GRISEL 2012 pour Diplôme Universitaire en Médiation Animal

Liste des annexes

Annexe n°1 : L'organigramme de l'ITEP AAJD

Annexe n°2 : Synthèse de l'évaluation externe de l'ITEP AAJD

Annexe n°3 : Structures spécialisées dans la Manche

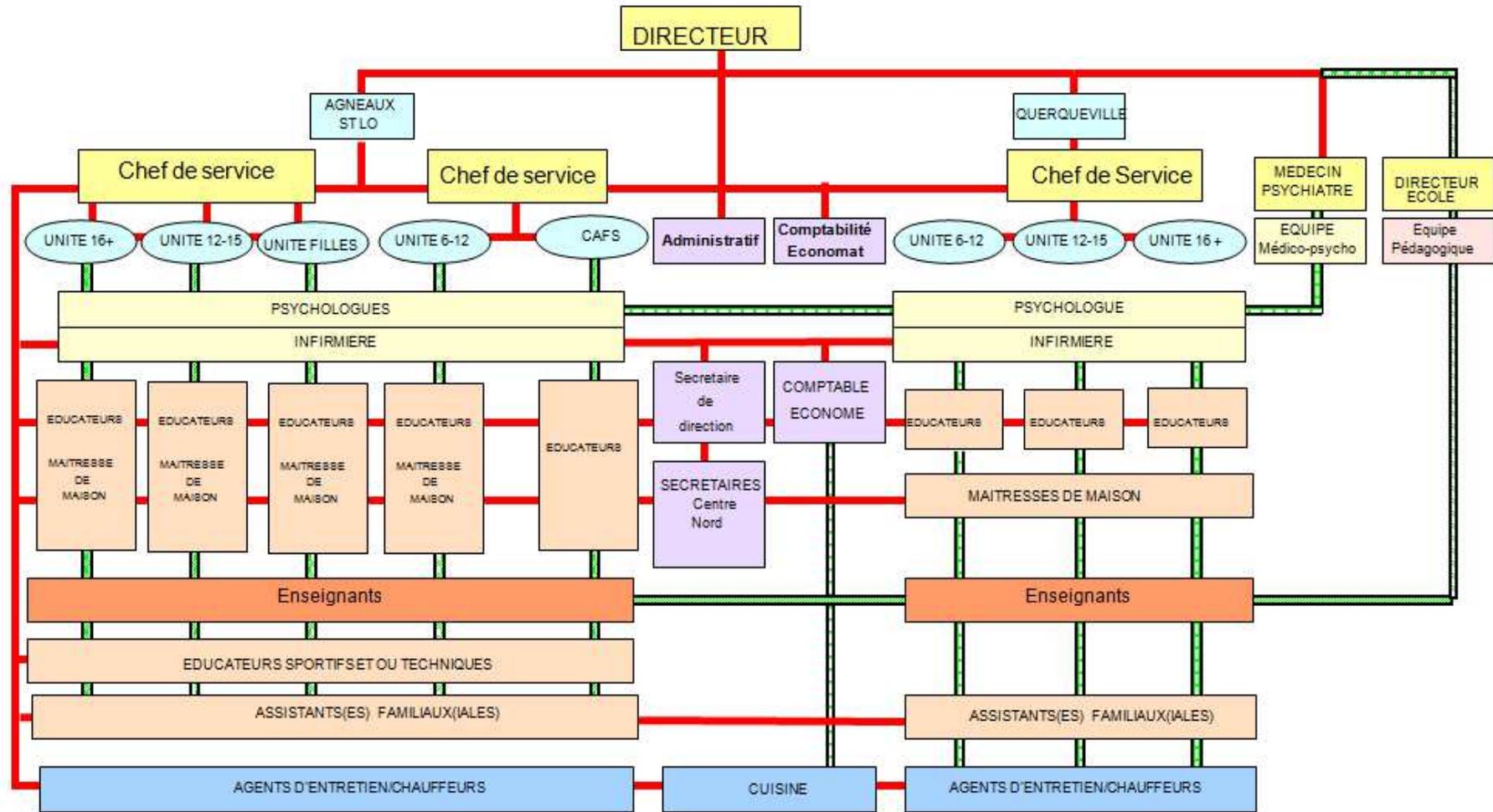
Annexe n°4 : Etude sur les admissions et la liste d'attente

Annexe n°5 : **PR**ogramme **I**nterdépartemental d'**AC**compagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

Annexe n°6 : **S**chéma **R**égional d'**O**rganisation **M**édico-**S**ociale

Annexe n°6 : Planification des actions

Annexe n° 1 - Organigramme de l'ITEP AAJD



== LIAISON FONCTIONNELLE

— LIAISON HIERARCHIQUE

Annexe n°2
Extraits de la Synthèse
Evaluation Externe ITEP CASF AAJD – Mars 2013

Le Projet d'établissement : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions :

Le dernier projet d'établissement validé par l'ITEP date de 2006. La réactualisation de ce document était prévue en février 2012 mais n'a pas été réalisée. Le directeur envisage un mode d'élaboration participatif avec la mise en place d'un groupe de pilotage composé de représentants des différents services. Le nouveau projet devra tenir compte du décret de 2005 et la circulaire de 2007 et en décliner opérationnellement les grandes lignes.

L'adaptation entre l'objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matérielles, mobilisées et celles de son territoire d'intervention :

La structure est aisément accessible à la totalité de la population de la zone desservie. La majorité des usagers sont originaires du lieu d'implantation à savoir le centre manche et la Communauté Urbaine Cherbourgeoise. Tous sont originaires du département de la Manche.

Le dispositif est donc correctement implanté dans sa zone d'attractivité.(...) Les ratios d'encadrement éducatifs permettent un accompagnement véritablement individualisé et la mise en œuvre d'une réelle démarche d'intégration sociale, scolaire et/ ou professionnelle. Les espaces sont répartis harmonieusement et sont fonctionnels. Les chambres individuelles sont spacieuses. Les classes qu'elles soient intégrées dans les différents établissements scolaires ou au sein de l'ITEP sont spacieuses, lumineuses, accueillantes et agréables. Elles sont équipées de mobilier moderne et agencées de façon à créer un espace pédagogique et un espace éducatif répondant au projet de service. Les unités de vie ont fait l'objet d'une restauration récente. Les espaces de vie sont également chaleureux et adaptés à l'âge des usagers. Le service a développé des partenariats multiples qui ne font pas tous l'objet de conventions formalisées.

Au niveau pédagogique des conventions triennales de partenariat sont signées avec les établissements scolaires au sein desquels les classes de l'ITEP sont intégrées (Chaque inclusion scolaire ou stage en entreprise fait également l'objet d'un conventionnement. Des réunions de coordination sont organisées entre l'équipe pédagogique des classes intégrées et le directeur de chaque établissement scolaire concerné à raison de deux fois par an.

L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (formation initiale, compétences) :

Les professionnels montrent respect et attention à l'égard des jeunes et des enfants accueillis. Ils s'investissent personnellement dans le projet des jeunes qu'ils accompagnent. A l'exception des assistants familiaux, les professionnels sont qualifiés pour les postes qu'ils occupent. L'établissement a démontré une réelle volonté de qualification des intervenants consacrant ainsi des fonds de la formation professionnelle continue aux formations qualifiantes ou obligatoires. Les jeunes accompagnés ont également pu être associés à la formation aux gestes de premiers secours .Le travail en réseau autour de la prise en charge thérapeutique permet d'assurer des soins et un suivi de qualité.

Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc.) mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences :

L'établissement s'est donné les moyens pour dégager un temps de réunion hebdomadaire consacré à l'échange autour des situations et au fonctionnement de l'unité. A chaque rentrée scolaire, l'ensemble des salariés bénéficie d'une journée commune d'information sur le fonctionnement du dispositif et les divers projets à venir. Celle-ci est animée par le directeur. Des réunions d'analyse de la pratique, animées par un intervenant extérieur, sont également organisées. Un réel travail de coordination est entrepris avec les ressources externes à tous niveaux ce qui permet à l'équipe de répondre au mieux aux besoins de chaque jeune. Les partenaires témoignent du professionnalisme des intervenants qui sont sollicités pour leur expertise.

Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'ESSMS et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines :

Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux ne sont pas formalisés au sein de l'ITEP. Néanmoins plusieurs facteurs ou choix organisationnels concourent à les prévenir. Plusieurs personnes ont bénéficié d'une formation qualifiante. L'établissement a également fait le choix d'une politique de promotion interne notamment pour le personnel d'encadrement.(...). Les équipes ont des réunions mensuelles permettant d'évaluer le fonctionnement de l'unité et la progression des prises en charge. Le Directeur rencontre hebdomadairement les chefs de service et le directeur pédagogique. Tous les quinze jours l'équipe d'encadrement et le médecin psychiatre se réunissent pour aborder les situations, les questions en liens avec le personnel et les situations des jeunes.

Des temps d'analyse de la pratique sont mis en place et animés par un intervenant extérieur.

Par ailleurs, les instances représentatives du personnel, à l'exception du comité d'entreprise, fonctionnent conformément à la réglementation.....

Les données (qualitatives et quantitatives) disponibles au sein de l'ESSMS permettant : de caractériser le profil de la population accompagnée; de décrire les modalités d'accompagnement et d'apprécier les ressources mobilisées dans la mise en œuvre des activités principales d'accompagnement, d'apprécier les effets de l'accompagnement pour les usagers :

Les activités et prestations proposées pour favoriser la participation des usagers et l'implication des familles sont adaptées et appréciées des intéressés.(...)

La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'ESSMS :

Les objectifs énoncés dans les projets personnalisés sont cohérents avec les valeurs déclinées par l'association, les objectifs de l'établissement, ses missions et les besoins des usagers. Les stratégies développées et les choix effectués au niveau du fonctionnement quotidien, sont réfléchis, construits, évalués. Il est regrettable que les écrits ne les mettent en valeur.

Les partenariats mis en place en externe et/ou en interne (dans le cadre d'un organisme gestionnaire) : niveau de formalisation, natures et effets des partenariats développés, modalités de participation de l'ESSMS à l'évolution de son environnement :

Le service a développé des partenariats multiples mais les conventions ne sont pas toutes formalisées.....

Sur l'annexe de Querqueville un travail de partenariat existe avec le secteur pédopsychiatrique, plus particulièrement avec «le Bocage » qui dispose d'un hôpital de jour pour enfants et adolescents. Pour le centre Manche le médecin pédopsychiatre de l'établissement intervient également au CMPEA. Les équipes font aussi appel au planning familial.

L'éducateur référent et le responsable projet sont les garants du projet personnalisé, la coordination avec les partenaires au niveau des projets personnalisés des jeunes est effective. Les professionnels font preuve d'une excellente réactivité et répondent aux demandes des jeunes, des familles et des partenaires. En interne, Le travail en interdisciplinarité est favorisé notamment au sein des unités....Le dispositif est impliqué dans la formation des futurs professionnels.(...)

La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS :

Les partenaires reconnaissent les qualités relationnelles des intervenants sociaux-éducatifs, leur disponibilité et leur grande réactivité. Le directeur, le directeur pédagogique, les chefs de service, les éducateurs, les intervenants médicaux établissent

des collaborations avec les associations, le secteur pédopsychiatrique, les structures d'enseignement, les employeurs, etc.

Il est à noter que la manifestation « les 5heures VTT » dont l'ITEP est à l'initiative permet depuis seize ans de réunir les enfants scolarisés sur les différents établissements Saint – Lois.

Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne (informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions) :

Les partenaires sont sollicités pour participer à la révision du Projet Personnalisé d'Accompagnement.

Les ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments (architecture, outil de communication, etc.) permettant de développer le caractère accueillant de l'ESSMS :

Dans le cadre d'activités les jeunes fréquentent des dispositifs externes à la structure : ludothèque, médiathèque. Ils pratiquent les activités de leur choix dans des associations culturelles et sportives du territoire. Dans le cadre d'activités thérapeutiques, éducatives ou pédagogiques les jeunes participent à diverses manifestations telles que les régates de maquettes de bateaux, le concours d'astronomie, etc. Les jeunes comme les professionnels entretiennent de bonnes relations avec le voisinage. L'établissement organise régulièrement une journée annuelle des voisins. Les productions, les réussites des enfants font l'objet d'articles de presse qui sont exposés dans l'établissement.

Les modalités permettant aux usagers (ou le cas échéant à leur représentant légal) d'accéder aux informations les concernant :

Dans le dossier individuel est placé le Projet Personnalisé d'Accompagnement du jeune. Le projet personnalisé ou Plan Personnalisé d'Accompagnement (PPA) est élaboré au cours d'une réunion dans le trimestre suivant l'admission. Les parents et l'ensemble des protagonistes par unité participent à cette réunion. Les jeunes ne sont pas associés tout au long de l'élaboration de leur projet.(...) Les réunions d'ajustement du projet semestrielles permettent à l'enfant de participer. Des réunions de suivi d'objectifs ont lieu tous les deux mois afin d'évaluer les objectifs intermédiaires..... Tous les participants, y compris l'enfant, reçoivent une invitation par courrier.

Les modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ,modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer :
L'accompagnement. Concernant le fonctionnement général de l'établissement, des

familles sont consultées par le biais du Conseil de la Vie Sociale qui se réunit trois fois par an... Le compte rendu est affiché sur les unités. Les familles et les jeunes ont également été sollicités dans le cadre de la démarche d'évaluation interne. L'établissement a accepté qu'une association de parents (Anjeu TC) diffuse aux familles une enquête de satisfaction portant sur les relations avec les professionnels, l'admission, les outils de la loi 2002-2, le conseil de la vie sociale et l'organisation du Projet Personnalisé d'Accompagnement. L'enquête menée met en avant une bonne connaissance du CVS et de son rôle par les familles. Cette même enquête fait apparaître leur satisfaction quant à leur niveau de participation et d'information concernant la vie de l'établissement.(...).

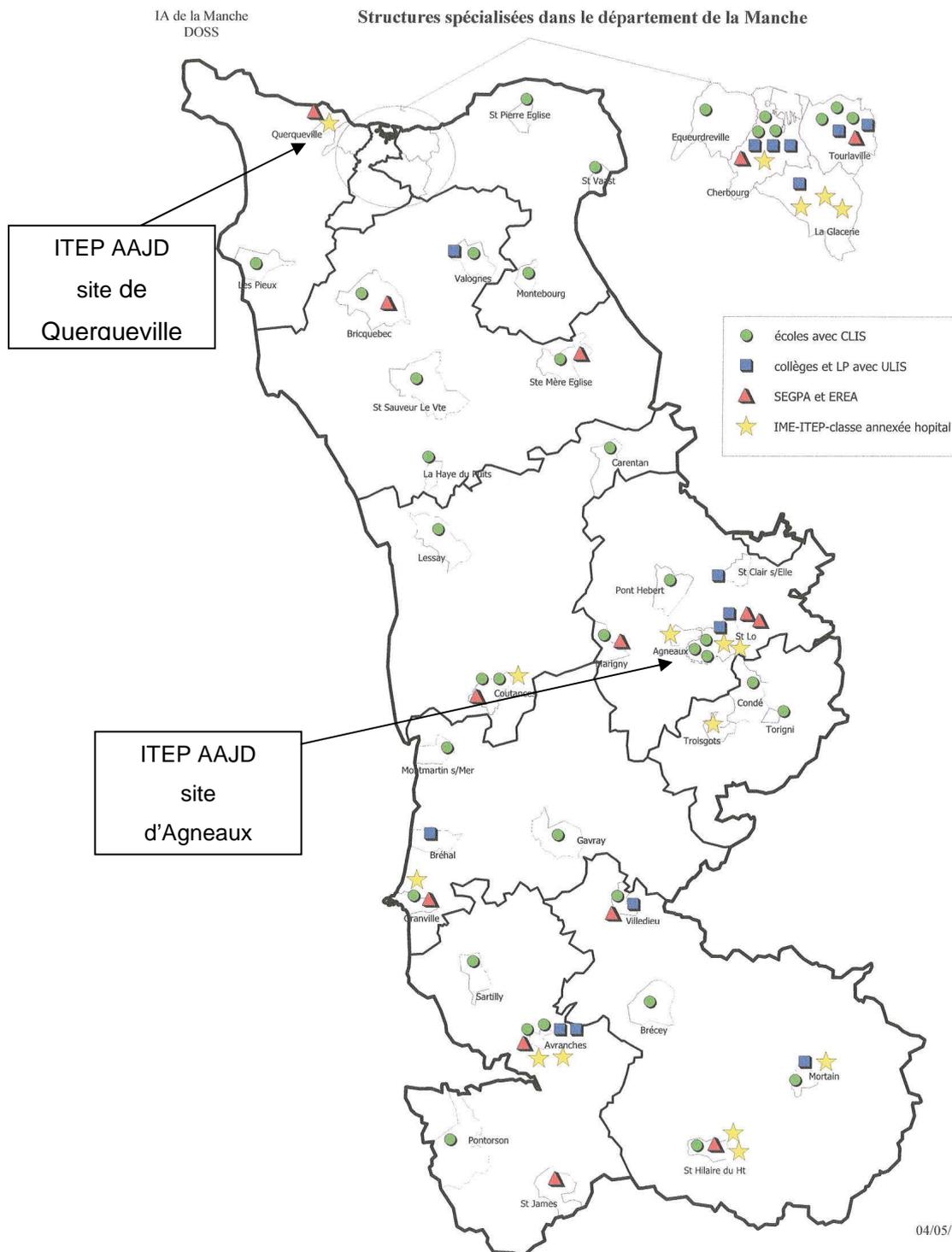
Les modalités de traitement et d'analyse des évènements indésirables (dysfonctionnement, incident, plainte, situation de crise...) permettant d'améliorer l'accompagnement ; moyens permettant de traiter et d'analyser les faits de maltraitance :

Au sein de l'établissement une réelle culture de la bientraitance se dégage de l'évaluation. L'établissement a élaboré une trame pour les fiches d'incidents qui en cas de situation de violence doivent être renseignées systématiquement par les professionnels. Les éducateurs disent ne pas connaître les suites données à ces signalements. Un classeur regroupe toutes les fiches d'incidents depuis les années 2000. Certaines fiches se trouvent dans le dossier des usagers. Un groupe de travail vient d'être mis en place pour réfléchir à l'analyse de ces documents. Cependant L'organisation et le fonctionnement (groupes de faible effectif, ratio d'encadrement élevé), concourent à procurer une sécurité de base et à réduire les phénomènes de violence. L'attitude éducative des professionnels a pour effet de rassurer les jeunes, de favoriser leur bien-être et l'apaisement et par là de diminuer les tensions et les phénomènes de violence.

La prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS, dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques, modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de l'utilisateur :

Pou l'instant les principaux risques liés aux spécificités des usagers ne font pas l'objet d'un document les recensant. Néanmoins les risques liés aux situations de violence restent les plus importants. Les conduites déviantes font l'objet d'une gestion au cas par cas.....Lors de la rénovation des bâtiments et de la restructuration, les pavillons, les circulations sur le site ont été pensées pour chaque tranche d'âges afin d'établir un climat sécurisant. (grands/petits, filles/garçons).

Annexe n°3
Structures spécialisées dans le département de la
Manche



Annexe n°4

Evolution nombre de places et Etude admissions

Evolution nombre de places 2008/2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Places ITEP	54	66	71	71	76	76
Nombre d'admissions	15	21	10	13	11	11
Liste d'attente ITEP	35	27	30	31	30	30
Places SESSAD	48	53	60	60	60	66
Liste d'attente SESSAD	26	22	23	21	14	18

Le nombre de places a considérablement augmenté, ITEP (+22) et SESSAD (+18) entre 2008 et 2013 sans pour autant diminuer nos listes d'attente qui sont aujourd'hui de 30 pour l'ITEP et de 18 pour le SESSAD.

Le nombre d'admission n'augmente pas proportionnellement au nombre de places créées, les durées d'accompagnement augmente compte tenu des problématiques de plus en plus complexes que nous accueillons et de nombreuses situations pour lesquelles les ressources familiales sont très faibles.

Etude des admissions 2008/2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre	15	21	10	13	11	11
Délais moyen d'admission	8	6	10	12	14	13
Dont ASE	4	6	3	5	4	5
Rupture de parcours	6	10	5	4	5	6

Le nombre plus important d'admission en 2009 et principalement du à la création de places avec l'ouverture du site de Querqueville.

Le délai moyen est indiqué toutes tranches d'âges, il est important de noter que le délai est plus conséquent pour les jeunes dont l'âge est compris entre 12 et 15 en raison notamment d'une forte demande.

En moyenne 50 % des jeunes accueillis ont connu une rupture de parcours (principalement scolaire) pendant la situation d'attente d'admission voir même avant la notification de la MDPH.

Annexe n°5
**Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps
 et de la perte d'autonomie**
(PRIAC 2012-2016 Basse-Normandie)

« Désormais, conformément aux orientations de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'expression des besoins de la région figure dans le plan stratégique et le schéma, le PRIAC est réaffirmé comme un instrument de programmation financière pluriannuelle. »⁵⁷

Taux d'équipement par département :

Troubles du comportement (ITEP et SESSAD)	Calvados	Manche	Orne	Basse Normandie
Population concernée*	169111	119215	68916	357742
Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 0 à 19 ans	2.41	1.60	3.85	2.42

*Source INSEE : Estimations localisées de population au 01-01-08

Répartition des places par catégorie de structures :

Catégorie de la structure	2012	2013	2014	2015	2016	Total places
ITEP SESSAD	10 (dont 5 sur le département de Manche)	0	0	0	0	10

Pour le secteur du handicap, les plus importantes créations concernent des places en Foyer d'Accueil Médicalisé.

⁵⁷ ARS de Basse-Normandie PRIAC 2012-2016

Annexe n°6
Schéma Régional d'Organisation Médico-Social de la Basse-Normandie
(SROMS 2013-2018)

« Les 7 orientations du schéma :

1. Optimiser les parcours de scolarisation.

1.1 Renforcer l'aménagement du temps scolaire en milieu ordinaire au cas par cas avec un étayage des services médico-sociaux spécialisés.

Assouplir les formalités administratives dans l'orientation de l'enfant par une formulation convenue sur la notification de la CDAPH pour permettre un parcours à temps partagé entre le milieu ordinaire, pédopsychiatrie, établissement ou service d'éducation spécialisée.

2. Favoriser l'insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap.

2.1 Anticiper le post ULIS et le post SEGPA en favorisant leur accès aux stages adaptés, contrat en alternance, contrat d'apprentissage

3. Développer une politique d'accompagnement adapté des personnes avec autisme.

4. Développer une politique d'accompagnement adapté des personnes avec troubles psychiques, y compris les populations « frontières ».

4.1 Garantir un processus continu d'évaluation en vue d'une adaptation constante aux besoins des jeunes.

4.2 Expérimenter les orientations vers les dispositifs ITEP

Développer l'accueil temporaire

Améliorer les passages de relais (entrées et sorties d'hospitalisation) par la définition des bonnes pratiques partenariales.

4.3 Adapter les dispositifs et les structures existants aux parcours de vie des usagers en mutualisant les moyens et les compétences par le développement de plateforme de coopération entre établissements et services médico-sociaux.

4.4 Poursuivre l'accompagnement psychiatrique de l'enfant ou de l'adolescent accompagné par le secteur médico-social en renforçant les moyens existants des établissements sanitaires psychiatriques.

4.6 Créer une cellule de coordination par département pour faire face aux situations de blocage.

5. Adapter l'offre d'accompagnement médico-social aux besoins des personnes handicapées vieillissantes.

6. Respecter le projet de vie de la personne âgée en perte d'autonomie

7. Développer une politique régionale d'accompagnement adaptée articulée avec le sanitaire en addictologie.

Pour cela il est important de :

- Proposer des dispositifs d'accompagnement diversifiés et innovants avec des passerelles et des coopérations entre différents secteurs..
- Organiser les coopérations et les coordinations interprofessionnelles ou institutionnelles au sein du secteur médico-social et avec le secteur sanitaire. »⁵⁸

⁵⁸ Extraits du SROSM Janvier 2013-Janvier 2018 de l'ARS Basse Normandie

Annexe n° 7 Planification des Actions du projet

	Acteurs	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ensemble de la démarche		—————→					
Préparation	Directeur et Secrétariat	Constitution du dossier technique					
Validation	Directeur Général et Directeur	Présentation au CA et à l'ARS					
Communication	Directeur	Présentation du projet aux IRP et lors d'une réunion générale	Compte rendu évaluation CA/ARS/IRP	Compte rendu évaluation CA/ARS/IRP	Compte rendu évaluation CA/ARS/IRP	Compte rendu évaluation CA/ARS/IRP	Compte rendu évaluation CA/ARS/IRP
Prévention Active	Acteurs	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Accueil séquentiel		—————→					
Phase de préparation	Equipe de Direction	Constitution du groupe de travail					
Phase de validation	Equipe de Direction CA ARS		01/15 Mise en Place du groupe de travail 06/15 Validation de l'action				
Phase de conception	Groupe de travail						
Mise en place de l'action				03/16 Mise en place de l'accueil séquentiel			
Evaluation	GPE				06/17 Evaluation par GPE	06/18 Evaluation par GPE	06/19 Evaluation par GPE
Communication	Directeur	Présentation et validation CA et ARS Info MDPH	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel

Annexe n° 7 Planification des Actions du projet (suite)

	Acteurs	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Jeunes sur listes d'attente			→					
Préparation	Equipe de Direction		09/15 Constitution du groupe de travail					
Validation	Equipe de Direction CA ARS		09/15 Mise en Place du groupe de travail 06/15 Validation de l'action					
Phase de conception	Groupe de travail			09/16 Mise en place de l'action				
Evaluation	GPE				06/17 Evaluation par GPE	06/18 Evaluation par GPE	06/19 Evaluation par GPE	
Communication	Directeur	Présentation et validation CA et ARS Info MDPH	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel	
Prévention Passive	Acteurs	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Intervention auprès de professionnels du milieu ordinaire			→					
Préparation	Equipe de Direction		01/15 Constitution du groupe de travail					
Phase de conception	Equipe de Direction CA ARS et partenaires	Poursuite des actions déjà engagées avec EN	06/15 Mise en Place du groupe de travail 06/15 Validation de l'action					
Phase de conception	Groupe de travail		09/15 Programmation des différentes interventions	Début des interventions pour d'autres partenaires				
Evaluation	GPE				06/17 Evaluation par GPE	06/18 Evaluation par GPE	06/19 Evaluation par GPE	
Communication	Directeur	Présentation et validation CA et ARS Info Partenaires	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel et aux partenaires	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel et aux partenaires	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel et aux partenaires	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel et aux partenaires	Information aux IRP et à l'ensemble du personnel et aux partenaires	

Annexe n°7 : Planification des Actions du projet (suite)

Prévention Globale Décloisonnée	Acteurs	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Renforcer les temps de pédopsychiatre			→				
Phase de préparation	Directeur Général, directeurs						
Phase de validation	Directeurs Généraux		04/15 Validation par les 2 CA				
Phase de conception	Directeur Général		Préparation de la convention				
Mise en place de l'action				Signature de la convention et embauche du médecin			
Evaluation	Directeurs Généraux				12/17	12/18	12/19
Communication		Projet communiqué aux 2 CA		Communication aux IRP et aux personnels			
Acteurs		2014	2015	2016	2017	2018	2019
Elargir la démarche de prévention				→			
Phase de préparation	Directeur Général, directeur et chargée de développement						
Phase de validation	Directeur général et directeur						
Phase de conception	Directeur et chargée de développement						
Mise en place de l'action				09/15 Première réunion pour mise en place d'un groupe de pilotage		Signature d'une convention de coopération entre les différents acteurs	Mise en place des premières actions
Evaluation					10/17 Par le groupe de Pilotage	10/17 Par le groupe de Pilotage	10/17 Par le groupe de Pilotage
Communication		Présentation au CA et ARS	Envoi des courriers et compte rendu réunions				

PASQUET

Thierry

Septembre 2014

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : ASKORIA Rennes

Développer le rôle de prévention de l'ITEP sur le territoire pour éviter les ruptures de parcours des enfants et adolescents

Résumé :

L'Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique de l'association pour l'Aide aux Adultes et aux Jeunes en Difficulté a développé son dispositif en faveur des jeunes accueillis pour favoriser leur évolution au sein et à l'extérieur de l'établissement. Il est aujourd'hui, confronté à l'évolution du public et de son environnement qui créent des tensions et de nouveaux besoins. De plus en plus de jeunes sont maintenus en milieu scolaire et la liste de jeunes en attente d'admission à l'ITEP et sur le Service Education Spéciale et de Soins à Domicile ne se résorbe pas, malgré la création de places. Ces situations qui peuvent durer de nombreux mois, génèrent pour les jeunes et leurs familles, mais aussi pour les professionnels, de nouveaux besoins (soutien, répi, formation). Il est nécessaire de construire des réponses pour soutenir et accompagner ses situations au risque de voir augmenter les ruptures de parcours et l'usure des professionnels du milieu ordinaire.

Situés à la croisée de plusieurs secteurs (Médico-social, Éducation Nationale, Sanitaire et Protection de l'Enfance), et pour répondre à ces nouveaux besoins, l'ITEP doit élargir son offre de service pour soutenir les jeunes, leurs familles et les acteurs du milieu ordinaire et favoriser la détection précoce des troubles du comportement. Il évitera les ruptures de parcours et facilitera la mise en place de réponses adaptées le plus tôt possible dans le parcours du jeune.

C'est dans ce but, que je propose de construire avec le SESSAD de l'Association, des réponses préventives, en favorisant une logique de coopération intersectorielle, développant ainsi une prévention globale décloisonnée sur le territoire.

La fonction de prévention de l'ITEP s'appuiera sur la mise en place d'une nouvelle modalité d'accueil qu'est l'accueil séquentiel. La co-construction d'actions de prévention décloisonnées avec les principaux partenaires de l'établissement va permettre d'offrir de nouvelles réponses.

Le groupe de pilotage de l'action représente une fenêtre ouverte sur une prévention globale et décloisonnée sur le territoire.

Mots clés :

ITEP, Prévention active, prévention passive, prévention globalisée, rupture de parcours, dispositif, CPOM, coopération, partage de compétences, Éducation Nationale, Protection de l'Enfance, Pédopsychiatrie, territoire.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.