



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2005

Personnes en difficulté sociale

**CREER UN SERVICE D'ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE POUR
ASSURER LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE
DES ADOLESCENTS DYSHARMONIQUES EN ITEP**

Thérèse LYON

Sommaire

PREAMBULE	1
INTRODUCTION	3
CHAPITRE I : L'INSTITUT LE GREZAN : UNE OFFRE DE SERVICE PARTIELLEMENT ADAPTEE A DES PATHOLOGIES DE PLUS EN PLUS COMPLEXES	7
1. Une population hétérogène : des adolescents « perturbés et perturbants »	7
1.1 Les troubles du comportement : un symptôme qui masque des réalités très différentes.	8
1.2 Les dysharmonies évolutives : des « <i>pathologies limites</i> » au carrefour de prises en charge multiples	11
1.3 Une population qui présente des troubles psychiques de plus en plus graves	13
2. Un cadre réglementaire évolutif : la reconnaissance d'une population spécifique.	16
2.1 Les annexes XXIV : un texte fondateur qui énonce les principes d'une démarche de qualité	16
2.2 La Loi 2002-2 : un objectif de coordination et de coopération	17
2.3 Des Instituts de Rééducations aux Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques.	18
3. L'Institut Le Grézan : un établissement expérimenté soucieux de répondre à l'évolution de sa population	19
3.1 Une association au service de la protection de l'enfance et de l'adolescence sous toutes ses formes.	19
3.2 L'ITEP, une étape dans un parcours : une logique d'itinéraire singulier	20
3.2.1. Le centre de jour	22
3.2.2. L'internat	25
3.2.3. L'accompagnement des familles.	25
3.2.4. L'analyse des pratiques et l'approche clinique	26
3.2.5. Le SESSAD	26

3.3. Après une spécialisation reconnue, l'Institut Le Grézan aujourd'hui face à ses limites	27
CHAPITRE II : LA NECESSITE D'UN PROJET GLOBAL DE SOIN	29
1. Le lieu comme espace thérapeutique.	30
1.1. L'espace potentiel : un entre-deux.	31
1.2. L'accueil thérapeutique.	34
1.3. L'écoute individuelle de l'enfant.	35
2. L'accueil familial : un dispositif de soins	35
2.1. Du placement nourricier à l'accueil familial.	37
2.2. Le concept d'attachement.	38
2.3. Créer ou préserver un espace réel pour l'enfant dans sa famille.	39
3. Le réseau et la pertinence inter-institutionnelle	40
3.1. Le réseau : un outil pour promouvoir l'innovation.	40
La prise en charge inter-institutionnelle : une dynamique interactive	41
4. Des conditions optimales à mettre en œuvre	43
CHAPITRE III : LE SERVICE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE	45
1. Un projet de restructuration pour optimiser l'offre de services.	45
2. Le SAT : un outil complémentaire dans un Dispositif d'Accueil Thérapeutique.	49
2.1. Cadre général	49
2.2. Un calendrier de fonctionnement et des modalités d'accueil qui favorisent la continuité de la prise en charge	51
2.3. Seule la CDES peut notifier l'Orientation.	52
2.4. Une procédure d'admission rigoureuse.	53
2.5. L'Accueil Thérapeutique de Jour	54
2.6. Le Centre Familial d'Accueil Spécialisé	58
2.7. Le maintien des liens inter-institutionnel : un gage de cohérence et de continuité	59
2.8. Le partenariat avec la pédopsychiatrie : une mutualisation des savoir-faire	60
2.9. La nécessaire adhésion de la famille de l'enfant	61
3. Mise en œuvre du projet SAT	62
3.1. Prioriser un encadrement de proximité	62
3.2. Un budget lié aux exigences d'encadrement.	67

3.3. Un projet en cours de validation	68
3.4. Anticiper le changement : l'échange et la formation, vecteurs d'adaptation	68
4. L'évaluation : d'une obligation légale à la démarche qualité	71
4.1 Une méthode d'évaluation ou les éléments cliniques sont privilégiés	71
4.2. Un regard externe	74
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	77
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

AED	Assistance Éducative à Domicile
AEMO	Action Éducative en Milieu Ouvert
AIRe	Association nationale des Instituts de Rééducation
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ATJ	Accueil Thérapeutique de Jour
CAFS	Centre d'Accueil Familial Spécialisé
CAT	Centre d'aide par le Travail
CDES	Commission Départementale d'Éducation Spéciale
CFAS	Centre de Formation des Apprentis Spécialisé
CFTMEA	Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CLIS	Classe d'Intégration Scolaire
CMP	Centre Médico Psychologique
CMPI	Centre de Protection Maternelle Infantile
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEAG	Comité de Protection de l'Enfance et de l'Adolescence du Gard
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DAT	Dispositif d'Accueil Thérapeutique
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
EN	Education Nationale
ETP	Équivalent Temps Plein
IGAS	Inspection Générale Action Sociale
IMPRO	Institut Médico Professionnel
IR	Institut de Rééducation
IRP	Institut de Rééducation Psychothérapique
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RASED	Réseau d'Aide Spécialisée aux Élèves en Difficulté
SAPMN	Service d'Accompagnement Progressif en Milieu Naturel
SAT	Service d'Accueil Thérapeutique
SEGPA	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adaptée
SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SIOE	Services d'Investigation et d'Orientation Éducative.
UPI	Unité Pédagogique d'Intégration

PREAMBULE

Anatole a 12 Ans.
Il a encore cassé la porte de la directrice,
Anatole ne supporte pas tout ce qui ferme.
Anatole a tagué, Anatole a quelque chose à dire.
Anatole a fugué ;
Il est parti sur l'autoroute ; il est monté sur la balustrade
Anatole, il est fou. Anatole, il fait peur à tout le monde.
Anatole inquiète.
Anatole on ne sait pas de quoi il est capable.
Anatole a écrit sur un petit mot « Je veux me renvoyer »
Et il a glissé ce mot sous la porte de la directrice
Anatole, il insulte, surtout les adultes.
Il crache, il vole, il se bagarre tout le temps ;
L'autre jour, il s'est fait ramené par les flics ;
Le SAMU l'a embarqué à l'HP.
Anatole a mal à sa mère.
Il est descendu du car en marche sur le « périph »
Il en a rien à foutre de rien ;
Anatole a mis le feu à la décharge municipale de son village ;
Il a volé la télé du maire ;
Il aime son chien, mais son père l'a « séché ».le chien ;
Il passe son temps dans les vignes avec sa « mob » pas assurée et sans casque.
Anatole n'est jamais à la maison.
Il a enfermé l'assistante sociale dans son bureau ;
Il a piqué le stylo du psychiatre ;
Il a étranglé la maîtresse en classe ;
Il va aller chez le juge ;
Anatole cherche qui décide.
Anatole sniffe de l'essence dans les bétonnières.
Anatole fume,
Anatole va se faire sauter la gueule.
Anatole a dit à son père qu'il voulait se pendre.
Anatole veut mourir.
On ne sait pas par quel bout le prendre,
On a tout essayé,
Anatole est chez l'expert psychiatre, il a fugué,
Il téléphone de chez l'expert psychiatre « venez me chercher »
Anatole lance encore un appel.
Anatole pue la mort ;
Et les risques qu'on prend tous les jours avec lui.
Alors Anatole relève d'autre chose,
Il a déjà fait deux ITEP ;
Il a un éducateur PJJ
Il est déjà allé à l'hôpital, en psychiatrie, chez les adultes pendant quinze jours.

Anatole a été mis à pied,
« Mesure conservatoire » ils ont dit.

INTRODUCTION

L'actualité relate quotidiennement, les débordements de jeunes, de plus en plus jeunes, qualifiés tour à tour de difficiles, perturbateurs, « sauvageons » ou malades. Certains d'entre eux se retrouvent aux marges de la violence, des conduites à risques, de la délinquance mais aussi au seuil des consultations psychiatriques. Le système scolaire décline les réformes, propose des dispositifs de soutien, voire d'insertion. Toutefois les difficultés sont telles que leur éloignement du cursus scolaire ordinaire ou aménagé s'avère nécessaire.

Les Instituts Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique (ITEP) constituent pour tous ces enfants et adolescents une alternative où leur souffrance psychique pourra être prise en compte au même titre que l'aspect éducatif et scolaire.

Le Comité de Protection de l'Enfance et de l'Adolescence du Gard, association nîmoise, créée en 1936, a pour vocation le secours et l'aide à l'enfance malheureuse sous toutes ses formes en dehors de toute préoccupation d'ordre politique, philosophique ou confessionnel. Vocation qu'il a conservée depuis lors, en développant des services en direction de l'enfance en danger et/ou délinquante, mais en ouvrant son approche sociale à une dimension soignante par le biais de l'ITEP le Grézan, dont il m'a confié la direction. En effet, la diversification de son offre de service s'est révélée nécessaire afin de répondre à ses valeurs humanistes et à ses objectifs de protection. Les fonctions éducatives de socialisation et d'autonomisation ne suffisaient plus face aux troubles du caractère et du comportement développés par certains enfants et adolescents.

Des enquêtes nationales récentes (rapport IGAS 1999 - rapport CTNRHI 2001 - CRAM 2005), enregistrent une évolution de la population dans tous les ITEP de France vers un accroissement du taux d'enfants présentant des troubles de la personnalité. D'autant plus que les services de psychiatrie infanto-juvénile ont vu, depuis quelques années, leurs moyens se restreindre. Les ITEP sont sollicités de plus en plus dans leur dimension thérapeutique, ce qui réinterroge fondamentalement la mise en œuvre de leur mission intégrative.

Dans le Gard, les possibilités d'accueil en pédo-psychiatrie font cruellement défaut. Ainsi, il n'existe, actuellement, aucune unité d'hospitalisation destinée aux adolescents.

C'est en partie pour cette raison que l'Institut Le Grézan, connaît une évolution des profils des enfants présentés à l'admission, vers les troubles de la personnalité mais aussi en raison des choix que nous avons opérés, il y a une dizaine d'années.

La création en 1994 d'un dispositif expérimental destiné à quelques enfants présentant des névroses graves ou des traits psychotiques a donné une certaine couleur, voire une spécificité à l'offre de service de notre établissement et a impulsé, du fait de compétences reconnues, une dynamique d'orientation. Ainsi les partenaires institutionnels locaux, via la Commission Départementale de l'Éducation Spéciale ont logiquement sollicité notre établissement pour prendre en charge, ceux de ces adolescents les plus perturbés. En conséquence, l'Institut Le Grézan se situe à l'endroit d'accueillir une population présentant des difficultés psychiques de plus en plus graves.

Celle-ci présente des dysharmonies évolutives au sens de Roger Mises. Cette dénomination a été reprise par la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent- année 2000. Elle fait état de modes d'échange inadaptés avec l'environnement qui peuvent progressivement conduire à une restriction durable des potentialités. Les troubles de la personnalité pris dans ce processus s'expriment par une insécurité de fond, une immaturité, des angoisses dépressives et de séparation, des troubles dominants de la conduite.

La cohabitation de ces derniers avec les enfants présentant des troubles du comportement s'avère difficile, souvent source d'angoisse et de souffrance. Elle participe à l'émergence de manifestations qui se concluent par la rupture, le rejet, ou l'enkystement. La violence ainsi générée met les équipes en réelle difficulté, dans la gestion de ces conflits. Par ailleurs, les modes opératoires proposés, quoique aménagés au fil des ans, cohérents pour une frange de la population, se révèlent en partie inadaptés à la problématique de ces enfants et adolescents présentant des troubles de la personnalité particulièrement exacerbés. En effet, sur les 57% souffrant de dysharmonies évolutives, 15% sont pris dans une spirale d'échecs et de ruptures, (fugues récurrentes, errance permanente, conflits physiques, mises en danger, conduites à risque). Ils se situent à la marge de tous les dispositifs d'insertion, voire même, inscrits dans la répétition systématique de l'exclusion. L'absence de réponses prenant en compte les difficultés spécifiques de ces adolescents revêt, à mon sens, un caractère tout à fait inacceptable. En effet, elle les assigne comme *Anatole* à une place d'«incassable».

C'est pourquoi, face à ces constats, l'évolution de l'offre de service à destination de cette population la plus en difficulté s'avère impérative. Entendre et répondre aux manifestations symptomatiques, sans mettre en péril l'équilibre institutionnel, ni réitérer la mise à l'écart trop souvent vécu par ces enfants déjà pointés comme « *cas limites* », constitue pour moi l'enjeu d'un nouveau projet institutionnel ainsi que la problématique de ce mémoire.

Je fais l'hypothèse qu'un espace à la fois séparé et partie intégrante d'un projet global de prise en charge peut venir répondre aux difficultés citées précédemment.

Je propose donc la création d'un dispositif innovant, capable d'aborder les difficultés sous un angle différent et qui se présente comme une alternative à la répétition des ruptures : le Service d'Accueil Thérapeutique. Il offrira à ces adolescents dysharmoniques, une pause pour un temps limité. Il permettra par l'éloignement et un accompagnement de proximité, dans un cadre différent, de rompre ce processus d'exclusion tout en maintenant les liens avec l'établissement d'origine. L'objectif sera d'assurer ainsi la continuité de la prise en charge.

Le projet SAT vient s'inscrire dans une restructuration globale de l'Institut le Grézan afin de constituer un Dispositif d'Accueil Thérapeutique (DAT) composé:

- du Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) existant,
- de l'ITEP, recentré sur une prise en charge de proximité en adéquation avec l'évolution de population constatée,
- du Service d'Accueil Thérapeutique comme relais temporaire pour les adolescents à la marge. Il constituera également, un outil complémentaire pour les autres services du département dans le cadre d'une offre de services partagés.

Pour soutenir et valider cette hypothèse, je vous propose dans une première partie, l'analyse de l'offre de service de l'Institut le Grézan au regard d'une population présentant des pathologies de plus en plus complexes et d'un cadre réglementaire évolutif. Cette analyse s'appuie sur l'étude des dossiers des adolescents de l'établissement, sur les résultats de l'enquête 2005 de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, ainsi que sur les différentes recherches réalisées par l'Association départementale des ITEP (AIRe).

La deuxième partie sera consacrée à l'approche conceptuelle qui a étayé ma réflexion et m'a conduit à élaborer une réponse où la dimension de soins est priorisée. Elle explicite l'intérêt de cette orientation et décline les conditions optimales de sa mise en œuvre.

Enfin, la troisième partie, est réservée à la faisabilité du projet de Service d'Accueil Thérapeutique dans ses dimensions organisationnelle, humaine, financière et administrative.

CHAPITRE I : L'INSTITUT LE GREZAN : UNE OFFRE DE SERVICE PARTIELLEMENT ADAPTEE À DES PATHOLOGIES DE PLUS EN PLUS COMPLEXES

1. Une population hétérogène : des adolescents « perturbés et perturbants »

Les Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques présentent la particularité d'accueillir une population très difficile à caractériser.

En effet, ces établissements, sont dénommés jusqu'au 6 janvier 2005 Institut de Rééducation et régis jusqu'alors par l'annexe XXIV du décret n°89-798 du 27 octobre 1989 relatif aux conditions techniques d'autorisation des services et établissements prenant en charge des enfants et adolescents atteints de déficiences intellectuelles ou inadaptés. Ils ont pour vocation d'accueillir « *les enfants et adolescents dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant la normale, la mise en œuvre de moyens médico éducatifs pour le déroulement de leur scolarité* »¹. Or, le caractère extrêmement complexe et divers de la notion de troubles du comportement a rendu délicate, pour ne pas dire impossible, toute définition précise et univoque, tant au plan médical qu'administratif. Par conséquent, la population accueillie jusqu'à présent au sein des IR présente une coloration toute particulière.

Son exclusion de l'école ordinaire, au motif d'une inadaptation au système proposé, définit le plus justement la population d'ITEP. En clair, il s'agit d'enfants qui, de par leur pathologie ou leur problématique familiale ont accumulé un retard scolaire incompatible avec la poursuite d'un cursus normal et/ou qui par leur comportement perturbent le bon fonctionnement de la classe. L'ITEP est interpellé alors, dans le cadre de ses missions et de l'évolution des politiques publiques, pour rendre à nouveau possible leur réintégration dans l'institution scolaire. Ces enfants y ont laissé une image souvent connotée très négativement, ce qui constitue un frein important à leur réinscription, même de façon aménagée, dans un cursus ordinaire. L'école est la plupart du temps le lieu d'expression et le révélateur des symptômes de l'enfant ou de l'adolescent, mais aussi l'instance qui fait le premier signalement. Ce qui ne facilite pas sa mission, avant et après l'orientation en ITEP.

¹ Annexes XXIV du Décret n° 789-98 du 27 octobre 1989

Pour certains enfants, lorsque les troubles du comportement sont modérés, les dispositifs mis en place par l'Éducation Nationale, les Réseaux d'Aide Spécialisés aux Élèves en Difficulté (RASED), les Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA), les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) les classes ou ateliers relais, leur assurent un soutien satisfaisant. Les Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), avec leur approche triptyque (éducative, pédagogique, thérapeutique) constituent par ailleurs un étayage médico-social qui permet de maintenir l'enfant à sa place d'élève dans la classe ordinaire. Mais parfois, cela est insuffisant, les troubles deviennent tels que l'enfant ne peut plus rester en classe, l'ITEP devient alors la seule alternative. La réintégration en milieu ordinaire s'avère, dès lors, plus fastidieuse (rejet et appréhension mutuels).

1.1. Les troubles du comportement : un symptôme qui masque des réalités très différentes.

A la question posée dans le cadre d'un groupe de parole : « Qu'est ce que pour vous des troubles du comportement ? » un enfant accueilli à l'Institut Le Grézan répond : « c'est quand on voit que de près ! ». Il s'agirait là d'un problème de vue ou tout au moins de point de vue.

Les troubles du comportement évoquent pour tout un chacun, un ensemble de réactions objectivement observables. Il est question, la plupart du temps, d'un fourre-tout où se retrouvent, pêle-mêle, toutes sortes de désordres psychiques, d'attitudes et conduites anti-sociales voire de dysfonctionnements familiaux. Cela concerne les comportements en dehors, parfois à l'opposé d'une norme sociale définie et repérée. Ce concept de trouble du comportement utilisé par les textes réglementaires entretient un flou sur le profil des enfants destinés aux ITEP.

Dans les annexes XXIV, les enfants présentant des troubles du comportement sont à la fois associés aux enfants déficients mentaux et désignés par opposition à ces mêmes enfants « *malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant la normale* ». Le critère d'efficience intellectuelle devient alors un facteur déterminant de l'orientation en ITEP.

Par ailleurs, la circulaire n°89-17 du 30 octobre 89, qui accompagne ces annexes, précise : « *En outre l'orientation systématique des enfants en difficulté sociale et de ce fait en difficulté scolaire, vers les établissements relevant des annexes XXIV, plutôt que de leur accorder le soutien dont ils ont besoin, risquerait d'encourager des solutions de retrait vis à vis de la société dans son ensemble* ».

Ainsi, les enfants et adolescents présentant des troubles du comportement ne sont ni des déficients intellectuels, ni des « cas sociaux ». Ils sont définis par « *exclusion, en creux, par comparaison...* » analyse Claude BOUCHARD aux journées d'études de l'Association des Instituts de Rééducation (AIRE) en juin 1996 à Rennes « *La première curiosité de cette définition est d'apparaître pour ainsi dire par défaut* »².

De ce fait, la Commission Départementale de l'Éducation Spéciale (CDES) qui doit classer pour orienter, se heurte à cette difficulté et s'appuie alors sur la prépondérance des symptômes et non pas sur un diagnostic, pour adresser les enfants à l'ITEP. L'approche reste plus phénoménologique que structurale.

C'est pourquoi, on observe chez ces enfants des manifestations communes qui pourtant, ne s'originent pas dans une structuration identique de l'individu. On peut les décliner ainsi :

- Une impossibilité, pour ces enfants et adolescents, à trouver la bonne distance dans les rapports familiaux, amicaux et sociaux. Ils oscillent entre la proximité envahissante et le conflit permanent,
- Une difficulté à prendre du plaisir dans des expériences de découverte, l'inconnu est insécurisant, voire hostile,
- La recherche de satisfaction immédiate, en fonction de désirs autocentrés, sans pouvoir objectiver l'avenir,
- Une incapacité à accepter la frustration de la réalité, les règles, les lois, mais aussi l'espace de l'autre,
- Une incapacité à nouer une relation de confiance avec un tiers,
- Une pathologie de l'estime de soi,
- Un échec scolaire massif pour la majorité des enfants.

Ces troubles sont autant liés aux pathologies de la personnalité qu'aux troubles réactionnels.

² BOUCHARD Claude. Approche clinique et psychopathologique des troubles du comportement. In *Les Instituts de Rééducation Pour qui ? Pour quoi faire ?* Premier colloque de l'Association Instituts de Rééducation. 1996, Rennes. Châteaubourg : AIRE, 1996. p 20

L'examen des classifications psychiatriques révèle que la notion de troubles du comportement ne correspond pas à une entité clinique précise, identifiée et identifiable. Elle reste vague et restreinte.

Ainsi, dans la Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV 1992), publiée dès 1952 par l'Association américaine de psychiatrie, « *le mot comportement présente la particularité d'être connoté assez négativement, soit au titre d'un effet négatif (perturbateur), soit au titre d'une action négative sur le milieu (antisociale)* ». ³

De même, la Classification Internationale des Maladie (CIM 10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son chapitre V associe les troubles du comportement à ceux de la conduite et regroupe « *l'instabilité, l'agressivité, les troubles de l'alimentation...* » Avec « *des conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistante* ». ⁴

Enfin, dans la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, (révision année 2000), cette notion y apparaît mais de façon diffuse. La CFTMEA a été mise au point pour *l'évaluation des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent* (R. MISES, N. QUEMADA, 1994) et s'appuie sur les principes de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, établie par P. Wood pour l'OMS en 1988.

Pour ma part, j'ai fait le choix, d'appréhender, au-delà de tout désordre du comportement, de toute inadaptation, la réalité structurale de chaque enfant, de chaque adolescent accueilli. C'est pourquoi, l'approche psychoaffective dynamique proposée par Roger MISES dans ses recherches m'apparaît comme la plus en corrélation avec l'éthique de l'Institut Le Grézan. L'évaluation clinique des troubles du comportement « *impose une approche élargie ou les données essentielles pour la délimitation de la nature de la pathologie s'appuie sur les essais de compréhension de l'histoire et l'organisation interne d'un sujet, ressaisie dans ses rapports actuels avec son environnement* » ⁵.

Par ailleurs, l'enquête nationale 2005 sur les ITEP, diligentée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), s'appuie sur la CFTMEA 2000, en ce qui concerne la

³ Id p 20

⁴ Id p 21

⁵ MISES Roger. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, Classification des handicaps et troubles du comportement. Id p14

question des diagnostics. C'est pourquoi, je me référerai, dans le cadre de ce mémoire, à cette classification qui doit beaucoup au concept de Roger MISES.

1.2. Les dysharmonies évolutives : des « *pathologies limites* » au carrefour de prises en charge multiples

Roger MISES utilise des notions qui mettent en avant un type de développement qui rend compte de symptômes, prenant la forme de troubles du comportement.

Ainsi en est-il de la notion de « dysharmonie évolutive » répertoriée dans la catégorie clinique des « *pathologies limites* » au sein de la CFTMEA. Elle s'inscrit dans une perspective développementale dynamique, comme le souligne l'adjectif « *évolutive* ». Le terme « *dysharmonie* » quant à lui, témoigne d'une hétérogénéité entre différents aspects développementaux : langage, motricité, fonctions cognitives. Ces troubles s'originent dans une perturbation multifactorielle d'instauration précoce.

*«...des dysharmonies fonctionnelles en rapport avec des défauts d'investissement, des insuffisances d'apprentissage, des modes d'échange inadaptés avec l'environnement qui peuvent progressivement conduire à une restriction durable des potentialités. Les troubles de la personnalité pris dans ce processus s'expriment principalement par l'insécurité de fond, l'immaturation, l'existence d'angoisses dépressives et de séparation liées aux difficultés d'individuation. La composante dépressive tient une place importante, qu'elle s'exprime ouvertement ou qu'elle soit, recouverte par des troubles dominants de la conduite ».*⁶

Par ailleurs, d'autres organisations, proches de celles citées précédemment, font l'objet d'une sous catégorie, dénommée dans la CFTMEA, « *Pathologie limite avec dominance des troubles de la personnalité* ». Les traits les plus caractéristiques associent : la souffrance dépressive, les sentiments de moindre valeur, les angoisses de séparation, de perte, d'abandon, parfois des attaques de panique, les retards de développement affectif.

Les enfants et adolescents qui présentent des « *pathologies limites* », se situent à la lisière de multiples domaines d'intervention et relèvent pour la plupart, simultanément ou alternativement, de prises en charge sociale, éducative, rééducative, médico-psychologique voire psychiatrique et parfois d'un suivi judiciaire.

⁶ *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent* Édition CTNERHI - révision année 2000 – Axe I : Catégories Cliniques - Chapitre 3 - Pathologies limites

En effet, selon le lieu, l'objet ou l'origine du signalement, ces enfants et adolescents peuvent être appréhendés à travers différentes filières et bénéficier de prises en charge, parfois plus liées à des questions d'équipement dans le département ou à des considérations d'ordre politique, administratif ou financier, qu'à une réponse singulière à des besoins spécifiques.

« Il bénéficie alors d'une prise en charge correspondant non pas à son état, mais aux règles administratives et financières régissant l'établissement qui l'accueille »⁷

Ces adolescents que l'on dénomme familièrement « *les incasables* », profitent, paradoxalement, de prises en charge multiples et variées mais ne trouvent place nulle part, car toujours, quelque part, par défaut.

« ...les logiques économiques, les partages de compétences entre administrations ou instances politiques compliquent le débat au point de faire de ces jeunes des patates chaudes qu'on refile au voisin plutôt qu'un véritable enjeu national »⁸.

La catégorisation et le cloisonnement entre les différents champs ne permettent pas l'approche globale qui leur est indispensable.

Les adolescents qui présentent de tels profils, occupent une proportion croissante au sein des ITEP. D'autant que, les services de psychiatrie infanto-juvéniles voient leurs moyens se restreindre, et ne sont pas à même de remplir le rôle d'accompagnement, de soutien et de relais qui est le leur, constatent Michel GAGNEUX et Pierre SOUTOU dans le rapport de l'Inspection Générale Action Sociale IGAS n°99/3 bis.

Les ITEP, se retrouvent ainsi au carrefour de demandes qui s'appuient indifféremment sur chacune de leurs trois missions : thérapeutique, éducative et pédagogique. *« Espace de croisements, le carrefour peut être également un endroit dangereux : c'est un lieu de rencontre et de convergence mais aussi un lieu de malentendu et d'équivoques. Le point de rencontre d'une gare fait coïncider provisoirement des personnes qui viennent de lieux différents pour des destinations différentes »⁹.*

Toutefois, on s'aperçoit que les ITEP sont de plus en plus sollicités dans leur dimension thérapeutique, souvent à titre substitutif, ce qui vient interroger, de façon cruciale, la mise

⁷ GAGNEUX M., SOUTOU P. *Les Instituts de Rééducation*. Rapport n°1999006 Bulletin Officiel/Solidarité- Santé n°99/3, Collection rapports publics de l'IGAS.

⁸ DENIAU L. *L'institut de Rééducation au carrefour des demandes*. Quatrième colloque de l'Association des Instituts de Rééducation. 1999, Bordeaux. Châteaubourg : AIRe, 1999 p 7

⁹ KARSZ S. *Les Instituts de Rééducation ou le travail social dans tous ses états*. Id p 13

en œuvre de leur mission intégrative. En tant que directrice d'ITEP, je deviens, face aux problématiques développées par les enfants, un agent de la circulation au milieu du carrefour qui veille à ce que l'intervention soit véritablement faite d'une intrication de compétences et non pas de seuls passages de relais.

1.3. Une population qui présente des troubles psychiques de plus en plus graves.

Depuis dix ans environ, l'Institut Le Grézan connaît une évolution de sa population, liée d'une part à la commande sociale et d'autre part à l'apparition de pathologies qui n'étaient pas prises en charge ou très peu par les IR auparavant.

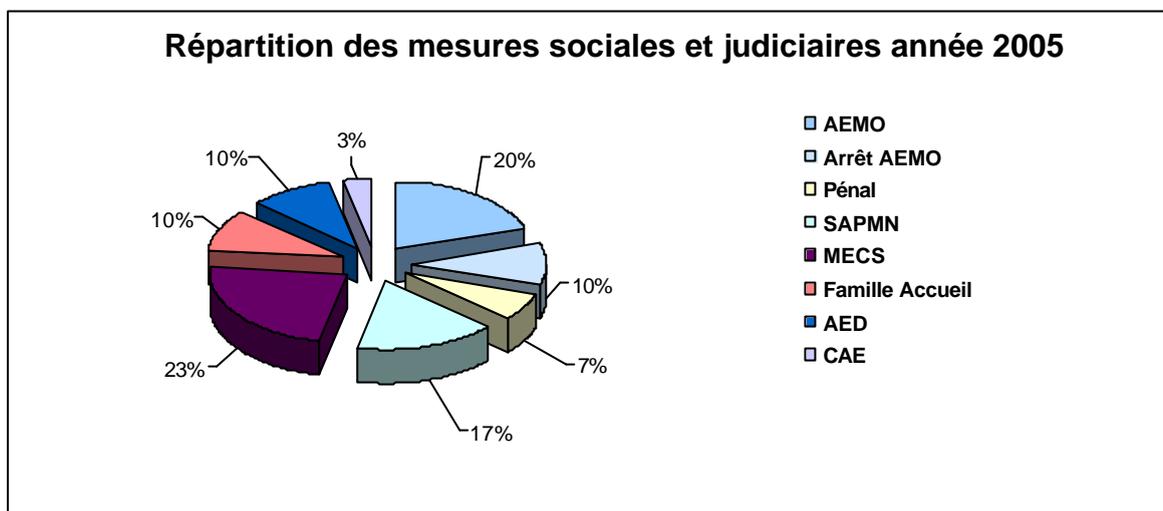
Au fil des ans, l'établissement change d'orientation. L'évolution de son habilitation s'effectue en deux temps, avec une période transitoire. Jusqu'en 1985, il accueille des adolescents et jeunes majeurs relevant essentiellement d'un placement justice. Ensuite, parallèlement à celui-ci, il est habilité à recevoir des « ayants droits » des organismes de sécurité sociale et les bénéficiaires de l'Aide Sociale jusqu'en 1994. Il est question alors d'enfants et adolescents, présentant des troubles du caractère et du comportement, susceptibles d'une rééducation psychothérapeutique sous contrôle médical. Depuis lors, l'établissement ne relève plus que de l'agrément sécurité sociale et accueille exclusivement les enfants, adolescents et jeunes majeurs orientés par la CDES. Sa capacité d'accueil reste sensiblement la même depuis 20 ans malgré un manque de place avérée en ITEP au niveau départemental. En effet, le schéma départemental du Gard 2004-2008 constate que malgré un taux d'équipement supérieur aux moyennes régionale et nationale, les listes d'attente restent conséquentes.

D'un recrutement national à l'origine, l'Institut Le Grézan recentre son offre de services sur un périmètre géographique de proximité, en développant le semi internat et le SESSAD. L'internat se réduit compte tenu des directives des annexes XXIV qui privilégient le maintien de l'enfant dans sa famille et son environnement. Toutefois, les demandes en internat d'ITEP, notifiées par la CDES, restent importantes. Ainsi, les admissions s'effectuent parfois en semi internat par défaut.

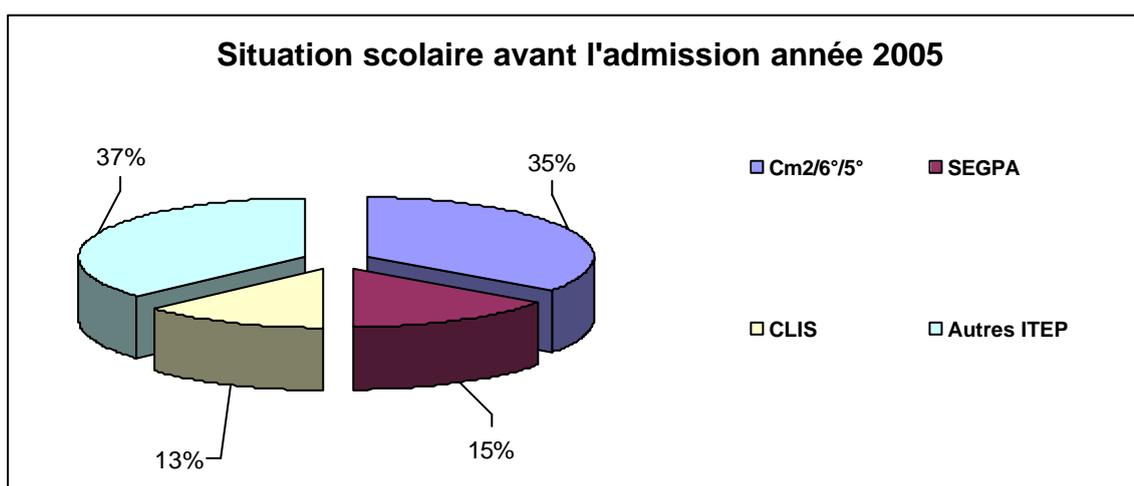
Malgré un agrément de mixité datant de 1992, le nombre de filles reste très faible voire nulle certaines années. L'Institut Le Grézan se situe en dessous de la moyenne nationale soit 13 % pour un taux national de 25 %. Un réel problème de cohérence de prise en charge en résulte pour certaines jeunes filles. Nous sommes parfois amenés à les orienter vers un établissement plus adapté à leur problématique

Par ailleurs, les enfants proviennent de tous les milieux sociaux avec toutefois une forte proportion d'enfants de familles repérées en difficultés sociales, soit 54,5 %. Certains

d'entre eux bénéficient de multiples prises en charge, concomitantes ou successives, par les services sociaux, parfois synonymes de ruptures et d'échecs ; ce qui vient d'autant accentuer leurs troubles et leurs difficultés à s'inscrire dans un cadre institutionnel. Suite à l'accueil de l'enfant en internat, une main levée des mesures d'AEMO est fréquemment décidée.



Avant l'admission à l'ITEP, 63 % des enfants bénéficient de scolarisation en milieu ordinaire à temps plein ; deux enfants sur trois arrivent après une exclusion scolaire, voire une déscolarisation. Parmi eux, 1/4 suivent déjà un enseignement adapté (SEGPA), 20 % fréquentent une Classe d'Intégration Scolaire (CLIS)



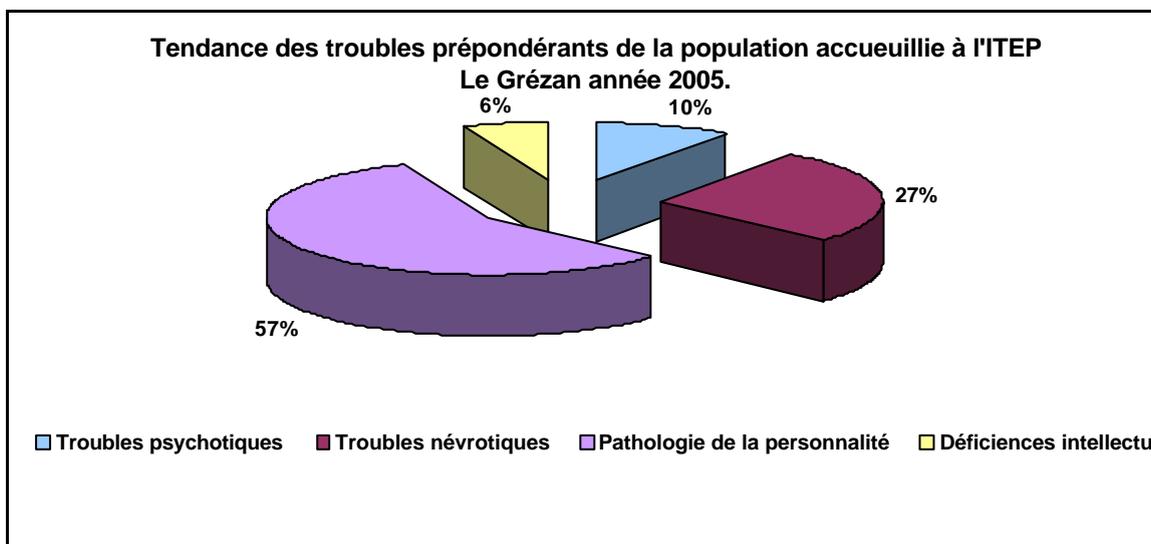
Enfin, 37 % des adolescents sont antérieurement scolarisés dans un ITEP. Cependant, les autres établissements réorientent les enfants, non seulement pour des raisons de limites d'âge comme en 1995, mais parce que l'Institut Le Grézan est reconnu, grâce à son expérience et à son savoir faire, en tant que dispositif susceptible d'accueillir les enfants et adolescents en très grande souffrance, qu'ils s'agissent d'enfants présentant des troubles de la personnalité ou ceux du comportement, cumulés avec d'importantes

difficultés sociales. En effet, les partenaires locaux, les ITEP tous membres de l'AIRe, l'Aide Sociale à l'Enfance, la CDES, nous interpellent au niveau de cette spécificité que nous revendiquons dans le cadre de nos missions et des valeurs de protection portées par l'Association.

« Clarifier sa position d'opérateur, au sein d'un réseau relationnel, c'est s'identifier de façon singulière et rendre possible un échange, une communication de partenaires à partenaires ; partenaires dotés de logique nécessairement différentes, même si elles peuvent se retrouver au niveau de finalité convergentes. S'allier et œuvrer de concert ne signifie pas se fondre ou se confondre, voire s'aliéner. Autrement dit, comment être soi-même, tout en acceptant de s'inscrire dans des collaborations nécessaires et souhaitables ? »¹⁰

Cette spécificité reconnue, permet de pouvoir mettre en commun, d'échanger, de mettre en place et d'ajuster des pratiques complémentaires au service de l'enfant.

De ce fait, on constate, au sein de l'établissement, un accroissement du taux d'enfants présentant des dysharmonies évolutives. Il a plus que triplé depuis 10 ans, soit 57 % en 2005 pour 16 % en 1995. Le nombre d'enfants profitant d'une prise en charge soignante au préalable ou conjointe augmente soit 56 % en 2005 pour 20 % en 1995, ce qui confirme l'évolution des enfants et adolescents vers des troubles psychiques de plus en plus graves.



¹⁰ LOUBAT J-R., *Instaurer la relation de service en action sociale et médicosociale*. Paris : Dunod, 2002. p 25

En conclusion, on s'aperçoit que les enfants et adolescents accueillis en ITEP sont passés de l'état de « perturbés » à « troublés » et de « perturbants » à « troublants ». L'étrangeté qui émane d'eux est liée à leur évolution vers des troubles psychiques de plus en plus importants. Les prises en charge médico-sociales traditionnelles atteignent leurs limites. Les pouvoirs publics sont conscients que la complexité de ces adolescents, désignés médiatiquement « *adolescents en grande difficulté* », met à mal les structures avant de se retrouver, pour certains d'entre eux, sans aucune solution. Après avoir été les « *oubliés des annexes XXIV* », ¹¹ ils reviennent sur le devant de la scène comme nous pourrions le constater en abordant le cadre réglementaire.

2. Un cadre réglementaire évolutif : la reconnaissance d'une population spécifique.

« *Les Instituts de Rééducation ont été créés en nomenclature administrative en 1956. L'arrêté du 9 mars 1992 modifiant l'arrêté du 3 novembre 1980 portant sur la nomenclature des établissements sanitaire et sociaux institue la « catégorie 186: institut de rééducation au lieu d'institut de rééducation psychothérapique ».* ¹² Avec le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005, ils deviennent les Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques.

2.1. Les annexes XXIV : un texte fondateur qui énonce les principes d'une démarche de qualité

La loi 75-534 a dressé les bases du secteur médico-social. Elle pose le principe de la prise en charge en mettant l'accent sur la protection de l'individu. Elle affirme aussi celui de l'accès pour tous, quel que soit le handicap, à un ensemble de droits couvrant les principaux aspects de la vie : éducation, emploi, intégration sociale, formation ...

Quatorze ans plus tard, le décret n°89-798 du 27 octobre 1989, rénovant les annexes XXIV du décret du 9 mars 1956 modifié et sa circulaire d'application du 30 octobre 1989, relatifs à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés par les services d'éducation spéciale, précisent ces droits et proposent tout un panel d'outils. En effet, ils préconisent

¹¹ CORBET É., BOTTA J-M., Les oubliés des annexes IVXX. *Le nouveau Mascaret*, janvier 1996 n°41.

¹² WACJMAN C., Les adolescents en institut de rééducation. Paris : Dunod, 2002.

la mise en place pour chacun d'un projet individualisé dans le cadre d'une prise en charge globale, assurée par une équipe pluridisciplinaire qualifiée de spécialistes, tout en y associant la famille. Ils visent ainsi à « déclencher une dynamique prenant en compte les besoins et les spécificités des jeunes accueillis, de leur famille et de leur environnement ». ¹³ Les prestations proposées doivent être diversifiées pour répondre au plus près des besoins des enfants. Ainsi, des propositions de nouvelles modalités de prise en charge y figurent : Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS), Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile, respectivement Titres VI et VII des annexes XXIV. Le décret pose également le principe de l'évaluation nécessaire et indispensable. Si bien qu'il contient déjà beaucoup de prémices de la loi de rénovation sociale du 2 janvier 2002.

2.2. La Loi 2002-2 : un objectif de coordination et de coopération

La Loi du 2 janvier 2002 s'articule autour de quatre orientations phares :

- affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires et de leur entourage,
- élargir les missions de l'action sociale et diversifier les interventions des établissements et des services concernés,
- améliorer les procédures techniques de pilotage du dispositif,
- instaurer une procédure d'évaluation.

Cette loi traduit une transformation récente et profonde de l'idéologie du travail social qui devient intervention sociale. Le travail social avait des objectifs très ambitieux d'émancipation, de promotion, de réduction. L'intervention sociale consiste, plus humblement, à aider et accompagner les personnes en souffrance plus ou moins exclues de notre société. La personne n'a plus à s'adapter à un dispositif, c'est celui-ci qui doit, trouver des modalités d'accompagnement singulier. En effet, la diversification des modes de prises en charge devient un principe.

Par ailleurs, la coordination et la coopération sont introduites par de nouvelles procédures entre les établissements et services. L'objectif est de favoriser la complémentarité et de garantir la continuité des projets individualisés d'accompagnement dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés. Des conventions de coopération

¹³ DUPONT LOURDEL É., Genèse des annexes XXIV. *Flash informations*, numéro hors série, CTNERHI, Vanves.

peuvent être conclues entre les établissements ou services médico-sociaux avec les établissements de santé.

Dans ce cadre, le schéma départemental des personnes handicapées du Gard 2004-2008, dans ses propositions de programmation pour le développement de l'offre de prise en charge des enfants et adolescents handicapés ou inadaptés retient dans sa troisième grande priorité :

« 3- renforcer la complémentarité entre les différents acteurs du secteur.

- *Développer l'offre médico-sociale en lien avec le fonctionnement des équipements sanitaires (service de pédiatrie et de pédo-psychiatrie), en particulier en ce qui concerne, d'une part le dépistage et la prise en charge précoce et d'autre part, l'amélioration de la prise en charge des enfants présentant des troubles du comportement ou des troubles de la personnalité ;*
- *Encourager la formalisation de conventions de partenariat entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire, en particulier entre les ITEP et les secteurs de pédo-psychiatrie ».*

Cette volonté de coopération traduit la prise de conscience, par les pouvoirs publics locaux, de l'évolution de la population accueillie en ITEP et entérine, dorénavant, la nécessité d'une prise en charge conjointe médico-sociale et pédo-psychiatrique.

2.3. Des Instituts de Rééducations aux Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques.

Le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques redéfinit les publics visés par ces établissements. Il s'agit d'accueillir « *Les enfants, les 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 publics 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 ».* Ce décret vient reconnaître la spécificité de ces structures qui relevaient jusqu'alors des annexes XXIV. Il en reprend les grands principes, mais en précise les particularités au regard de la complexité des enfants et adolescents accueillis. Ainsi les ITEP disposent d'une équipe non plus pluridisciplinaire mais « *interdisciplinaire qui conjugue des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques sous la forme d'une intervention*

interdisciplinaire réalisée en partenariat avec les équipes de psychiatrie de secteur, les services et établissements de l'Éducation Nationale et, le cas échéant, les services de l'Aide Sociale à l'Enfance et ceux de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ».

L'évolution des politiques publiques vient servir une idéologie d'individualisation des prises en charge et de transversalité des actions donc de réponses singulières et de partenariat inter-sectoriel.

L'institut Le Grézan, au regard de son expérience de terrain, a su évoluer et s'inscrire dans cette dynamique impulsée par les politiques sociales et les besoins locaux.

3. L'Institut Le Grézan : un établissement expérimenté soucieux de répondre à l'évolution de sa population

3.1. Une association au service de la protection de l'enfance et de l'adolescence sous toutes ses formes.

Le Comité de Protection de l'Enfance et de l'Adolescence du Gard (CPEAG) gère :

- L'Institut Le Grézan à Nîmes.
- Les Services d'Action Éducatives en Milieu Ouvert (AEMO) du Gard et de Lozère.
- Les Services d'Investigation et d'Orientation Éducative (SIOE) du Gard et de Lozère.
- les Services d'Enquête Sociales du Gard et de Lozère.

Cette association nîmoise de notables est autorisée depuis le 10 juillet 1936, dans le cadre des associations à but non lucratif - loi 1901. Elle a pour vocation « *le secours et l'aide à l'enfance malheureuse sous toutes ses formes* »¹⁴ « *en dehors de toute préoccupation d'origine politique, philosophique ou confessionnelle* »¹⁵. Vocation qu'elle a conservée depuis lors, en développant des services en direction de l'enfance en danger et/ou délinquante, et en ouvrant son approche sociale à une dimension soignante par le biais de l'Institut le Grézan.

¹⁴ Journal Officiel de la République Française du 10 juillet 1936

¹⁵ Statuts du C.P.E.A.G. Article premier

Celui-ci créé en 1948, dénommé alors Centre d'Accueil du Luc est habilité à recevoir 20 mineurs délinquants (ordonnance de 1945) ou en danger moral (article 375 du code civil). Il voit au fil des ans sa capacité d'accueil et son habilitation évoluer vers l'accueil d'ayant droit des organismes de sécurité sociale et des bénéficiaires de l'aide sociale.

En 1967, les éducateurs commencent à travailler avec les familles au sein de l'institution et assurent auprès d'elles des interventions à domicile. Une trentaine de familles bénéficie ainsi d'une action éducative novatrice ; un tiers des enfants quittent le centre. Ce service est le premier du département du Gard. Le CPEAG demande en 1969 l'habilitation pour un service d'AEMO.

En janvier 1989, l'établissement se restructure, change, de nom, élargit son habilitation et devient l'Institut de Rééducation Psychothérapique le Grézan. Il s'inscrit ainsi dans le champ des établissements et services d'éducation spéciale dont les conditions techniques d'autorisation sont légiférées par les annexes XXIV récemment modifiées. Dès lors, l'organisme oriente son offre de service en direction des enfants et adolescents présentant des troubles du comportement.

En 1994, le C.P.E.A.G. dénonce l'habilitation justice, pour limiter la cohabitation dans un même lieu des enfants présentant des troubles sur le versant psychopathique et ceux présentant des troubles de la personnalité. Il recentre ainsi ses missions uniquement en faveur des enfants et adolescents orientés par la Commission Départementale d'Éducation Spéciale. Le projet individuel de l'enfant devient alors la clef de voûte des modalités de prise en charge. « *Le groupe spécifique* » voit le jour ; quelques enfants présentant des troubles de la personnalité profitent d'un dispositif expérimental (petit groupe avec un encadrement de proximité) dégagé du rythme scolaire.

3.2. L'ITEP, une étape dans un parcours : une logique d'itinéraire singulier

A l'heure actuelle, l'Institut le Grézan bénéficie de fonds publics dans le cadre de sa mission d'intérêt général. La Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) est l'autorité de contrôle et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) le financeur (dotation globale pour le SESSAD et prix de journée unique pour l'internat et le semi internat). La CDES notifie les orientations ; l'accord de la famille est requis obligatoirement.

L'établissement reste ouvert 42 semaines par an. Il dispose de 67 places pour l'accueil des enfants et adolescents selon trois régimes différents :

- en internat de semaine, du lundi au vendredi, 18 garçons, de 11 à 20 ans au sein de deux foyers distincts de 9 places chacun,
- en semi internat, 34 filles et garçons, de 11 à 20 ans,
- en SESSAD, 15 filles et garçons, de 5 à 20 ans.

Ses missions sont triples et non hiérarchisables : éducative - thérapeutique - pédagogique. Elles visent le bien être et l'épanouissement de la personne, la réduction des troubles afin d'envisager à terme, une insertion sociale, scolaire et professionnelle satisfaisante et à la mesure de chacun.

L'Institut Le Grézan dispose d'une équipe interdisciplinaire qualifiée (psychiatres, psychologues, psychomotricienne, orthophoniste, ergothérapeute, éducateurs spécialisés, éducateur technique spécialisé, moniteurs éducateurs, professeurs des écoles, professeur d'éducation physique et sportive, formateur, assistante sociale...) et conforme aux annexes XXIV et au décret du 6 janvier 2005 relatif aux ITEP. L'effectif s'élève à 59 agents soit 42,51 ETP (35,59 sur l'ITEP et 6,92 sur le SESSAD). L'établissement est bien pourvu au niveau de la variété et des qualifications requises mais est sous doté quant à son encadrement éducatif (0,32), au regard des ratios d'encadrement départementaux (0,685 pour un ratio départemental de 0,813 en 2003).

La qualification et la formation des personnels m'apparaissent indispensable compte tenu des problématiques présentées par les adolescents, qui nécessitent une réflexion clinique approfondie. Je pense aussi qu'il s'agit d'un fameux outil de reconnaissance et de valorisation des personnes, engagées parfois dans des missions qui relèvent de l'impossible. Les adultes sont souvent la cible d'adolescents hyper sensibles qui les déstabilisent et les ébranlent. La violence quasi quotidienne éprouve les plus aguerris. Aussi les relais ont une importance capitale. Les cadres ont là un rôle managérial important, d'écoute, de soutien, de valorisation des compétences de chacun, de coordination et de validation des initiatives individuelles.

L'évolution des troubles des enfants et adolescents accueillis vers des dysharmonies évolutives a nécessité un réajustement de l'offre de service de l'ITEP, notamment en ce qui concerne les 11 à 15 ans, afin de remplir au mieux les missions de soins et les missions intégratives. Nous avons pu l'adapter progressivement, grâce à la qualité de la réflexion et du travail clinique engagé, à une ouverture sur l'extérieur et au dynamisme d'une équipe interdisciplinaire au service des projets individuels, dans le cadre du projet institutionnel.

Quelques principes fondamentaux guident cette réflexion. Il s'agit de :

- l'accueil de la souffrance et de ses manifestations quelles qu'elles soient,
- le respect de l'usager et de ses difficultés,
- la place de la parole,
- le sens de l'action,
- le respect des missions de l'ITEP, thérapeutique, éducative, pédagogique, dans une dynamique d'évaluation et d'évolution des dispositifs.

Les valeurs d'aide et de protection portées par l'association, sous-tendent toute l'action de l'Institut Le Grézan. Elles se traduisent par une volonté d'accueillir, tous les enfants qui lui sont adressés, quelque soit la gravité de leurs troubles, dans la mesure des places disponibles, à l'exception des contres indications médicales. Toutefois, je privilégie l'admission des plus jeunes, dans une visée d'action précoce et de réintégration scolaire. L'écueil réside dans une prise en charge à trop long terme (9 ans au maximum) facteur de désinvestissement lié à un sentiment d'être là à perpétuité.

Cette posture d'accueil de l'établissement m'a conduit depuis de nombreuses années à adapté nos dispositifs, réinterroger et évaluer leur pertinence d'une année sur l'autre, en fonction des pathologies présentées par les adolescents. L'enjeu est de pouvoir mettre en adéquation les moyens dont nous disposons et nos ambitions. C'est pourquoi, devant l'ampleur des manifestations symptomatiques de ces enfants, mes objectifs demeurent, avant tout, humbles et modestes. Il s'agit d'accueillir des actes, de les mettre en mots, et de laisser place à une parole singulière. Ce n'est qu'à cette condition que les objectifs de réassurance, d'épanouissement de la personnalité, de restauration de l'estime de soi, d'autonomie et d'insertion sociale scolaire et/ou professionnelle sont réalisables. En effet, les comportements de ces adolescents, aussi aberrants qu'ils puissent paraître, ne peuvent être compris, si on ignore la logique de survie et de protection dans laquelle ils évoluent. Ils ont le sentiment d'être en danger et sont en bute aux autres, vécus comme menaçants. Leurs passages à l'acte sont autant de réactions de défense et de protection, qu'il faut décoder, comme étant l'expression de leurs instinct de survie.

3.2.1. Le centre de jour

Seuls des modes opératoires souples et sécurisants, peuvent permettre de répondre aux exigences de la scolarité et de s'adapter aux situations de crises auxquelles se confrontent ces enfants et adolescents.

Comment proposer un cheminement individualisé en s'appuyant sur le potentiel de chaque enfant et adolescent qui nous est adressé, tout en tenant compte de sa globalité ?

Tel est le questionnement qui m'a guidée, ainsi que l'équipe interdisciplinaire, dans l'élaboration de modalités de prise en charges éducatives, pédagogiques et thérapeutiques qui doit conduire chaque enfant, dans le respect de son individualité, à trouver une place dans la société.

C'est ainsi qu'en 1994, nous avons mis en place un dispositif expérimental, avec un tout petit groupe d'enfants présentant des dysharmonies évolutives (troubles de la personnalité en particulier), dénommé alors « *Groupe Spécifique* ».

Au sein d'une unité, éducative et pédagogique, deux éducateurs et un professeur des écoles proposent, en individuel ou en petits groupes de 2 à 6 enfants, une prise en charge, sécurisante et de proximité, suffisamment souple pour préserver le cadre, tout en autorisant une certaine perméabilité prenant en compte l'instabilité structurelle des enfants. Chacun d'entre eux bénéficie d'un cheminement individualisé qui tient compte de ses acquis mais aussi des périodes qu'il traverse. Il pourra aller plutôt avec l'enseignant pour des apprentissages fondamentaux ou plutôt avec l'éducateur dans un atelier selon les moments opportuns.

Les activités d'expression dévoilent des savoirs faire mais aussi des savoirs être libérant parfois l'accès au savoir.

Le Cycle I

Aujourd'hui, nous avons modélisé et étendu les modalités de prise en charge du « *Groupe spécifique* » à l'accueil de tous les plus jeunes (11 à 15 ans) au sein d'un dispositif, dénommé actuellement « *Cycle I* ». Ce qui a impulsé, du fait de compétences reconnues localement, une certaine dynamique d'orientation vers notre établissement. Ainsi le secteur médico-social, les services de psychiatrie infanto-juvénile, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), via la CDES sollicitent logiquement l'Institut Le Grézan pour accueillir, les enfants et adolescents, les plus perturbés.

Cette organisation permet de mieux gérer les situations difficiles car le relais est assuré au sein du collectif d'adultes. Les enseignants ne se sentent plus isolés dans une confrontation inéluctable. Le dosage et l'articulation des différents parcours deviennent vraiment individuels. Chaque fois que possible une intégration scolaire ordinaire est recherchée. Elle peut être partielle ou totale. En 2005, trois adolescents seulement,

accueillis aussi en internat, bénéficient d'une intégration complète en collège. Un autre enfant semi interne participe, uniquement, aux séquences de sport d'une classe de sixième, dans un objectif de réassurance et d'intégration scolaire progressive. Ce taux très faible d'intégration s'explique par les difficultés croissantes de la population accueillie, souvent incompatibles avec une scolarité ordinaire.

Le cycle II

Le dispositif dénommé « *Cycle II* » accueille les adolescents et jeunes adultes de 15 à 20 ans pour une préparation à l'insertion sociale et professionnelle, assurée par un formateur, un éducateur technique spécialisé et une éducatrice scolaire.

L'élaboration des projets professionnels est adaptée au rythme et aux moyens de chacun qui bénéficie d'un trajet singulier.

Nous avons opté pour une formation pratique orientée sur l'extérieur depuis 1991. Un système d'alternance établissement/entreprise, bien particulier à chaque projet élaboré, permet aux adolescents de découvrir et d'acquérir des techniques, des savoirs faire en relation directe avec des professionnels. La signature d'un contrat d'apprentissage s'origine souvent dans la relation qui se noue entre le tuteur de stage et le stagiaire. Un référent professionnel accompagne les adolescents et jeunes adultes tout au long de leur parcours d'insertion sociale et professionnelle, jusqu'à trois ans après leur sortie. Aussi à chaque fois que possible, le cheminement vers une insertion professionnelle qualifiante est élaborée. Un partenariat devient alors effectif entre l'ITEP, le Centre de Formation des Apprentis (CFA) ou le Centre de Formation des Apprentis Spécialisé (CFAS) et le maître d'apprentissage. L'orientation et l'accompagnement vers d'autres structures spécialisées, les Instituts Médico Professionnels (IMPRO), les Ateliers Protégés, les Centres d'aide par le Travail (CAT), s'avèrent de plus en plus nécessaires pour certains d'entre eux.

Toutefois, quelques adolescents ou jeunes majeurs sont trop loin, compte tenu de leurs troubles de la personnalité, de ces préoccupations et ne sont pas en mesure de profiter des modalités proposées pour trouver une place dans la société (même en secteur protégé). Faute d'un accompagnement plus adapté à leur difficulté, ils atteignent la limite d'âge autorisée sans que nous ayons trouvé une autre alternative pour eux.

En sus de ces dispositifs « cycle I » et « cycle II », les enfants et adolescents bénéficient d'un accompagnement thérapeutique, assuré par une équipe paramédicale et psychologique oeuvrant à la réduction des troubles présentés. La restauration de la personnalité constitue un des éléments fondamentaux du projet individuel de chaque

enfant et voit ainsi s'articuler l'intervention coordonnée des différents intervenants éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques.

3.2.2. L'internat

Les enfants et adolescents sont orientés en internat lorsqu'il s'avère pour eux nécessaire d'introduire un tiers dans la relation qui les unie à leur famille. Cette indication est avant tout thérapeutique.

Deux unités de vie, « *Costaballens* » et « *Les Tournesols* » accueillent sur le site de l'Institut Le Grézan neuf enfants ou adolescents, chacune en internat de semaine. Ce sont des lieux chaleureux où la vie collective est privilégiée. Le cadre sécurisant et tolérant, conduit les enfants et les adolescents à investir les adultes et les relations sociales de façon différente. Il permet par l'intermédiaire de la vie en groupe, de retrouver ou découvrir des rythmes de vie réguliers. Les retours en famille s'en trouvent apaisés. Les éducateurs spécialisés et les moniteurs éducateurs assurent une présence la nuit. En effet, il me paraît essentiel que l'enfant puisse se rassurer la nuit auprès des personnes qui lui apporteront une réponse éducative, en lien avec leur problématique mais aussi en lien avec les événements de la journée. Les éducateurs d'internat organisent les temps extrascolaires, accompagnent les enfants et adolescents dans la réalisation de leur projet individuel et leur démarche thérapeutique.

3.2.3. L'accompagnement des familles.

Seuls les parents peuvent solliciter l'admission de leur enfant auprès du directeur de l'établissement. Ils en ont le choix et peuvent mettre fin à la prise en charge dès qu'il le souhaite. En réalité, le nombre limité de place en ITEP, l'absence d'autres alternatives, restreignent de fait ce choix. Les parents viennent souvent me rencontrer pour une visite d'admission contraints et forcés, avec de surcroît un sentiment d'échec voire de culpabilité. Le travail avec les familles commence dans l'espace de cette première rencontre, dans l'écoute de la demande, dans la présentation de l'institution, de ses missions, de ses objectifs et de ses limites, de ses modalités de prise en charge et de leur sens. Je pose d'emblée le partenariat avec les familles, il est pour moi indissociable de la prise en charge. Cet engagement mutuel, nous le matérialisons par la signature du Contrat de Séjour qui garantit la prise en charge de leur enfant dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet de l'Institut Le Grézan.

L'éducateur référent est l'interlocuteur privilégié. Il coordonne et fait vivre le projet individuel de l'enfant. Il peut être interpellé à tout moment par la famille. Il rencontre celle-ci au sein de l'établissement. Les visites à domicile restent occasionnelles. Par ailleurs, l'assistante sociale se rend à domicile dès l'admission afin de recueillir les données concernant l'histoire de l'enfant.

Le chef de service et l'éducateur référent rendent compte à la famille, après chaque réunion de synthèse, du projet individuel de son enfant et procède à la signature de l'avenant au Contrat de séjour. Tous les trimestres, l'établissement l'informe, par l'intermédiaire d'un bulletin, de l'évolution de celui-ci. La famille, si elle le souhaite, peut bénéficier d'un soutien du médecin psychiatre.

3.2.4. L'analyse des pratiques et approche clinique

J'ai fait le choix depuis quelques années de développer des modes de soutien aux professionnels. En effet, je pense que la complexité des problématiques des enfants accueillis requiert la mise en place, pour l'équipe interdisciplinaire, d'instances de mise à distance. Dorénavant, le décret sur les ITEP en préconisant des « *actions de supervision* » rend réglementaire cette démarche. J'ai institué, d'une part, des réunions de réflexions sur le plan clinique et d'autre part, des séances d'analyse des pratiques afin que les professionnels puissent se dégager de leurs affects et travailler leur implication de façon décalée.

3.2.5. Le SESSAD

Ce service se situe au centre ville de Nîmes. Il présente un fonctionnement autonome de celui de l'ITEP. Il ne génère aucun effet systématique de filières. Ainsi, nous proposons des interventions médicosociales séquentielles selon différentes modalités. Le SESSAD constitue une réponse appropriée en terme de qualité et d'opportunité. Il a pour objectif d'éviter, le plus précocement possible, l'exclusion du milieu social et scolaire, de favoriser les interventions d'accompagnement dans le milieu naturel, de prévenir l'aggravation des troubles déjà présents. Rares sont les adolescents qui peuvent bénéficier d'une prise en charge en SESSAD relayant celle de l'ITEP. En effet, je constate plutôt l'effet inverse, l'ITEP vient pour certains, pourvoir à l'échec du maintien en milieu ordinaire. L'orientation en SESSAD, arrive dans ce cas trop tardivement quant à l'évolution des troubles ou a été notifiée par défaut de places en semi internat.

3.3. Après une spécialisation reconnue, l'Institut Le Grézan aujourd'hui face à ses limites.

Au fil des ans, nous nous sommes orientés vers l'accueil des enfants et adolescents les plus en difficulté et avons développé un savoir faire en la matière. Or l'évaluation des projets individuels, même si elle conforte la pertinence des pratiques professionnelles pour la majorité des enfants et adolescents accueillis, révèle leur inadaptation pour une frange de la population qui se retrouve, en marge des différents dispositifs existants.

D'une part, les symptômes développés par certains adolescents dysharmoniques rendent la cohabitation au quotidien très difficile, voire incompatible, sinon source d'angoisse et de souffrance. L'agitation et l'instabilité majeure, les défauts de concentration, le besoin d'attention exclusive, les conduites à risques, les états phobiques, les discours délirants, développés par ces adolescents en très grande difficulté, génèrent chez leurs pairs une intolérance, un sentiment d'insécurité voire de panique face à ce qui leur semble « fou ». Ils le manifestent par un repli sur eux-mêmes, un rejet massif, de l'agressivité, de la violence verbale et physique. Quotidiennement, les professionnels doivent protéger les plus vulnérables qui souvent réamorcent les conflits, à la fois souffre douleur et agresseur. Cette posture éducative renforce le sentiment d'injustice et l'agressivité des plus vindicatifs. Chacun d'entre eux adopte alors des positions défensives qui bien souvent vont à l'encontre des objectifs de réassurance et d'épanouissement visés pour tous. Dans tous les cas, on assiste à l'exacerbation des troubles.

D'autre part, les difficultés présentées par ces mêmes adolescents nécessitent une prise en charge de proximité. La priorité consiste à les contenir, les rassembler, à travers notamment l'étayage d'une relation individuelle. Leurs difficultés s'organisent autour d'un refus de savoir et se cristallisent, entre autres, autour de cette question. Le sentiment d'existence se résume, bien souvent, à la captation exclusive d'un adulte. La capacité de ces adolescents à être parmi les autres, sous le regard, d'accepter cette position, est faible. Cette contrainte du collectif devient vite intolérable. On assiste alors à toutes sortes de manifestations pour s'y soustraire, de la recherche de conflits, à la fuite qu'elle soit errance ou fugue.

Abandonisme, maltraitance, carences familiales graves colorent de façon particulière leur histoire. Le rejet, les ruptures, l'enkystement, émaillent leur parcours familial et institutionnel. La nécessité du renforcement du lien et de la permanence rencontre trop souvent la discontinuité, l'exclusion et la déstructuration. De sa place, l'Institut Le Grézan, internat de semaine, y participe. En effet, le régime d'ouverture des ITEP ne prévoit pas

de prise en charge le week- end et une partie des vacances scolaires. Les familles, l'ASE, gèrent ces temps sans la continuité thérapeutique indispensable.

A l'heure actuelle, l'Institut Le Grézan accueille ces adolescents au-delà de ses limites. Tout comme pour *Anatole*, l'inadéquation de la prise en charge de ces adolescents dysharmoniques en terme de structure sur dimensionnée au regard de leur pathologie, de moyens insuffisants en personnel qualifié, de projet inadapté à leur problématique et de partenariat inexistant avec les services de psychiatrie infanto-juvénile, produisent différentes fins de non recevoir.

Faute d'un étayage adéquat, que l'Institut Le Grézan ne peut leur fournir à l'heure d'aujourd'hui, ces adolescents dysharmoniques se forment une destinée, inscrite dans la répétition systématique de la souffrance et de l'exclusion : l'hôpital psychiatrique, le foyer d'action éducative de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), le Centre d'Education Renforcé, la rue pour les jeunes majeurs...

Face à ces constats, l'évolution de l'offre de service à destination de cette population la plus en difficulté s'avère impérative. Entendre et répondre aux manifestations symptomatiques, sans mettre en péril l'équilibre institutionnel, ni réitérer la mise à l'écart trop souvent vécu par ces adolescents déjà pointés comme « *cas limite* », constitue l'enjeu du nouveau projet institutionnel.

CHAPITRE II : LA NECESSITE D'UN PROJET GLOBAL DE SOINS.

Avant d'aborder la faisabilité d'un projet prenant en compte la problématique de ces adolescents dysharmoniques, il me semble impératif de clarifier les supports théoriques qui ont étayé nos recherches et m'ont amené à orienter une réponse où la dimension de soins s'avère très présente.

Ce qui caractérise le plus, ces adolescents en grande souffrance, c'est leur capacité à rejouer les mêmes scènes, à reproduire les modalités relationnelles qu'ils connaissent bien.

« Ces crises, effets de la répétition, nécessitent d'être accompagnés, aménagées, traitées afin d'éviter les risques de discontinuité, de rupture, de rejet et d'abandon qu'elles contiennent en germe »¹⁶.

Il m'apparaît donc essentiel, de protéger ces adolescents de leur compulsion à induire les ruptures, de les conduire à élaborer d'autres réponses aux conflits et donc à réaménager leurs positions psycho-affectives. La continuité, la régularité, la stabilité de l'environnement, constitue un étayage, facteur de réassurance, favorable au développement de leur potentiel.

La problématique de ces adolescents peut s'originer dans la relation qui s'est nouée ou pas entre le nourrisson et sa mère. En effet, les troubles de la relation précoce mère enfant sont liés à des inadaptations ou à des distorsions dans la construction des liens. Ils peuvent se manifester très tôt et influencer sur le processus de séparation/individuation. Nous rencontrons, souvent, ces perturbations dans un contexte de pathologie parentale, dans une situation de carences affectives ou sociales intrafamiliales avérées, et parfois en l'absence de tout cela. Ces adolescents n'ont pas ou peu bénéficié des soins nécessaires et indispensables à leur épanouissement.

J'emploie la notion de soins dans ses deux significations en me référant au Grand Larousse Universel : d'une part, en tant qu' *« actes par lesquelles on **veille au bien être** de quelqu'un, ensemble des **attentions** qu'on lui porte »* et d'autre part en tant qu' *« actes de **thérapeutique** qui visent à la **santé** de quelqu'un, de son corps »*.

¹⁶ CEBULA J-C., BERRHUEL J., ESCOTS S., HOREL Catherine, et al. *Guide de l'accueil familial*. Paris : Dunod, PARIS, 2000. p.35

Thérapeutique, quant à lui vient « *du grec therapeuein, soigner. Relatif au **traitement** des maladies* ».

Ces adolescents qui ont été mis à mal dans leur corps, dans leur santé psychique, se mettent continuellement à mal ou sont mis à mal dans les dispositifs comme les nôtres qui sont censés les aider. Ils s'y sont, d'une certaine manière, enlisés, noyés. Leur souffrance étant trop importante, ils la mettent en actes au lieu de l'exprimer en mots, en jeux, en réconciliation avec l'enseignement et les apprentissages, qu'il s'agisse d'apprendre la vie ou les pré requis en lecture. Ainsi, la fuite, la fugue pour n'aller nulle part ou n'importe où, tel *Dimitri* qui finit toujours par se réfugier au poste de police, illustre bien cette incapacité à mettre en mots l'insupportable mais aussi le besoin d'être contenu.

Il est question pour nous, dans le cadre du développement d'un nouveau projet institutionnel, de préparer, d'aménager un temps et un espace, où ce fil qui s'était distendu, voire rompu, du fait de l'adolescent et de l'expression extrême de sa pathologie, pourra être renoué, pour lui permettre de repartir, ou de revenir, de redonner du sens à quelque chose qui s'est perdu.

Dans un espace différent de ceux qu'il a rencontrés, d'autres paroles, pourront être entendues, là où elles n'ont pu l'être, là où elles doivent l'être.

1. Le lieu comme espace thérapeutique.

La dimension psychanalytique est présente dans l'institution. Elle constitue une grille de lecture à laquelle nous faisons souvent référence dans notre démarche clinique. Dans ce travail, j'ai privilégié l'aspect psychologique, sans méconnaître pour autant, d'autres approches, philosophiques, sociologiques, ethnologiques. Ma réflexion, n'a pas pour ambition de faire le tour de la question des adolescents en grandes difficultés mais de traiter de la problématique des adolescents dysharmoniques, accueillis à l'ITEP Le Grézan.

Je pense que la connaissance du psychisme infantin peut favoriser une meilleure adaptation des structures médico-sociales aux besoins des enfants et adolescents dysharmoniques ainsi qu'une véritable prévention dans le domaine de la santé mentale.

Des psychanalystes ont consacré une grande part de leur activité au travail clinique avec les jeunes enfants. Ils se sont souciés de préciser la teneur des émotions infantiles, qui laissent une empreinte indélébile sur le psychisme.

Différents modèles conceptuels de la vie psychique des nourrissons ont été proposés (Mélanie Klein, 1932, 1959 ; Anna Freud, 1942, 1965 ; Donald W. Winnicott, 1935, 1963 ; Margaret Mahler, 1975).

Dans cette dynamique, l'école culturaliste américaine étend, à l'ensemble de la société et de la culture, le rôle de l'environnement sur le comportement maternel et sur les premières organisations psychiques du bébé.

Par ailleurs, les découvertes contemporaines sur la plasticité cérébrale viennent pleinement confirmer, dans le domaine de la neuropsychologie, l'importance attribuée par la psychanalyse aux expériences émotionnelles précoces, en révélant que le vécu peut modifier non seulement la physiologie, mais aussi l'anatomie cérébrale (M. Rosenzweig et coll., 1972 ; D. H. Hubel et T. N. Weisel, 1977 ; B. Will, 1977). Selon sa richesse ou au contraire sa pauvreté en stimulations relationnelles, l'environnement favorise ou entrave, chez le jeune enfant, le développement de compétences déjà présentes virtuellement chez lui à la naissance (T. B. Brazelton, 1961, 1971, 1981 ; T. G. R. Bower, 1977).

Nous pouvons aisément imaginer les implications de telles découvertes dans le domaine de la thérapeutique et dans celui des apprentissages quels qu'ils soient.

Dans cette perspective, je m'appuierai sur les concepts de Donald W. Winnicott, relatifs à la genèse de la vie psychique de l'enfant, en tant que référence théorique qui vient sous-tendre la démarche de soins dans laquelle s'inscrit l'Institut Le Grézan pour répondre aux difficultés rencontrées par les adolescents dysharmoniques.

En effet, le remaniement de la personnalité qui intervient à l'adolescence, dépend essentiellement de la qualité des bases qui ont été posées durant la période si riche, mais si vulnérable également, de la première enfance.

1.1. L'espace potentiel : un entre-deux.

Donald W. Winnicott (1896-1971) est un pédiatre et psychanalyste anglais qui, par sa personnalité et son œuvre, a marqué profondément l'évolution contemporaine de la psychanalyse.

Son apport à la théorie, à la psychopathologie et à la clinique psychanalytique, ne se laisse pas aisément formaliser : d'abord parce que sa pensée est foncièrement opposée à une conceptualisation achevée ou totalisée, ensuite parce qu'elle associe intimement clinique et théorie (ce qui en fait à mon avis la richesse, mais aussi la difficulté), enfin parce que les concepts qui y sont repérables sont eux-mêmes essentiellement interdépendants, chacun renvoyant à tous les autres.

L'« espace » du développement psychique dont Winnicott fait son champ d'investigation est constitué très précisément par les toutes premières années de la vie de l'enfant et du rapport entre celui-ci et son environnement, par le temps qui précède l'établissement d'une personnalité suffisamment distincte du monde extérieur.

Ainsi, le thème majeur de la pensée de Winnicott concerne l'interaction entre un sujet naissant et son entourage. C'est sans doute lui qui a mis, le plus clairement, l'accent sur l'influence de l'environnement et des soins maternels dans le processus de personnalisation.

Dans son ouvrage, « Jeu et Réalité », Winnicott énonce l'existence d'un espace potentiel entre l'individu et l'environnement. Cet espace, unit et sépare l'enfant et sa mère. Lorsque l'amour de la mère se révèle et se manifeste par la communication d'un sentiment de sécurité, le bébé éprouve un sentiment de confiance dans l'environnement. « *L'espace potentiel entre le bébé et la mère, entre l'enfant et la famille, entre l'individu et la société ou le monde, dépend de l'expérience qui conduit à la confiance* »¹⁷

Ainsi, là où se rencontrent confiance et fiabilité, il y a un espace potentiel, une aire de jeu, une aire d'expérimentation, un espace transitionnel d'échange que l'enfant, l'adolescent peut remplir créativement, « *ce qui deviendra ultérieurement l'utilisation heureuse de l'héritage culturel* ».18

Si la séparation mère-enfant se fait dans la compréhension, dans une mise en mots, la mère ouvre alors à son enfant une aire de jeu à la mesure de la sécurité qu'elle instaure.

Au contraire, si le sentiment de confiance combiné à la fiabilité est insuffisant ou inexistant, l'espace potentiel ne compte pas. De ce fait, l'enfant ne peut se réaliser dans la détente. Ainsi, lorsque l'environnement est défavorable et qu'il ne sait ou ne peut coordonner ses offres avec les demandes de l'enfant, un clivage profond vient s'établir en celui-ci, pouvant constituer la source de toute pathologie ultérieure.

Winnicott affirme, toujours dans « *Jeu et Réalité* » que la discontinuité de la fonction de maintenance « *handling* » des soins maternels porte atteintes au sentiment de « *continuité d'existence* » et crée des « *traumatismes* » dont la répétition endommage, à long terme la cohésion du moi, même si l'enfant n'a pas subi une suite de séparations dans la réalité, au cours de ses premières années.

¹⁷ WINNICOTT D. W., *Jeu et réalité l'espace potentiel*. Editions Gallimard, 1975. p 143

¹⁸ Id p150

Cette discontinuité s'exprime soit de manière évidente lors de placements, de changements de figure maternelle ou d'hospitalisation mais le plus souvent pour les adolescents qui nous concernent, elle se manifeste de façon beaucoup plus insidieuse.

Certaines mères qui sont en proie à des difficultés personnelles, ne sont pas en mesure d'assurer les soins nécessaires au bon développement du nourrisson. Elles ne savent être « *suffisamment bonnes* » pour permettre à leur enfant de se construire un Moi « *suffisamment fort* ». Elles ne prennent pas en compte ou trop en compte leurs besoins. Elles privilégient leur propre économie au détriment de leur nourrisson. Elles agissent selon leurs mouvements propres qui sont souvent en contradiction avec ceux de l'enfant.

Les modes de relations, induits par ces mères, confrontent l'enfant à des expériences insécurisantes. Les réponses inadéquates sont perçues comme l'intrusion d'une réalité dangereuse. Très tôt, naît chez l'enfant, le sentiment de mauvaise qualité de soi.

Dans ce contexte d'insécurité, les sensations, les activités qui émergent entre le nourrisson et sa mère ne peuvent faire lien dans la lutte contre les angoisses de séparation.

Toujours selon Winnicott, face à l'agressivité normale de l'enfant qui tend à se décharger sous forme de motricité pure, il est indispensable que l'environnement réponde par un certain degré d'opposition nécessaire à la bonne santé de l'enfant. La mère doit adopter une attitude d'empathie qui doit à la fois favoriser un soutien du Moi et instaurer des barrières fermes au moment opportun.

La mère de l'enfant dysharmonique n'a pas pu réaliser cette double fonction. C'est pourquoi les comportements agressifs de ce dernier ont pour fonction de rétablir le sentiment d'exister à travers les heurts avec l'environnement.

Par ailleurs, le père, lorsqu'il est présent, n'est pas en mesure d'assumer une fonction séparatrice, protectrice et organisatrice qui infléchirait les premières tendances pathologiques de l'enfant dans un sens favorable.

Il n'est pas en mesure non plus de donner appui à des identifications oedipiennes positives. Ceci en raison de sa personnalité propre, souvent faible, déséquilibrée, dévalorisée, disqualifiée soit socialement soit par la mère de l'enfant.

Cette maîtrise de la mère associée à la défaillance du père introduit un déséquilibre qui marquera profondément l'organisation psychique de l'enfant. Celui-ci développera, la plupart du temps, une structure dysharmonique.

1.2. L'accueil thérapeutique.

La création d'un lieu d'accueil thérapeutique peut constituer une réponse aux manifestations symptomatiques des adolescents dysharmoniques, en terme de lieu contenant et sécurisant. Il s'agit de leur proposer, un espace intermédiaire d'expérimentation fiable pour qu'un sentiment de confiance puisse s'instaurer.

Je pense que divers outils (accompagnements, consultations, activités structurées et rythmées) en individuelles ou en collectif très restreint peuvent y participer. En effet, elles donnent à chaque adolescent la possibilité de jouer et d'expérimenter, sous des formes différentes et sur diverses personnes, au travers de mises en acte d'abord, de jeux et d'activités plus élaborées et d'entretiens ensuite, les idées angoissantes vécues comme menaçantes, les angoisses d'abandon et de perte, la souffrance et les frustrations. Tout cela peut être recueilli par une équipe interdisciplinaire qualifiée, sans entraîner ni rejet, ni rupture. La triangulation oedipienne qui n'a pas pu se réaliser, jusqu'alors, peut être remise en scène avec les éducateurs, à travers les relations transférentielles, base et support du travail thérapeutique.

Myriam David pédo-psychiatre, fondatrice du Centre familial d'Action Thérapeutique de l'Association pour la santé mentale et de l'unité de soins spécialisée pour les jeunes enfants de la Fondation Rothschild, donne une importance toute particulière à « *l'accompagnement thérapeutique* ». Il s'agit d'« *accompagner l'adolescent dans des situations concrètes qui concernent directement sa vie et qui sont chargées d'émotions* »¹⁹. La présence de l'adulte lui permet d'aborder les passages, d'appréhender l'inconnu, de se confronter à des situations nouvelles sereinement, sans risque et ceci grâce à la fiabilité et à la relation de confiance qui s'est instaurée entre eux. L'accompagnateur est un témoin attentif et empathique, comme toutes les personnes qui participent au cadre de vie de l'adolescent.

Par ailleurs, les travaux et activités liés à la vie rurale sont autant d'étapes à une relation duelle structurante. Articulés au temps, aux saisons, ils donnent du sens au temps qui passe, et favorisent ainsi la constitution de repères essentiels.

De plus, la transmission d'un savoir faire trans-générationnel, inscrit l'adolescent dans une dimension culturelle et créative.

¹⁹ DAVID M. *Le placement familial. De la pratique à la théorie*. 5^e édition Paris : Dunod, 2004 p 347

1.3. L'écoute individuelle de l'enfant.

Maurice Berger, pédo-psychiatre et psychanalyste de renommée internationale pour ses travaux scientifiques dans le domaine de la protection de l'enfance, considère que l'écoute de l'enfant par les intervenants de proximité est insuffisante.

Il préconise, notamment pour les enfants et adolescents souffrant de défaillances parentales, la mise en place d' « *un dispositif d'écoute individuelle* »²⁰, se produisant à un moment et dans un lieu déterminé avec une personne référente, éducateur ou infirmier psychiatrique. « *Cette écoute, si elle est d'essence psychothérapique, est à la fois différente d'une psychothérapie et de l'écoute habituelle des éducateurs effectuant un travail socio-éducatif.* »²¹

Elle s'adresse aux enfants et adolescents qui ne sont pas en mesure de commencer une psychothérapie avec un thérapeute extérieur. Elle leur permet de s'engager dans une relation fiable, résistante, attentive, avec un adulte mais aussi de penser sur ce qu'ils ressentent. Cette démarche nécessite la présence de personnels qualifiés et formés à cette pratique.

En ce qui concerne l'enfant ou l'adolescent dysharmonique, le recours à l'intervention des services de pédo-psychiatrie s'avère, à mon sens, incontournable. La complémentarité des différents services médico-sociaux et pédo-psychiatriques, chacun intervenant dans son champ, vient alors servir le projet individuel de l'adolescent.

2. L'accueil familial : un dispositif de soins

Comme je l'ai explicitée en amont, les adolescents dysharmoniques souffrent souvent d'une carence de soins liée à un dysfonctionnement de la fonction parentale précoce.

L'accueil familial peut constituer une réponse complémentaire à un lieu d'accueil thérapeutique en journée. « *Le placement familial conquiert alors sa place parmi les diverses techniques de réadaptation d'un enfant, vivant dans un milieu ou une famille qui ne lui est pas favorable ou qui concourt à la structuration de sa pathologie ; il apparut*

²⁰ BERGER M. *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris : Dunod, 2003. p 96

²¹ Id

*même comme une thérapeutique spécifique qui pouvait être efficace à elle seule, pouvait favoriser ou rendre possible les autres traitements, la psychothérapie par exemple ».*²²

L'accueil en famille apporte ainsi à ces adolescents, des éléments nécessaires et indispensables à leur développement :

➤ Les soins quotidiens dispensés avec affection et régularité, qui leur assurent confort et sécurité.

➤ Un cadre de vie bien structuré avec ses rythmes, ses habitudes, ses systèmes de valeurs, qui leur permettent d'établir ou de rétablir des liens.

➤ Un environnement social, en leur proposant une communauté, en les aidant à en découvrir les ressources et à s'engager dans des relations sociales diversifiées.

➤ Une sécurité de base.

La stabilité et la continuité, ainsi que la présence de figures parentales structurantes concourent à la construction psychique de ces adolescents.

Il me semble essentiel de conserver en mémoire que « *le séjour d'un enfant en famille d'accueil, est un temps de vie, relié au passé et ouvert sur l'avenir, qui prend en compte son identité personnelle et familiale par un soutien de ces capacités de découvertes et d'autonomie et par le respect de la place de ses parents* ».²³

Au delà de sa participation au bien être et au développement de l'enfant, la famille d'accueil est garante de son histoire. Elle se situe à l'endroit du lien, et de la continuité, dépositaire de la double appartenance de l'enfant, à deux familles. C'est par l'instauration d'une communication authentique avec l'enfant qu'elle pourra favoriser le développement de ses capacités relationnelles. En effet, se sentant reconnu, il pourra s'exprimer et se poser.

²² SOULE M. In Préface de DAVID M. *Le placement familial. De la pratique à la théorie*. Paris : Dunod, 2004. p XVIII

²³ CEBULA J- C *Guide de l'accueil familial*. Paris : Dunod, 2000. p 36

2.1. Du placement nourricier à l'accueil familial.

Le concept d'accueil familial, s'origine dans une histoire qui n'est pas née d'aujourd'hui.

Les services d'accueil familial ont de lointains ancêtres tels « *les placements nourriciers* » de l'assistance publique. La fonction première de la nourrice était d'allaiter et de pourvoir aux besoins fondamentaux du nourrisson. La disparition du mot « *nourricier* » atteste de l'évolution de l'attente à l'égard du placement. Elle n'est plus uniquement alimentaire et elle peut s'adresser aussi à des enfants plus âgés.

Depuis le début des années 1990, la terminologie d' « *accueil familial* » s'est peu à peu substituée à celle de « *placement familial* » en cours. En effet, afin de se démarquer du passé, le concept de « *placement* » lié à l'idée de placer et de déplacer des enfants dit « *de la DDASS* », est écarté au profit de la notion d' « *accueil* ». Ce dernier fait référence à l'attention, aux soins, à la sollicitude d'une famille.

L'histoire de placement d'enfants témoigne de la difficulté de la société à trouver une solution de substitution pour prodiguer les soins nécessaires à l'enfant lorsque sa famille n'est pas en mesure de le faire. On peut noter ainsi quatre périodes qui traduisent l'évolution des différentes conceptions concernant les placements d'enfants :

- Pendant des siècles, l'objectif est d'une part de protéger les enfants contre les infanticides, d'assurer la survie des enfants abandonnés et d'autre part de les préserver des mauvais traitements des nourrices notamment par des dispositions législatives et réglementaires de surveillance.

- A la fin du XVIII^{ème} jusqu'au XX^{ème} siècle, se développe progressivement une politique nationale d'assistance à l'enfance en danger sous forme de placement. Les enfants abandonnés mais aussi, ceux des milieux défavorisés sont alors concernés. Ces mesures peuvent être proposées, conseillées ou imposées lorsque l'enfant est en danger.

- Au milieu du XX^{ème} siècle, parallèlement à une politique novatrice de protection de l'enfance (ordonnances de 1945 et article 375 du code civil), les placements sont alors radicalement remis en question, leur pertinence pour tous les enfants est réinterrogée.

- Cette prise de conscience présage d'une dernière étape qui s'amorce de 1965 à nos jours. Elle pointe la nécessité de compléter l'accueil d'un enfant dans une famille par des mesures thérapeutiques.

Dorénavant, l'accueil familial, ainsi soutenu par un accompagnement thérapeutique spécifique continu, est reconnu en tant que *dispositif de soins*²⁴. La souplesse d'utilisation de cette modalité permet d'organiser des réponses individualisées à des difficultés singulières, en proposant une prise en charge à temps complet ou à temps partiel, concourant ainsi à l'élaboration d'un projet global de soins.

L'idée de l'accompagnement et du soutien des familles d'accueil a fait son chemin. « *Toutes les familles d'accueil ont des forces avec lesquelles on peut travailler, des faiblesses avec lesquelles il faut composer et des points ou des périodes de vulnérabilité pour lesquelles ou pendant lesquels elles ont besoin d'être soutenues* ». ²⁵

L'accueil familial est un art difficile où se mêlent professionnalisme et affectivité. Il met en jeu certains phénomènes qui peuvent à la fois participer à la restructuration de la personnalité ou alors produire l'effet inverse. Il en est ainsi de la relation d'attachement.

2.2. Le concept d'attachement.

Le Dr John Bowlby, expert à l'O.M.S. en 1952, a étudié les effets du placement des enfants hors de leur famille. Il définit l'attachement comme un lien se construisant avec des figures parentales dans un but de protection, de réconfort et de soutien.

« Aujourd'hui, le concept d'attachement fait l'unanimité chez les spécialistes de la petite enfance : l'attachement des enfants aux figures parentales est reconnu comme un processus psychologique inné qui orientera les relations de l'être humain avec son environnement, de la naissance à la mort ». ²⁶

La disponibilité de la figure parentale, par sa présence, sa sensibilité aux signes d'appel de l'enfant, sa capacité à développer une sollicitude bienveillante et porteuse de sens sont les facteurs constitutifs du lien d'attachement. C'est parce que les adultes sont perçus comme suffisants, aimants, dignes de confiance et fiables que l'enfant pourra être en mesure de se représenter lui-même comme une personne compétente et digne d'être aimée.

²⁴ DAVID M. *Le placement familial. De la pratique à la théorie.* 5^e édition Paris : Dunod, 2004

²⁵ Id p 305

²⁶ CEBULA J- C *Guide de l'accueil familial.* Paris : Dunod, 2000. p 93

Lorsque le lien d'attachement est distordu comme c'est souvent le cas pour les adolescents dysharmoniques, le recours à une séparation physique s'impose. Il s'agit de mettre en place les moyens d'un traitement adapté.

L'accueil familial est un dispositif qui génère de l'attachement. La difficulté pour la famille d'accueil est de fournir à l'enfant les conditions d'une relation suffisamment stable, fiable et structurante pour permettre aux mouvements affectifs de l'attachement puis du détachement de se vivre. Pour ce faire, elle est contrainte de mettre en jeu, ses affects, ses émotions au sein de sa sphère privée.

Afin de réajuster leur action, le suivi et l'accompagnement de la famille d'accueil par une équipe interdisciplinaire me paraissent indispensables, notamment par des rencontres régulières formalisées, par l'existence de temps de régulation et d'analyse des pratiques.

C'est ainsi que la famille d'accueil, l'équipe thérapeutique et la famille constituent un triptyque soignant. Le partage des fonctions, la disparité des formations permettent d'assurer à l'enfant, ou à l'adolescent, le bien être, l'optimisation de son développement, l'éducation et les soins nécessaires à son épanouissement.

Les parents occupent une place tout à fait fondamentale dans le projet global de soins de l'enfant ou de l'adolescent.

2.3. Créer ou préserver un espace réel pour l'enfant dans sa famille.

Bien souvent, on a coutume d'accoler au mot « famille », divers qualificatifs : naturelle, biologique, d'origine, légitime, génitrice, d'adoption...J'utiliserai ici le mot famille pour désigner les pères et mères, repérés et repérables dans une filiation, qu'il est indispensable de prendre en compte.

Les familles des adolescents accueillis en ITEP, vivent souvent douloureusement, l'orientation en secteur spécialisé. Elle constitue pour eux, comme je l'ai souvent constaté lors des visites d'admission, une mise à l'écart.

En effet, leur enfant a été repéré, désigné, voire signalé et eux aussi sont d'une certaine manière signalés. Ils se sentent stigmatisés à l'endroit de « l'incompétence » de leur enfant qui rejait par ricochet sur eux.

Lorsque la séparation thérapeutique s'avère nécessaire, le médecin psychiatre pose une indication d'internat. Cette intervention sur les temps familiaux vient rivaliser avec leurs prérogatives parentales.

Si les difficultés de leur enfant sont telles que l'accueil familial constitue la réponse la plus adaptée, ils se vivent alors comme les mauvais parents impuissants et incapables, ceux qui ont échoués. Leur adhésion à ce projet engendre, la plupart du temps, une blessure d'ordre narcissique.

L'accueil familial mobilise affectivement. C'est pourquoi, il est générateur de rivalité, d'antagonisme et parfois de conflits. Les parents vivent dans la hantise de l'appropriation de leur enfant par la famille d'accueil, de la perte de leur reconnaissance parentale. Ils éprouvent de la culpabilité à voir une autre famille apporter soins et éducation à leur enfant.

Aussi, il apparaît nécessaire de promouvoir un accompagnement pour ces familles afin de prendre en considération leurs affects et de préparer dès le début de la séparation le retour de l'enfant dans sa famille. Il s'agit de travailler auprès des parents afin de créer un espace réel pour leur enfant, que celui-ci puisse y occuper une place qui concoure à son équilibre psychique.

3. Le réseau et la pertinence inter-institutionnelle

3.1. Le réseau : un outil pour promouvoir l'innovation.

La loi 2002-2 favorise d'une part la constitution de réseaux de compétences et invite d'autre part à une remise en question des schémas de pensée et d'action sur le terrain donc à innover. « *L'action sociale territorialisée repose sur la prise en compte de l'unicité des personnes et sur la nécessité d'une approche de la globalité. Elle introduit la transversalité comme mode de résolution des problèmes et appelle la contribution des acteurs, la mobilisation des ressources disponibles dans un dispositif d'intervention* ». ²⁷

Le réseau est une forme de coopération et de coordination. Il rassemble un certain nombre de professionnels qui ont choisi de mettre en commun des compétences diverses afin de répondre au plus près des besoins des usagers qu'ils ne peuvent satisfaire seuls, car face à leurs limites institutionnelles. Il permet ainsi d'inventer des réponses originales s'appuyant sur le potentiel professionnel de chacun. Seules une coordination étroite et une mutualisation des moyens peuvent permettre d'élaborer des solutions plurielles.

²⁷ LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. 2^{ème} édition Paris : Dunod, 2003. p 55

Ainsi, la question de la prise en charge des adolescents mineurs en grande difficulté, présentant des pathologies psychiques de plus en plus graves, préoccupe l'ensemble des secteurs social, médico-social, psychiatrique et judiciaire. Un nombre croissant d'adolescents met à mal les différents services et institutions qui n'ont parfois aucune autre alternative que l'hospitalisation d'urgence en psychiatrie adulte. Celle-ci vient surseoir, mais de façon inadaptée et provisoire à une offre de service inexistante, qui pourrait être ciblée sur les besoins ponctuels ou à plus long terme de ces adolescents.

Il ne s'agit pas de penser un dispositif qui viendrait comme un lieu rebut ou se concentrerait les adolescents incasables mais plutôt comme un outil supplémentaire à disposition des structures, comme un lieu ressource pour ces adolescents : une pause balisée dans le temps. Celui-ci s'inscrirait dans une démarche innovante dans le droit fil de la loi de rénovation sociale. « *Les services de l'action sociale, des services publics et privés, sont invités à prendre des risques, à développer des logiques d'acteurs non contraints seulement par les cadres institués, mais qui témoignent de potentiels d'expérimentation de projets dans l'accompagnement et le développement des missions* ». ²⁸

3.2. La prise en charge inter-institutionnelle : une dynamique interactive

La prise en charge inter-institutionnelle se conjugue comme les interventions interdisciplinaire c'est à dire en interaction. Il s'agit de substituer aux interventions juxtaposées, des interventions complémentaires psycho dynamiques dans la recherche d'une dimension soignante d'ensemble.

Les ITEP déclinent, à missions identiques, des approches différentes. Certains aspects de l'offre de service d'ITEP voisins, peuvent à un moment donné, correspondre à un besoin, servir de passerelle, voire de relais dans le parcours d'un adolescent, sans pour autant nécessiter sa réorientation et rompre les liens relationnels qu'il a tissé.

Ainsi, *Éric* possède un niveau scolaire qui lui permettrait de suivre une sixième en collège. Or, sa structure abandonnique, l'amène à adopter en permanence des conduites d'échecs, suscitant le rejet. Il a besoin d'un environnement tolérant et adapté.

Par ailleurs, il a noué avec l'équipe thérapeutique, éducative et pédagogique de l'Institut Le Grézan un lien structurant.

²⁸ Id p 237

Afin de promouvoir la continuité de sa prise en charge, nous avons signé une convention avec un ITEP voisin qui possède un collège spécialisé en son sein. Une scolarité à plein temps n'est pas envisageable pour *Éric*, il a besoin de « souffler » dans des activités d'expression. Aussi, bénéficie-t-il à l'heure actuelle d'une prise en charge conjointe de nos deux établissements. Ce montage constitue une étape pour *Éric* avant d'envisager une intégration partielle en milieu ordinaire.

L'action inter-institutionnelle vient là se mettre au service de la mise en œuvre d'un projet personnalisé tenant compte à la fois, d'un potentiel qu'il ne faut pas sacrifier et de la persistance des troubles, source d'exclusion.

A l'inverse, l'ITEP en question fait appel à nos services pour des prises en charge séquentielles pour certains adolescents en refus total de scolarité.

Ainsi, la coopération inter- institutionnelle fonctionne depuis quelques années déjà dans le Gard et s'inscrit dans une volonté de développement. Elle permet de promouvoir la cohérence, la continuité et la permanence de la prise en charge. Elle constitue une alternative à la répétition des ruptures.

En ce qui concerne les adolescents dysharmoniques qui nous préoccupent, il s'agit de penser un séjour, dans un lieu d'accueil thérapeutique, qui les autoriserait à rompre avec les processus de discontinuité. La prise en considération de ce qui les a amené à se mettre en danger, à manifester une souffrance qui les rend insupportables à eux-mêmes et à leur entourage (parents, autres enfants, personnel de l'institution), pourrait alors leur permettre, non seulement de s'apaiser mais de penser et d'agir autrement, un regard différent étant posé sur leurs symptômes.

La reconstruction ou la conservation de liens avec l'enfant ou l'adolescent, avec l'équipe de son établissement d'origine, avec son passé et son avenir, doit constituer un axe essentiel de sa prise en charge.

La continuité de la prise en charge peut être assurée grâce au lien maintenu entre les différentes équipes qui préparent son retour. Il ne peut être question d'un placement en urgence, où seraient en jeu les manifestations de rejet, d'exclusion temporaire d'une institution qui répèterait ainsi la violence que souvent l'adolescent a suscité ou subi.

La préoccupation partagée du devenir de l'adolescent, entre un lieu de séjour à visée thérapeutique et l'institution d'origine qui devient aussi l'institution avenir, exclut l'idée de la dernière chance, mobilise les deux équipes autour d'un projet de vie. C'est celui-ci qui permettra à l'adolescent de se projeter dans un ailleurs, ce séjour ne restant qu'une étape dans sa vie.

4. Des conditions optimales à mettre en œuvre

Le constat des limites institutionnelles face à l'évolution d'une population présentant des troubles psychiques de plus en plus graves m'amène à réinterroger les dispositifs existants au regard de la pathologie de ces adolescents et de leurs besoins.

En effet, il est indispensable de prioriser pour les adolescents les plus en difficulté la question du soin et de mettre en œuvre toutes les conditions optimales favorables à la structuration et à l'épanouissement de leur personnalité gravement perturbée.

Ces conditions se déclinent en terme :

- de lieu contenant, sécurisant et fiable, propice à l'émergence d'un espace intermédiaire d'expérimentation,
- de proximité et de prise en charge individuelle,
- de maintien du lien et de continuité,
- de lieu d'écoute et de paroles,
- d'espace et de temps différenciés,
- de modèles identificatoires et de figures parentales structurantes.

L'indication conjointe d'un accueil thérapeutique en petite unité de séjour et d'un accueil familial spécialisé repose sur ces préalables et inscrit ces enfants et adolescents dysharmoniques dans un projet global de soins. Ces modalités constituent une réponse parmi d'autres, adaptée à leur problématique.

Je propose donc la création d'un service constitué d'un Accueil Thérapeutique de Jour adossé à un Centre d'Accueil Familial Spécialisé, ancré dans un réseau inter-institutionnel : le Service d'Accueil Thérapeutique (SAT), comme hypothèse de résolution de la problématique initialement posée.

CHAPITRE III : LE SERVICE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE

1. Un projet de restructuration pour optimiser l'offre de services.

La création du Service d'Accueil Thérapeutique (SAT) prend en compte la problématique des adolescents dysharmoniques en grandes difficultés qui se trouvent à la marge des dispositifs existants. Il s'inscrit dans une volonté de restructuration de l'Institut le Grézan.

En effet, il s'agit de prendre en considération, dans sa globalité, l'évolution de l'ensemble de sa population vers des pathologies de la personnalité. C'est pourquoi, le nouveau projet institutionnel, doit apporter des réponses encore plus adaptées au sein même de l'offre de services déjà existante et inventer des modalités innovantes afin de déplacer les limites institutionnelles.

Cette réflexion autour des adolescents les plus en difficulté, nous a conduit à repenser les prestations proposées par l'établissement non plus comme une palette diversifiée mais comme un dispositif inter-actif prenant en compte à un moment donné une histoire évolutive.

Ce dernier doit pouvoir répondre à une cohérence de prise en considération de la gravité et de la complexité des pathologies mais aussi des différentes étapes possibles dans un parcours singulier d'enfants ou d'adolescents.

Il doit développer une logique de passerelles, de relais, inscrivant l'adolescent dans une dynamique d'évolution au plus près de ses besoins, en tenant compte de ses aspirations. Il s'agit là d'accompagner chaque enfant et adolescent accueillis à l'Institut le Grézan dans un projet global de soin individualisé.

Pour ce faire, j'envisage la création, par restructuration et extension de l'Institut le Grézan, d'un « Dispositif d'Accueil Thérapeutique ». Ce dispositif apportera des réponses graduelles et complémentaires aux enfants et adolescents quelle que soit la nature de leurs difficultés.

Le Dispositif d'Accueil Thérapeutique de l'Institut le Grézan sera constitué par :

- le Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) de 15 places,
- l'Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique (ITEP) de 46 places,
- le Service d'Accueil Thérapeutique (SAT) 12 places.

Offre de service avant restructuration

ITEP LE GREZAN	SESSAD LE GREZAN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 18 places internat garçon 11 à 20 ans ➤ 34 places semi internat mixte de 11 à 20 ans ➤ 35,59 ETP dont 17,00 ETP socio-éducatif ➤ Ratio d'encadrement : 0,685 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 15 places mixtes 5 à 20 ans ➤ 5,39 ETP dont 2,25 socio-éducatif ➤ Ratio d'encadrement : 0,36

Offre de services après restructuration

DISPOSITIF D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE DE L'INSTITUT LE GREZAN		
ITEP	SESSAD	SAT
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 18 places internat garçon 11 à 20 ans ➤ 28 places semi internat mixte de 11 à 20 ans ➤ 37,09 ETP dont 18,50 ETP socio-éducatif ➤ Ratio d'encadrement : 0,806 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 15 places mixtes 5 à 20 ans ➤ 5,39 ETP dont 2,25 ETP socio-éducatif ➤ Ratio d'encadrement : 0,36 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 12 places mixtes 8 à 16 ans • Accueil Thérapeutique de Jour : 12 places ➤ 11,20 ETP dont 7,50 ETP socio-éducatif ➤ Ratio d'encadrement : 0,93 • Centre d'Accueil Familial Spécialisé : 8 places ➤ 9 ETP ➤ Ratio d'encadrement : 1,12

La mise en œuvre du Dispositif d'Accueil Thérapeutique de l'Institut le Grézan est subordonnée aux nécessaires évolutions et adaptations des pratiques actuelles et à la création du Service d'Accueil Thérapeutique (SAT) développée dans ce chapitre.

Le SESSAD

Tout d'abord, le SESSAD poursuivra des actions de proximité, orientées vers le soutien à la *scolarisation* et à l'acquisition de l'autonomie.

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées met en avant la scolarisation de l'enfant et supprime les termes d'« *intégration scolaire* » et d'« *éducation spéciale* »²⁹ L'accompagnement médico-social, conserve ici toute sa place mais requiert d'autres modalités, intermédiaires, diversifiées, souples et modulables en fonction des difficultés et des potentialités repérées, pour des enfants qui, jusqu'à présent, relevaient d'une prise en charge en établissement. Pour ce faire, le SESSAD du Grézan développera des passerelles et une offre de service commune avec l'ITEP : temps partiel, alternance, scolarisation progressive, transitions, relais, pôle ressource.

Je souhaite aussi promouvoir :

- un partenariat avec l'Education Nationale dans le respect des compétences et de la place de chacun afin d'accompagner l'enfant dans son « *projet de scolarisation personnalisé* »³⁰,
- une mutualisation des savoir-faire, notamment par le développement du réseau déjà existant avec les autres SESSAD du secteur.

L'ITEP

Parallèlement, l'ITEP qui accueille 57 % d'adolescents présentant des dysharmonies évolutives, doit au regard des données cliniques explicitées dans le chapitre précédent :

- favoriser au maximum l'individualisation de la prise en charge et la constitution de petits groupes,
- éviter la concentration d'un grand nombre d'enfants dans un même lieu,

Aussi, pour améliorer la qualité de la prise en charge de ces adolescents, je prévois :

- de diminuer de 6 places le nombre d'adolescents sur l'ITEP,
- d'augmenter l'effectif en personnel de l'ITEP de 1,5 ETP éducatif.

²⁹ ANDRE S., La scolarisation des personnes handicapées. *ASH* juin 2005 n°2413

³⁰ Id.

Le ratio d'encadrement insuffisant de 0,685 sera ramené alors, à un taux normatif par rapport aux autres ITEP du Gard, soit 0,806 pour 0,813. Ce qui permettra l'encadrement de proximité indispensable aux enfants présentant des troubles de la personnalité.

L'incidence financière sur le prix de journée a été validée par l'autorité de contrôle dans le cadre de la politique de convergences tarifaires, le prix de journée moyen de l'ITEP étant jusqu'à présent inférieur à la moyenne départementale (soit un prix de journée de 245€)

Par ailleurs, nous menons, en équipe interdisciplinaire, une réflexion sur la question de l'architecture du site du Grézan et de l'aménagement de ses locaux. Il s'agit de constituer pour ces enfants, de plus en plus déstructurés, un espace rassurant, contenant, et structurant. La réfection complète de certains locaux est prévue pour 2007. Deux commissions, constituées d'une part de professionnels interdisciplinaires et d'autre part d'enfants, d'adolescents, d'éducateurs, de l'ergothérapeute et du psychologue, participent pleinement à cette dynamique de réflexion et de conception sous le pilotage de l'équipe de direction.

Le SAT

Enfin, la création du Service d'Accueil Thérapeutique répond à une nécessité repérée et analysée, pour les adolescents en grandes difficultés, en marge des dispositifs existants à l'Institut le Grézan, mais aussi de tous les ITEP du Gard.

Cette initiative est née d'une réflexion institutionnelle sur l'adaptation de nos pratiques et de notre souci constant d'apporter une prestation en adéquation avec les problématiques des enfants et adolescents qui nous sont confiées. Cette élaboration en interne a débouché sur un travail commun entre tous les ITEP du département. En effet, la situation critique de ces enfants concerne tous les directeurs d'ITEP. Devoir se séparer d'un adolescent parce que nous ne pouvons plus assurer sa sécurité, celle de ses camarades ou celle des salariés, malgré nos multiples tentatives, n'est acceptable pour aucun d'entre nous.

A l'occasion de ce projet, nous avons pu évoquer certaines situations d'enfants bien connues de tous. Ces derniers écumant nos établissements, les uns après les autres, pour finalement se retrouver sans aucune prise en charge. Ils sont remis alors à une famille en plein désarroi, sans autre alternative pour prendre en compte la pathologie de leur enfant.

Selon les données, recueillies auprès des 8 ITEP du département sur les exercices 2003 et 2004, 13 et 16 prises en charge d'enfants et adolescents présentant des troubles de la personnalité se sont interrompues, sur décision du chef d'établissement, faute d'une solution momentanément plus appropriée pour eux.

Par ailleurs, une enquête de besoins réalisée en 2005, dans le cadre de l'association départementale de l'AIRe, révèle que parmi les jeunes accueillis en ITEP, au moins 15 relèveraient, d'après les diagnostics des médecins psychiatres des établissements, d'une prise en charge particulière de proximité, en petite unité de séjour, avec une dimension thérapeutique prédominante. Dans ce décompte n'apparaissent pas les enfants qui ont déjà fréquentés consécutivement plusieurs ITEP et qui se trouvent à l'heure actuelle en quête d'une réponse thérapeutique adaptée.

Le SAT satisfera aussi, par les places qu'il va rendre disponibles, au besoin de places supplémentaires en ITEP, mis en avant par le Schéma Départemental Enfance Handicapée 2004.

Le SAT s'inscrira à la fois dans un Dispositif d'Accueil Thérapeutique institutionnel et dans un réseau inter-institutionnel. Il aura une vocation départementale. Il répondra d'une part, à la nécessité de prendre en compte les besoins spécifiques des enfants dysharmoniques et évitera d'autre part, un effet concentrationnaire à l'Institut le Grézan, comme « lieu de présélection » ou « d'anti-chambre » du SAT. Cet effet pervers détournerait le sens même de l'idée fondamentale de relais et de parcours singulier, à l'origine de notre projet et partagé par tous nos partenaires.

2. Le SAT : un outil complémentaire dans un Dispositif d'Accueil Thérapeutique.

2.1. Cadre général

Le SAT s'adressera aux d'enfants et adolescents présentant des dysharmonies évolutives graves, bénéficiant d'une notification d'orientation CDES en ITEP, mais pour lesquels les modes opératoires existants n'apportent pas de réponses satisfaisantes, compte tenu des éléments de structuration de leur personnalité développés en amont.

Il s'agit :

1. des enfants et d'adolescents déjà en ITEP mais qui s'y trouvent en très grande difficulté,
2. des enfants suivis au préalable par les services de pédo-psychiatrie dont l'importance des troubles risquerait de mettre en échec une prise en charge traditionnelle en ITEP, souvent prévue par défaut d'autres modalités. En effet, la fragilité de ces enfants bénéficiant jusqu'alors d'une prise en charge thérapeutique très individualisée, en adéquation avec des troubles sévères de la personnalité, n'autorise pas d'emblée, comme nous l'avons trop souvent constaté, une insertion

dans un ITEP (confrontation à une collectivité, à des règles de vie, à une population très hétérogène). Le SAT peut constituer une étape, un sas permettant ultérieurement l'intégration en ITEP. Cette alternative permettra d'anticiper des manifestations réactionnelles d'angoisse et de survie qui ne manqueraient pas de surgir dans un environnement vécu comme insécurisant.

Une des conditions optimales favorables à la structuration et à l'épanouissement de la personnalité de ces enfants, se décline en terme de prise en charge de proximité. Elle requiert nécessairement un effectif réduit d'enfants et un encadrement conséquent.

Afin de garantir à la fois un groupe restreint et la viabilité financière du projet, le SAT accueillera 12 enfants et adolescents des deux sexes âgés de 8 à 16 ans. Cette tranche d'âge correspond aux besoins repérés dans le département et s'inscrit dans une volonté d'anticipation des risques d'aggravation des symptômes à l'adolescence. Par ailleurs, cet écart d'âge rend la cohabitation possible et laisse toute leur cohérence aux temps collectifs.

L'implantation du SAT constitue un paramètre essentiel qui répond à un choix stratégique sous tendu par deux objectifs :

- Faciliter la mise en place d'un réseau de compétences coordonnées et son articulation avec les partenaires locaux.
- établir une distance articulant à la fois la proximité et l'éloignement. C'est-à-dire une distance géographique acceptable, suffisamment proche pour conserver les liens et la continuité avec les lieux de socialisation, les établissements d'origine et de soins, les familles. Mais aussi, la distance nécessaire pour que chaque adolescent puisse se ressourcer dans un cadre différent des institutions médico-sociales traditionnelles qu'il connaît déjà, par sa dimension, son architecture, son environnement et son mode d'organisation.

Ainsi, le SAT sera implanté à Lédignan, une petite commune rurale, chef-lieu de canton du Gard possédant les infrastructures indispensables à la socialisation (commerces, services, école primaire, collège ...).

Pratique d'accès pour les ITEP du bassin Nîmois (environ 27 Kms) et pour ceux situés à l'ouest du département (environ 25 Kms), cette situation géographique centrale constitue un atout qui nous permettra de travailler avec les services de pédo-psychiatrie d'Uzès (30kms), et d'Alès (17 Kms).

Différentes réunions d'informations et de sensibilisation d'abord, puis des séquences de travail communes nous ont permis à la fois de réajuster, d'amender dans la négociation ce projet de création et de l'ancrer dans une réalité de terrain. Aujourd'hui, conscients des

besoins insatisfaits en matière de prise en charge soignante des adolescents en grandes difficultés, les services de pédo-psychiatrie nous assurent de leur collaboration et de leur engagement dans ce projet de travail en réseau. Nous avons élaboré avec les services concernés et l'Agence Régionale d'Hospitalisation des conventions partenariales qui régiront les modalités concrètes de fonctionnement et d'organisation.

Afin d'informer et de sensibiliser l'environnement social local, j'ai prévu de rencontrer, avec le président du CPEAG, les élus locaux lors d'un conseil municipal. Cette démarche est à mon sens indispensable. L'arrivée de 12 enfants et adolescents en difficulté, sur une petite commune n'est pas à banaliser. La reconnaissance, l'acceptation de leur présence et de leur inscription dans la vie de la commune passe par le respect et la reconnaissance de ses citoyens.

Enfin, le SAT déclinera deux modalités de prise en charge légiférées par les annexes XXIV d'octobre 1989 et le décret du 6 janvier 2005 : accueil d'une part en semi internat au sein d'une petite unité, l'Accueil Thérapeutique de Jour (ATJ) et d'autre part en Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS).

2.2. Un calendrier de fonctionnement et des modalités d'accueil qui favorisent la continuité de la prise en charge

Nous avons pu constater, notamment à l'ITEP, certains effets dommageables sur les enfants particulièrement fragiles, au delà d'une semaine d'interruption de la démarche de soin.

Au niveau du calendrier d'ouverture de l'ATJ, j'ai donc été attentive à ne pas rompre la continuité de la prise en charge thérapeutique. Le service sera fermé uniquement sur des périodes d'une semaine (vacances de printemps, Pâques, Toussaint et Noël) à l'exception du mois d'août. Les enfants et adolescents bénéficieront alors de séjour dans leur famille ou en famille d'accueil selon leur projet personnalisé. Toutefois, une permanence thérapeutique sera assurée en août. Il me semble important de préserver des temps au sein de la cellule familiale durant les périodes où les fratries sont en vacances elles aussi. L'objectif est de conserver la place de ces enfants dans leur famille lorsque cela ne leur est pas préjudiciable et de favoriser le maintien des liens intrafamiliaux.

- La prise en charge en Accueil Thérapeutique de Jour (ATJ) sera donc assurée 43 semaines dans l'année.

- Le Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS) restera ouvert toute l'année, afin d'accueillir ceux qui ne pourront rentrer régulièrement au domicile familial le week-end et durant les périodes de fermeture de l'ATJ,

Chaque situation d'enfant est particulière et requiert des approches qui tiennent compte de cette singularité dans le cadre d'un projet personnalisé souple et modulable.

Ainsi, les enfants et les adolescents seront accueillis selon des modalités et des rythmes différents :

- *En Accueil Thérapeutique de Jour (ATJ) et Placement Familial Spécialisé (CAFS).*
- *En Accueil Thérapeutique de Jour uniquement : (A temps plein ; ou séquentiel):*
Une place restera disponible pour plusieurs enfants selon une planification pré-établie sur du long terme. Elle concernera les enfants pour lesquels la prise en charge en ITEP gardois ou par les services de psychiatrie infanto juvénile se poursuivra. J'anticipe, pour certains, un retour partiel dans leur établissement d'origine, étape intermédiaire parfois nécessaire avant une réintégration totale, pour d'autres une prise en charge thérapeutique complémentaire en hôpital de jour.

2.3. Seule la CDES peut notifier l'Oriantation.

La philosophie du SAT repose sur l'idée de relais et de pause balisée dans le temps. Celle-ci ne doit pas être trop courte car elle s'apparenterait à un séjour de rupture déjà expérimenté avec d'autres objectifs dans le secteur social. Elle ne doit pas être non plus trop longue car le maintien du lien avec l'institution d'origine et le retour de l'enfant seraient difficilement envisageables. La continuité ne peut survivre à une absence trop longue. C'est pourquoi, la durée de la prise en charge au SAT sera déterminée dès l'entrée, entre 6 à 18 mois et figurera dans la notification CDES.

La procédure d'admission exige une attention toute particulière. Il ne s'agit pas de répondre à toutes les sollicitations de situation de détresse. Le SAT n'est en aucun cas un lieu de rupture utilisable pour pallier à l'insuffisance d'infrastructures sociales dans le département. Le SAT assurera une mission bien spécifique qui s'inscrit dans le champ des annexes XXIV et du décret du 6 janvier 2005 relatif aux ITEP. En conséquence, la CDES restera le seul prescripteur. Elle sera relayée par la future *Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées* instaurée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La CDES est un partenaire dont il ne faut pas négliger le rôle essentiel. Elle connaît à travers les allers-retours des dossiers et notifications, l'ampleur des difficultés rencontrées par les ITEP pour assurer une prise en charge adéquate à ces enfants et adolescents

gravement perturbés. Elle se trouve démunie pour proposer une orientation adaptée, et statue dans certains cas par défaut comme nous avons pu le voir dans le chapitre I. C'est pourquoi, je prévois, avec le médecin psychiatre de l'ITEP, des réunions d'informations et de sensibilisation avec l'équipe de la CDES puis avec l'équipe pluridisciplinaire labellisée de *la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées* pour présenter le projet SAT. Je souhaite qu'un travail de partenariat puisse se poursuivre par la suite avec cette commission. Le CPEAG s'est proposé pour se joindre au groupe de réflexions (DDASS, EN et différentes associations) concernant la mise en œuvre de la *maison départementale des personnes handicapées* dans le Gard.

La pertinence des orientations CDES dépendra du caractère lisible et transparent de la spécificité de notre démarche. Notre projet doit donc être clairement explicité et compris par tous les acteurs environnementaux.

La procédure d'admission, constitue une garantie de l'adéquation du projet SAT avec les difficultés des enfants et adolescents accueillis.

2.4. Une procédure d'admission rigoureuse .

Au préalable, l'enfant doit faire l'objet d'une notification CDES en cours de validité, précisant l'orientation en ITEP.

Le directeur et le médecin psychiatre de l'établissement requérant une admission pour un enfant qui lui a été confié posent et argumentent une indication d'orientation vers le SAT, soumise à la CDES. Il s'agit de la conclusion de la réunion de synthèse de l'enfant. Elle fait partie intégrante de son projet individuel. Les visées et objectifs de prise en charge au SAT y sont précisés.

L'équipe interdisciplinaire requérante rencontre une commission de pré admission (chef de service du SAT, médecin psychiatre, psychologue, assistante sociale) .Celle-ci examine l'opportunité de la demande au regard du projet individuel de l'enfant et du projet de service du SAT : l'adéquation des objectifs recherchés avec les moyens et les conditions d'accueil du SAT. Elle reçoit ensuite, l'enfant et sa famille ou ses responsables légaux, évalue la nature de leur demande et de leurs attentes respectives. L'accord de la famille est obligatoirement requis.

L'admission peut être prononcé à tout moment sous réserve du nombre de places disponibles. Elle ne peut être envisagé que dans la mesure où l'établissement requérant s'engage à assurer la réintégration de l'enfant à l'issue du séjour au SAT. Pour les enfants orientés directement par la CDES, le SAT s'occupera ultérieurement de leur orientation vers un ITEP, un IMP, un IMPRO ou de leur scolarisation en milieu ordinaire.

Les enfants bénéficiant, d'un accueil familial ASE, pourront être orientés vers le SAT sans pour autant quitter leur famille d'accueil, ce qui viendrait faire effraction dans un projet basé sur la permanence et la continuité des liens. Nous négocierons avec ces dernières et l'ASE, soit une mise à disposition provisoire conventionnée, soit un changement d'employeur. En tout état de cause, il est essentiel que ce soit l'intérêt de l'enfant qui prime et non pas les enjeux institutionnels.

« L'admission est prononcée par le directeur après décision de la commission mentionnée à l'article L.242-2 du code de l'action sociale et des familles »³¹

Lors de l'entretien d'admission, nous procéderons à la signature du Contrat de Séjour entre, l'enfant/l'adolescent et sa famille ou son responsable légal, le SAT et l'établissement requérant. Celui-ci fixe les objectifs généraux de la prise en charge, les modalités et le terme, situant clairement les attributions et les responsabilités de chacun. A cette occasion, je remettrai à la famille le livret d'accueil du Dispositif d'Accueil Thérapeutique de l'Institut le Grézan dans lequel nous présentons tous les services et le règlement intérieur du SAT. Un avenant sera joint au contrat dans un délai de un à trois mois. Il déclinera le projet personnalisé de l'enfant.

2.5. L'Accueil Thérapeutique de Jour

L'essence même de l'ATJ est de constituer un lieu paisible, particulièrement accueillant, où chacun des enfants et adolescents pourra se sentir interpellé, voire concerné.

Aussi, il se situera dans une bâtisse de dimension familiale à laquelle sera annexée une basse-cour, quelques animaux domestiques, un rucher, un potager, des cultures liées à la nourriture et à l'entretien des animaux.

Les activités, les travaux agricoles et d'élevage sont autant d'occasions à une relation duelle structurante. Articulés au temps, aux saisons, ils donnent du sens, de la mesure, rythment le temps qui passe, et favorisent ainsi la constitution de repères essentiels liés à la vie rurale et à ses impératifs.

Ainsi prendre soins des animaux, pêcher, jardiner, récolter le miel, effectuer des petits travaux de rénovation et de bricolage, cuisiner, participer aux tâches ménagères, collecter pour son herbier, écrire son journal de bord, offrent autant d'étapes à la création d'espace d'expérimentation au sens de Winnicott. Le rythme, le contenu des activités, les adultes

³¹ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques chapitre 4 section1 article14

présents en nombre suffisant, pour assurer la sécurité des enfants et un accompagnement de proximité, constitueront un cadre contenant, repérant et fiable au sein d'une unicité de temps, de lieu et de personnes.

Par ailleurs, la répartition des enfants en groupes restreints ou en prise en charge individuelle, permettra de réduire les phénomènes symptomatiques développés en groupe par les enfants dysharmoniques. Des relations privilégiées pourront alors s'instaurer support à des identifications structurantes.

Des lieux de paroles et d'expression, seront aménagés afin que l'enfant accède à une parole singulière dans le cadre de temps et d'espace éducatifs et/ou thérapeutiques : entretiens individuels, activités et accompagnements à visée thérapeutiques.

La présence du psychologue clinicien, auprès des enfants avec les éducateurs, dans les tâches et activités du quotidien, sera primordiale. C'est par cette rencontre sur un terrain concret, connu et rassurant, qu'une relation pourra se nouer. On connaît bien la répugnance de ces enfants à se rendre spontanément à des entretiens psychologiques qui les effraient ou les angoissent. Ces liens rendront possibles des rendez-vous individuels, puis ultérieurement l'engagement dans un travail psychothérapeutique. La dimension soignante occupera l'axe central de la prise en charge, étayée en cela par un cadre éducatif contenant.

L'aspect pédagogique se déclinera selon une approche particulière.

En effet ces adolescents sont en rejet de scolarité, ancrés pour la plupart dans un refus de savoir. C'est pourquoi, leur scolarisation ne pourra être envisagée que sous la forme d'une scolarité appliquée aux différents moments traversés : quotidiens, concrets ou/et créatifs. L'expression artistique le permet, nous l'expérimentons quotidiennement à l'ITEP. Ce n'est qu'une fois que l'adolescent aura pu mettre hors de lui ce qui le préoccupe, notamment en l'exprimant dans un acte créatif, qu'il sera en mesure de reconnaître son savoir faire et pourra enfin s'autoriser l'accès aux savoirs.

C'est cette analyse clinique qui me conforte pour confier aujourd'hui la réconciliation de ces adolescents avec les apprentissages à un éducateur spécialisé déjà en poste à l'ITEP, possédant la double compétence d'éducateur scolaire et de plasticien. Les éducateurs techniques spécialisés les accompagneront aussi dans cette démarche à travers différentes médiations inscrites dans la pratique artisanale (menuiserie/ébénisterie, taille de pierre, maçonnerie, apiculture, lutherie, sériciculture, bûcheronnage, jardinage etc.).

La valorisation et la prise de confiance viendront sous-tendre leur action.

Cette conception originale de la scolarité n'empêchera pas la fréquentation, pour ceux qui seront en mesure de le faire, à temps partiel, de l'école ou du collège de Lédignan, selon des modalités d'accompagnement et de soutien bien définies. Des contrats d'intégration scolaire seront alors établis. Une convention partenariale sera signée entre le SAT et l'école primaire, ainsi qu'avec le collège, sous l'égide du service d'Adaptation et d'Intégration Scolaire (AIS) de l'Éducation Nationale.

Par ailleurs tous les enfants et adolescents accueillis au SAT seront inscrit dans les structures scolaires de Lédignan, en référence à 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 : « *Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école la plus proche de son domicile* »

Nous avons programmé avec le chef de service du SAT et le médecin psychiatre, une rencontre avec le proviseur du collège et le directeur de l'école primaire afin de prendre contact, pour se connaître dans un premier temps et pouvoir ainsi, par la suite, faciliter la mise en œuvre d'un partenariat constructif.

Afin de mieux comprendre la nature de la prise en charge au quotidien dans ce dispositif, je me propose de vous présenter une journée type à l'ATJ:

Une journée à l'Accueil Thérapeutique de Jour.

8h30 : réunion technique interdisciplinaire d'organisation de la journée : répartition à la fois souple et précise des tâches et des accompagnements en fonction de l'état conjoncturel de chaque enfant, des activités impératives ou optionnelles.

9h00 : Accueil des enfants accompagnés par leur famille d'accueil. A cette occasion un contact avec l'assistant familial permet de retracer les événements de la veille et de mettre la journée en perspective. Cet accompagnement constitue en soi un acte thérapeutique. Il concourt à assurer la continuité de la prise en charge en créant un lien et un relais biquotidien entre les deux lieux. Il permet à l'enfant de vivre ces passages sans rupture, accompagné en cela par une personne investie et fiable.

Les enfants qui bénéficient uniquement de l'accueil de jour arrivent en taxi de leur domicile, d'un internat d'ITEP voisin ou d'une structure d'hébergement sociale.

9h15 : Activités internes et externes.

Exemple d'Organisation et de ventilation des activités.

Nbre d'enfants	Encadrement	Activité	Objectifs
1	La maîtresse de maison	Marché de Lédignan et préparation du repas de midi	Socialisation et restauration d'une qualité relationnelle avec l'adulte (confiance, respect, prise en compte d'une parole), espace privilégiée de la cuisine
3	1 éducateur technique spécialisé	Soins aux animaux et entretien du potager.	Responsabilisation, respect, notion de prendre soin, confiance. Fonction organisatrice : répartition de parcelles, notion de temps et de processus
1	1 éducateur technique spécialisé	Récolte du miel au rucher	Etayage d'une relation individuelle, réassurance, sécurisation, prudence et gestes techniques, observation, anticipation, transmission d'un savoir faire et être.
1	1 éducateur spécialisé	Accompagnement thérapie à hôpital de jour d'Alès	Accompagnement thérapeutique : aborder les passages, les situations à forte émotionnalité plus sereinement. Fonction de référence de l'éducateur
2	1 éducateur spécialisé	Atelier d'écriture sur informatique	Réconciliation avec les apprentissages, technique et valorisation des compétences
3	1 moniteur éducateur et le psychologue	Atelier rythme et percussion	Restauration de l'estime de soi, création, valorisation, prise de risques .
1	L'infirmier psychiatrique	« Dispositif d'écoute individuelle »	Atelier thérapeutique : mise en mots ou en scène de ressentis ou d'évènements .

12h00 : Repas commun enfants/ensemble du personnel. Il s'agit d'un moment fort d'apprentissage, de socialisation, de partages et d'éveil au goût. Les enfants passent de temps individuels ou en très petit groupe à un temps collectif souvent difficile à accepter pour eux. La présence rassurante des adultes, l'aménagement des locaux, la qualité de la restauration assurée par la maîtresse de maison pourra contribuer à établir des relations où l'agression verbale ou physique, disparaîtra peu à peu. Bien entendu, nous savons que certains comportements ressurgiront dans les moments de crise. Le personnel thérapeutique et éducatif sera présent pour, chacun de sa place, rassurer et contenir l'enfant ou l'adolescent. A cette occasion, je précise que si le cadre est pensé pour favoriser et permettre l'expression des symptômes, souvent marqués par l'excès, je pense qu'il doit être empreint de fermeté quant au respect des règles et de l'autre.

14h00 : Reprise des activités internes et externes. Toujours sur le même principe de relations particulièrement individualisées, les activités diversifiées, les entretiens et les rendez-vous se poursuivent l'après midi à l'ATJ ou dans les environs. Il est essentiel que les enfants en mesure de le faire investissent progressivement des espaces de socialisation dans les clubs, les lieux culturels, sportifs ou de loisirs locaux.

16h00 : Goûter pris en présence de l'assistant familial. Chaque enfant reconstitue sa journée en paroles ou écrit sur son journal de bord avec l'aide des adultes présents. C'est là un moment où chacun se remémore ce qu'il a fait de sa journée, comment il l'a vécu. Celle du lendemain peut être évoquée sans que la séparation ne soit ressentie de façon trop anxieuse.

2.6. Le Centre Familial d'Accueil Spécialisé

L'Accueil Familial Spécialisé se distingue de l'accueil familial social par l'étendue des moyens mis en œuvre : équipe interdisciplinaire, taux d'encadrement renforcé, accompagnement thérapeutique et régulation des familles d'accueil.

Les Centres d'Accueil Familial Spécialisé prennent en charge, dans le cadre des annexes XXIV, des enfants atteints de déficiences intellectuelles ou motrices, inadaptés ou handicapés. Il s'agit d'annexes d'établissements médico-sociaux qui placent en familles d'accueil environ 6 000 enfants orientés par la CDES. Elles développent un accompagnement éducatif et des soins médico-psychologiques complémentaires aux actions éducatives et aux soins dont bénéficient les enfants en journée.

Pour le département du Gard, seul un ITEP possède en 2005 deux places en Accueil Familial Spécialisé. Ce qui vient confirmer le caractère innovant dans le département de cette modalité d'hébergement en ITEP.

Le Centre d'Accueil Familial Spécialisé du SAT sera destiné :

- aux enfants en très grande difficulté qui ne sont pas en mesure de supporter la vie collective dans les lieux d'hébergement institutionnel (ITEP, MECSS). Le médecin psychiatre, préconise alors une indication de séparation à visée thérapeutique du milieu familial, le maintien à domicile leur étant dommageable.
- aux enfants déjà en familles d'accueil de l'ASE, celle-ci ne disposant pas des moyens thérapeutiques nécessaires pour assurer l'accompagnement de proximité des familles, indispensable à la stabilité du placement d'enfants présentant des troubles psychiques graves.

Le CAFS constituera un élément indissociable du dispositif de soins de l'Accueil Thérapeutique de Jour. Cette articulation et la souplesse d'utilisation de cette modalité nous permettront d'élaborer des réponses personnalisées, aux difficultés spécifiques de ces adolescents dysharmoniques, en leur proposant une prise en charge complémentaire, à temps plein ou à temps partiel.

Le CAFS sera organisé autour de 8 familles d'accueil spécialisé et d'une famille relais afin de pourvoir aux congés et aux arrêts maladie des premières. Sa capacité sera de 8 places.

La cohabitation de plusieurs enfants et adolescents présentant des troubles psychiques graves m'apparaît difficilement concevable au sein d'une même famille. En effet, ces enfants requièrent une présence, une grande disponibilité de l'adulte et une vigilance de chaque instant. Chaque famille accueillera donc un seul enfant du SAT. Néanmoins, elle pourra recevoir un autre enfant présentant des difficultés différentes.

Les familles d'accueil habiteront dans un périmètre relativement proche de l'Accueil Thérapeutique de Jour pour des raisons de transport, de proximité et de réseau. Nous avons pris contact avec quelques familles d'accueil, avec lesquels nous avons déjà travaillées et qui sont intéressées pour poursuivre notre partenariat. En effet, en quête de solution pour les enfants dysharmoniques, nous les avons, antérieurement, sollicité en tant que relais et lieu ressource en journée, avec un accompagnement thérapeutique de l'ITEP. Ces expériences se sont révélées plutôt positives pour les adolescents. C'est un des éléments qui a orienté le projet SAT.

La pertinence du choix d'un accueil familial spécialisé pour les adolescents dysharmoniques se justifie au regard des concepts théoriques développés dans le chapitre précédent.

2.7. Le maintien des liens inter-institutionnel : un gage de cohérence et de continuité

L'objectif du SAT est d'assurer la continuité de la prise en charge de l'enfant dysharmonique. Le lien sera donc maintenu entre le SAT et l'établissement requérant un séjour d'accueil pour un enfant qui lui a été confié. Pour ce faire, un travail de partenariat et de collaboration doit se mettre en place.

Le SAT n'est pas une orientation définitive mais un lieu ressource à un moment donné dans le parcours de l'enfant. Aussi, l'ITEP requérant s'engagera, par l'intermédiaire d'une convention avec le SAT, à réintégrer l'enfant ou l'adolescent à l'issue du séjour au SAT. Pour des questions d'activité et de financement des établissements, nous avons convenu,

d'un commun accord avec les ITEP du Gard, de prévoir des séjours dont la fin coïncidera avec la rentrée scolaire. Le retour sur l'ITEP requérant en septembre est rendu possible par le taux de rotation de 30% (données statistiques CREAL Languedoc- Roussillon 2003) que connaissent les ITEP départementaux à cette période de l'année. L'accueil d'un enfant ou adolescent ayant bénéficié du SAT devra alors être anticipé et priorisé par l'ITEP requérant.

Tout au long de la prise en charge de l'enfant au SAT, des rencontres mensuelles entre les équipes interdisciplinaires de l'établissement requérant et du SAT auront lieu, notamment entre les deux éducateurs référents respectifs. Elles seront programmées selon un calendrier élaboré au moment de l'admission. Elles auront pour objet, de confronter les observations cliniques de chacun, de contribuer à trouver ensemble des éléments de réponse, d'échanger sur l'évolution de l'enfant confié et de préparer le retour de celui-ci selon les modalités les mieux adaptées à sa problématique : retour progressif, temps partiel ou plein temps.

Par ailleurs, dans un souci de maintien du lien, l'éducateur référent de l'enfant à l'ITEP lui rendra visite à l'ATJ, à un rythme et une durée définie lors de l'admission mais qui pourront être ajustés au regard de sa problématique et de son évolution.

2.8. Le partenariat avec la pédopsychiatrie : une mutualisation des savoir-faire

Afin de définir des modalités de prise en charge communes pour certains enfants qui le nécessitent, soit dans le cadre d'une alternance complémentaire, soit pour une mutualisation des moyens, nous signerons, comme prévu dans les groupes de travail, une convention avec chacun des services de psychiatrie infanto-juvénile d'Uzès, d'Alès et de Nîmes. Les équipes concernées participeront aux réunions de synthèse de l'enfant.

Compte tenu des difficultés de ces enfants dysharmoniques, la multiplicité des lieux est à éviter. La mise en place d'un « *dispositif individuelle d'écoute* »³², assuré par un infirmier psychiatrique qui bénéficie de la formation appropriée, dans un local de l'ATJ bien identifié et repéré, constituera, sur indication du médecin psychiatre, une réponse tout à fait adapté aux besoins de certains de ces enfants et adolescents.

En conséquence, nous envisageons, par le biais d'une convention avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation, la mise à disposition d'un infirmier psychiatrique une demi journée par semaine à l'ATJ.

2.9. La nécessaire adhésion de la famille de l'enfant

« Les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale sont des acteurs à part entière du processus de développement de leur enfant. Ils sont informés et associés aussi étroitement que possible à l'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement et à son évolution, jusqu'à la fin de la prise en charge, ainsi qu'à l'élaboration du projet de sortie. Leur participation doit être recherchée dès la phase d'admission et tout au long de la prise en charge »³³. Nous avons bien souvent constaté à l'ITEP que les liens de confiance avec les parents sont longs à se tisser. Souvent blessés dans leur fonction parentale, ils se protègent et restent sur la défensive. Par ailleurs, avec la multiplicité des interventions sociales, médico-sociales et/ou psychiatriques, ils multiplient aussi les interlocuteurs et les personnes référentes de leur enfant, jusqu'à confondre les objectifs et les rôles de chacun. Je pense aussi qu'il y a quelque chose d'indécent à demander à ces familles de se raconter, voire de se répandre avec chaque nouvel interlocuteur. Si les enfants dysharmoniques ont besoin de continuité, leur famille aussi. Nous avons vu en amont que c'est au prix de la permanence que la confiance et la fiabilité des relations peuvent s'établir et devenir constructives. C'est pourquoi, l'établissement requérant poursuivra sa mission d'accompagnement et de soutien psychologique de la famille de l'enfant accueilli au SAT. Le maintien de la relation avec cette famille contribuera par ailleurs, à assurer la permanence et la continuité de la prise en charge de l'enfant même en son absence de l'ITEP. L'adhésion de la famille au projet de l'enfant est primordiale, c'est une des conditions requises pour que l'enfant puisse investir et s'approprier son projet, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un accueil familial.

³² Berger M. *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris : Dunod, 2003. p 95

³³ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques, chapitre I section 3.

En effet cette option permettra de garantir la transversalité souhaitée au sein du DAT entre les différents services (Semi Internat, Internat, SESSAD et SAT) et d'assurer ainsi la cohérence et la continuité des prises en charge des enfants et adolescents. « *L'équipe de direction constitue l'espace privilégié de la direction, elle n'enlève en aucune façon la capacité de décider au directeur. C'est un lieu de réflexions, d'examen des priorités, d'analyse du fonctionnement institutionnel, d'élaboration stratégique. Elle permet le maintien de l'unité et la complémentarité des services et la vitalité d'un projet d'établissement* ». ³⁴

Afin de constituer une équipe de direction, je réunirai l'équipe de cadres hiérarchiques du Dispositif d'Accueil Thérapeutique de l'Institut le Grézan à un rythme hebdomadaire: le cadre administratif, les 4 chefs de service, le directeur adjoint (cf. organigramme annexe III). Il s'agit de coordonner nos actions, faire l'analyse du fonctionnement des services, de rendre compte des délégations de chacun, clarifier les projets et expliciter mes stratégies. Animer une équipe de direction « *c'est exercer la responsabilité d'animation et de valorisation des potentiels d'encadrement, c'est s'appuyer sur une stratégie globale et être en capacité de déléguer du pouvoir à ses collaborateurs, afin de maintenir leur motivation et leur implication positive dans l'institution* ». ³⁵

Les cadres techniques des différents services, psychiatres et psychologues, rejoindront la réunion d'équipe de direction mensuellement. Je souhaite qu'ils participent en tant que conseillers assurant leurs responsabilités morale et technique dans la conduite du projet institutionnel.

Le médecin psychiatre du SAT sera le responsable thérapeutique et médical des enfants et adolescents accueillis. Il veillera à la cohérence thérapeutique de l'ensemble du service. Par ailleurs, il sera chargé de promouvoir un réseau de soins coordonnés avec les services de psychiatrie infanto-juvénile partenaires du projet. Enfin, il assurera auprès des personnels du service de l'ATJ et des assistants familiaux du CAFS, le soutien indispensable à leur action auprès des jeunes : analyse clinique, supervision et conseils.

Le psychologue clinicien interviendra essentiellement au niveau de l'ATJ. Il sera le plus souvent possible au contact quotidien des enfants, faisant émerger et soulignant ce qui lui paraît devoir l'être, en restant attentif à ce qui se joue dans les relations adulte/enfants et enfant/enfant. Il prendra part à la procédure d'admission, réalisera des entretiens, des bilans et participera aux réunions cliniques et de synthèse.

³⁴ LEFEVRE P. *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2003 p 274

³⁵ Id. p 275

L'Accueil Thérapeutique de jour

Afin de garantir une offre de service de qualité en adéquation avec les exigences repérées en amont, en terme de compétences professionnelles, de niveau de technicité et de taux d'encadrement, j'ai été vigilante à :

- constituer une équipe qualifiée et diplômée,
- privilégier l'encadrement de proximité soit 7 ETP sur un total de 11,20 ETP auquel s'ajoute le psychologue clinicien (0,75 ETP), présent sur le terrain.

Par ailleurs, l'infirmier psychiatrique détaché du secteur hospitalier renforcera cette équipe par ses interventions thérapeutiques, 1/2 journée par semaine, soit 0,10 ETP.

De ce fait, l'accompagnement des enfants et adolescents au quotidien sera assuré de manière permanente par 7 personnes, soit plus d'un encadrant pour 2 enfants.

Celles-ci participeront en sus, aux différentes réunions prévues soit 4 heures hebdomadaires (briefing quotidien, analyse des pratiques, synthèses des enfants, réunions cliniques et d'organisation). Elles effectueront 34 heures/semaine pendant les 43 semaines de fonctionnement de l'ATJ. Il convient donc de renégocier les organisations de travail dans le cadre de l'accord d'entreprise relatif à la réduction du temps de travail de juin 2000. En effet, celui-ci valide actuellement une annualisation du temps de travail pour chaque salarié de l'ITEP sur 38 semaines de 38 heures. L'association prévoit que nous rencontrons les organisations syndicales signataires très prochainement.

Les éducateurs techniques spécialisés, les moniteurs éducateurs et les éducateurs spécialisés, exerceront une action éducative complémentaire, à travers des approches différentes, liées à leur formation. C'est-à-dire plus en liens avec des savoirs faire techniques, l'animation d'activités ou la coordination et l'articulation du projet personnalisé de l'enfant.

La maîtresse de maison assurera outre une fonction d'économat et de gestion des repas, une fonction d'accueil, de permanence et d'accompagnant dans la vie quotidienne des enfants et adolescents. Elle participera à l'action éducative et prendra ainsi en charge un ou deux enfants pour des activités de restauration. Par ailleurs, elle occupera une fonction de gardiennage des locaux et d'entretien des animaux. En contre partie, elle bénéficiera du logement gratuit à l'ATJ. La présence continue de la maîtresse de maison, en sa qualité d'hôtesse de l'ATJ constituera pour les enfants un repère structurant.

Dans un réel souci de minorer les interventions auprès des enfants, l'accent étant surtout porté dans un premier temps sur les besoins primaires, l'équipe interdisciplinaire proposée ne comprend aucun personnel de rééducation. Toutefois, si elles conservent

toujours toute leur pertinence, ces rééducations pourront se poursuivre en ambulatoire, soit avec les mêmes professionnels, soit avec d'autres plus proches du service. Elles seront rémunérées par le SAT.

L'assistante sociale requiert une importance toute particulière dans le sens où elle se trouvera dans une position de liens, entre les diverses instances, par :

- Sa présence aux différentes commissions,
- Les relations avec les établissements d'origines,
- La permanence auprès des assistants familiaux.

Le Centre d'Accueil Familial Spécialisé

Les familles d'accueil seront agréées conformément aux dispositions de la loi du 27 juin 2005 relatif aux assistants maternels et aux assistants familiaux. *« L'assistant familial est la personne qui, moyennant rémunération accueille habituellement et de façon permanente des mineurs et des jeunes majeurs de moins de 21 ans à son domicile. Son activité s'insère dans un dispositif de protection de l'enfance, un dispositif médico-social ou un service d'accueil thérapeutique. Il exerce sa profession comme salarié de personnes morales de droit public ou de droit privé dans les conditions prévues par les dispositions du présent titre. »*

La loi précise que *« l'agrément est accordé si les conditions d'accueil garantissent la sécurité, la santé et l'épanouissement des mineurs accueillis en tenant compte des aptitudes éducatives de la personne »*. Cet agrément relève du département, au titre de la protection maternelle et infantile, qui en assure l'organisation et le financement. *« Le renouvellement de l'agrément est automatique et sans limitation de durée lorsque la formation mentionnée à l'article L.421-15 est sanctionnée par l'obtention d'une qualification »*.

En ce qui concerne, l'embauche des familles d'accueil du SAT, nous réaliserons une sélection préalable par le biais d'une commission composée du médecin psychiatre, de l'assistante sociale, du chef de service et de moi-même. Le CPEAG, personne morale employeur, représenté par un de ses administrateurs, prononcera l'embauche.

Chaque assistant familial recruté bénéficiera d'un contrat de travail auquel sera annexé un contrat d'accueil par enfant.

Les éléments constitutifs du dossier administratif, la durée de la période d'essai, les dispositions applicables en matière de congés, de repos, en cas de maladie, les conditions d'indemnisation ou de rémunération en cas d'absence momentanée d'un

enfant accueilli, les modalités de retrait d'agrément, les dispositions relatives à l'assurance sont précisés dans le contrat de travail (cf. annexes II).

Lors du recrutement, nous serons particulièrement attentifs aux aptitudes éducatives de la personne, à ses qualités relationnelles et éthiques, à sa capacité à travailler en équipe, à analyser les situations et à se remettre en question. L'agrément requis préalablement, ne devra pas être supérieur à deux dont un réservé au SAT, conformément au projet de service.

Au-delà du réseau de familles d'accueil qualifiées déjà constitué, je dois recruter quatre assistants familiaux. Il n'est pas question pour moi de précipiter les choses, au prétexte de la difficulté à trouver des professionnels formés et expérimentés. Je suis prête, à envisager l'embauche de personnes signant leur premier contrat après obtention de l'agrément, si je repère chez elles les prédispositions requises. Le DAT prendrait alors en charge leur « *formation adaptée aux besoins spécifiques des enfants accueillis* » dans les trois ans comme l'exige la loi. Ne pas avoir cette exigence, remettrait complètement en question, la viabilité du dispositif. Je suis consciente des difficultés que nous allons devoir surmonter avec ces enfants et adolescents qui dans un premier temps n'auront de cesse de rejouer ce qui les anime habituellement dans les institutions. Il faut une bonne dose de motivation et de professionnalisme pour dépasser l'explicite et porter un autre regard sur ces enfants. Nous l'expérimentons déjà chaque jour à l'ITEP.

L'équipe éducative et thérapeutique de l'ATJ garantira l'accompagnement, le soutien et la supervision des assistants familiaux. Des points réguliers de situation, de concertations, d'évaluation leur permettront de mettre en mots les difficultés rencontrées avec les enfants et les adolescents.

Des temps d'analyse des pratiques menés par le médecin psychiatre du service et les réunions cliniques interdisciplinaires à l'ATJ, leur offriront la possibilité de mieux comprendre la problématique des enfants, de se décaler du vécu au quotidien, de conserver la juste distance (ni rejet, ni appropriation) et d'assurer ainsi leur mission de soins. Par ailleurs, ils apporteront leur contribution aux réunions de synthèse concernant l'enfant qui leur est confié.

Le chef de service, le directeur adjoint et moi-même assurerons alternativement une permanence téléphonique auprès de ces familles d'accueil, pendant les périodes de fermeture de l'ATJ (soirées, week-end et vacances). Le médecin psychiatre et le psychologue seront d'astreinte thérapeutique en Août, à tour de rôle, pour intervenir en cas d'urgence auprès d'un enfant en crise et éviter ainsi les situations de rupture.

3.2. Un budget lié aux exigences d'encadrement.

Le choix d'un encadrement de proximité induit une incidence financière détaillée dans le dossier financier ci-joint en *annexe IV*.

Les investissements

Pour des raisons de réduction des coûts, j'ai privilégié la location des locaux plutôt que l'achat. En effet, cette option permet de minorer la dotation aux amortissement et les frais financiers liés à un emprunt important, donc l'impact sur le budget d'exploitation.

Activité et prix de journée

Je prévois des amplitudes d'accueil sur l'année diversifiées en fonction de la spécificité de chaque enfant. Pour la première année, je ne peux le faire que de façon arbitraire. L'activité prévisionnelle sera de 2451 journées pour l'ATJ et de 2284 journées pour le CAFS. Ce qui donne un prix de journée respectif de 219,50 € et de 144,70 €.

Le prix de journée de l'ATJ est sensiblement le même que le prix de journée moyen semi internat/internat de l'ITEP, soit 217 € pour 2005. Toutefois le surcoût occasionné par un accueil en ATJ + CAFS pourrait constituer un frein à ce projet. Néanmoins, il se justifie par la nécessité d'une prise en charge de proximité renforcée.

Le rapport d'orientation³⁶ pour la campagne budgétaire 2005 des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, rédigé par la DDASS du Gard crée à mon sens une opportunité pour le projet SAT.

En effet il précise dans sa 3^{ème} partie :

« 3- les orientations retenues pour 2005

- *Financement prioritaire, en fonction de l'enveloppe disponible pour les mesures nouvelles de deux catégories de projets :*
 - (...)
 - *amélioration de la qualité de prise en charge dans les établissements repérés comme insuffisamment dotés en moyens d'encadrement direct et accueillant un public particulièrement fragile (autisme et troubles envahissants de la personnalité, polyhandicap) ».*

³⁶ Article 21.5 du décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, des établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

Aussi pour le SAT, je proposerai à l'autorité de tarification d'appliquer la même règle que pour l'ITEP soit un prix de journée moyen de 314.96 euros.

Par ailleurs, je devrais renégocier un nouveau protocole avec la CRAM dans le cadre de la convention qui régit les rapports, notamment les droits et obligations, entre le CPEAG et les Organismes d'Assurance Maladie (article 322.1 du Code de la Sécurité Sociale).

3.3. Un projet en cours de validation

En préalable à ce projet de création du SAT, j'ai eu de nombreux contacts et échanges avec les représentants de l'autorité de contrôle. La DDASS a validé l'opportunité de cette étude au regard du schéma départemental et de l'absence de solution pour ces jeunes en rupture.

Par ailleurs, afin d'élaborer notre projet dans un contexte de réseau et de partenariat local, j'ai organisé des journées de réflexions avec les ITEP du Gard, la pédo-psychiatrie, l'Aide Sociale à l'Enfance et le service d'Adaptation et d'Intégration de l'EN.

Le projet SAT a obtenu l'aval du CPEAG en conseil d'administration et a été validé par les ITEP du département. L'association a décidé d'engager une procédure de création en application du décret n°2003-1135 du 26 novembre 2003. Ce projet nécessite une autorisation accordée par le préfet et est soumis à l'avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale (CROSMS).

A l'heure d'aujourd'hui la DDASS et le CREAI Languedoc-Roussillon se sont prononcés sur la qualité et la pertinence du projet. Ils ont donné un avis favorable.

3.4. Anticiper le changement : l'échange et la formation, vecteurs d'adaptation

Pour conduire la mise en œuvre du projet SAT, j'ai opté pour un dialogue social participatif. Ainsi, j'ai privilégié :

L'information et la communication dans un souci de lisibilité et de transparence. Je pense qu'un projet explicite et connu de tous constitue un facteur de mobilisation des équipes et des partenaires:

- aux salariés par une réunion générale pour présenter le projet et effectuer un appel à candidature,
- aux instances représentatives du personnel à l'occasion des rencontres mensuelles, pour les délégués du personnel de l'Institut le Grézan et bimensuelles pour les représentants du Comité d'Entreprise du CPEAG.

- aux familles lors de la réunion de rentrée et à l'occasion de la remise du livret d'accueil.
- à la CDES, à l'autorité de contrôle et aux partenaires potentiels (ITEP, services de pédo-psychiatrie, ASE, ARH, EN, école, collège et mairie de Lédignan, le CREAL).

La participation et la concertation pour rassurer, susciter les motivations, associer et mobiliser le personnel autour du nouveau projet qu'ils seront ainsi en mesure de s'approprier. Chacun à son niveau doit pouvoir comprendre le sens de ses actions c'est-à-dire, les resituer au sein d'un projet global dans lequel il s'insère.

Dans un premier temps, les professionnels de l'ITEP ont fait part dans le cadre des réunions cliniques, de constats de difficultés, d'impuissance, voire d'échec quant à la prise en charge des enfants et adolescents les plus perturbés. Ce qui nous a amené en équipe interdisciplinaire à repérer quelques causalités liées à la fois à leur pathologie et aux moyens institutionnels. Je ne pouvais me satisfaire de ces simples constats car à mon sens, le directeur a pour mission d'adapter l'existant, anticiper et prévoir les changements afin de répondre au plus près des besoins des personnes qui lui sont confiés. *« Il est la vigie qui repère les obstacles, voit la tempête se lever ou au contraire aperçoit des destinations porteuses de sens, de vitalité et de compétence. Il ne peut faire cet effort seul. Il aura le souci de développer cet état d'esprit dans l'établissement, auprès des cadres, mais également à tous les niveaux des services et des professionnels »*.³⁷ C'est pourquoi, j'ai engagé un mouvement institutionnel afin que tous les professionnels « se mettent au clair », s'appuient sur des références et des valeurs communes. Cette dynamique a été celle propice à l'adaptation de nos pratiques, à la création et à l'innovation. *« Vendre l'avenir, c'est mettre en œuvre l'imagination, voir plus loin, en appeler à l'Ailleurs. L'irruption de l'inconnu fournit un éclairage qui vient bousculer la perception de la réalité vécue... Au-delà du rôle de manager, c'est celui du leader : être un utopiste capable de mettre ses collaborateurs en position de mettre en œuvre, de gérer les projets d'action qu'il inspire »*³⁸. Nous avons donc revisité, ajusté et élargi notre offre de service selon les modes opératoires décrit en amont. Pour ce faire, nous avons tout d'abord mené en équipe de cadres, hiérarchiques et techniques, une réflexion sur la structuration du concept SAT et constitué un groupe de pilotage.

³⁷ LEFEVRE P., *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. 2ème édition Paris : Dunod, 2003. p 167

³⁸ MIRAMON J.-M., COUET D., PATURET J.-B., *Le métier de directeur : Techniques et fictions*. Rennes : Édition ENSP, 1994. p 118

Ensuite, nous avons organisé avec les personnels intéressés des groupes de réflexions interdisciplinaires qui ont travaillé d'une part sur la rédaction du projet initial du Dispositif d'Accueil Thérapeutique et d'autre part sur le projet de création du SAT ainsi que sur l'élaboration des outils de la loi 2002-2 au niveau de chaque service. Les différents travaux ont été validés périodiquement par l'instance de pilotage.

La formation dans un objectif de valorisation des compétences, de qualification et de garantie d'une certaine technicité.

Le projet de Dispositif d'Accueil Thérapeutique de l'Institut le Grézan repose sur la capacité des équipes à travailler dans une complémentarité.

Aussi, j'ai prévu dans le cadre du Plan de Formation 2006 une formation collective en intra autour de la question du travail en réseau, la collaboration et la coopération multidimensionnelles pour l'ensemble du personnel du Dispositif d'Accueil Thérapeutique de l'Institut le Grézan

En ce qui concerne le SAT, un agent de service intérieur, bénéficiera d'une formation individuelle de maîtresse de maison courant 2006. L'avenant 285 de l'arrêté du 3 Juillet 2003, agréé en date du 8 juillet 2004, crée l'obligation d'une formation de base spécifique pour les maîtresses de maison, et lui reconnaît une place spécifique au sein des équipes.

Les assistants familiaux qui n'ont pas effectué au préalable la formation obligatoire (certificat d'aptitudes aux fonctions d'assistant familial accessibles par les épreuves de certification ou par la voie de la validation de l'expérience), verront celle-ci prises en charge par l'Institut le Grézan comme le prévoit la loi, dans le cadre des Fonds de Professionnalisation et d'Intervention nationale. Ces formations s'étaleront sur les trois ans suivant leur embauche. En outre, elles auront droit à la formation continue au même titre que tout salarié recruté depuis plus d'un an dans un service adhérant à la convention collective du 15 mars 1966.

Par ailleurs, la création du SAT va susciter quelques changements au niveau du personnel.

En effet, certains salariés de l'ITEP se sont mobilisés autour de ce nouveau projet et ont demandé leur affectation lors des entretiens individuels annuels. Cette mobilisation est tout à fait porteuse d'une part pour le SAT en tant que projet fédérateur et d'autre part pour l'ITEP, qui va se trouver redynamisé par l'embauche de nouveaux salariés sur l'ensemble du dispositif.

4. L'évaluation : d'une obligation légale à la démarche qualité

4.1. Une méthode d'évaluation ou les éléments cliniques sont privilégiés

L'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux devra avoir satisfait à la procédure d'évaluation interne pour le 1er janvier 2007 et à l'évaluation externe pour le 1er janvier 2009. Ce dernier dispositif revêt une importance toute particulière. En effet, le renouvellement de l'autorisation tous les 15 ans est subordonné aux résultats de cette évaluation.

Au-delà de l'habilitation, cette procédure incite les établissements à s'engager dans une démarche qualité.

La préoccupation du service rendu et de sa qualité, guide notre action depuis de nombreuses années. Après avoir prospecté sur le marché des référentiels, nous avons décidé de mener notre propre réflexion sur la qualité des services et d'établir notre référentiel. J'ai préféré nous inspirer de ce qui a déjà été fait, plutôt que d'en adopter un pré-établi risquant de le rendre inopérant car non approprié et investi par le personnel de l'institution.

En effet, cette démarche doit d'une part s'inscrire dans les fondements et la culture institutionnels, notamment ses valeurs éthiques et d'autre part rester un acte d'engagement de la part de tous les professionnels de l'établissement pour qu'elle conserve toute sa pertinence.

L'ensemble du Dispositif d'Accueil Thérapeutique de l'Institut le Grézan bénéficiera du même protocole d'évaluation. En effet, les différents services sont pensés comme une palette à disposition du parcours personnalisé de l'enfant ou de l'adolescent, et à ce titre nous devons pouvoir évaluer son trajet selon des modalités de même nature.

Pour ce faire, depuis janvier 2004, tous les services ont conduit une même démarche qui respecte la spécificité et les missions de chacun d'eux, accompagnés en cela par un consultant extérieur. Celui-ci nous guide sur la méthodologie. Quant à moi, je suis garante des valeurs associatives et de la philosophie du projet institutionnel. Tous les personnels participent au sein de leur service (Semi Internat, Internat, SESSAD) à la construction de critères et d'indicateurs d'évaluation.

Cette démarche nous correspond bien car elle se fonde sur le projet individuel de l'enfant et s'inscrit dans une logique de service. Elle est prétexte à ouverture et à confrontation des idées dans une dynamique évolutive.

« *La qualité est un cheminement, une tension permanente. Elle suppose un goût pour le doute et l'inachevé au sens où Gide nous invite à croire ceux qui cherchent la vérité et à douter de ceux qui la trouvent* ». ³⁹

Pour l'heure nous nous sommes dotés d'outils d'élaboration et d'évaluation du projet personnalisé de l'enfant qui nous permettent de prendre la mesure de l'évolution de l'enfant pris en charge.

La réunion de synthèse de chaque enfant qui a lieu deux fois par an constitue un lieu privilégié où est évalué son projet à partir de certains critères :

- La pertinence : en quoi les objectifs envisagés répondent-ils à la problématique de l'enfant ?
- La cohérence : les différents objectifs sont-ils cohérents entre eux ?
- L'efficacité : les effets sont-ils conformes aux objectifs ?
- L'efficience : les résultats obtenus sont-ils à la mesure des moyens utilisés ?

Ces critères nous permettent de réajuster notre action, de poser de nouveaux objectifs et de nouvelles visées dans le souci de promouvoir la qualité, en répondant au plus près des besoins des enfants et adolescents qui nous sont confiés.

A titre d'exemple, voici un outil (cf. tableau ci-dessous), qui participe à poser une indication d'orientation vers le SAT, à élaborer le projet individuel de l'enfant au regard des difficultés et compétences repérées et à mesurer l'évolution de l'enfant dans le cadre de cette modalité de prise en charge.

Les critères et indicateurs ont été construits par un comité interdisciplinaire dont je fais partie et reprennent certains de ceux pensés et réfléchis par les équipes de l'Internat et du Semi Internat de l'ITEP.

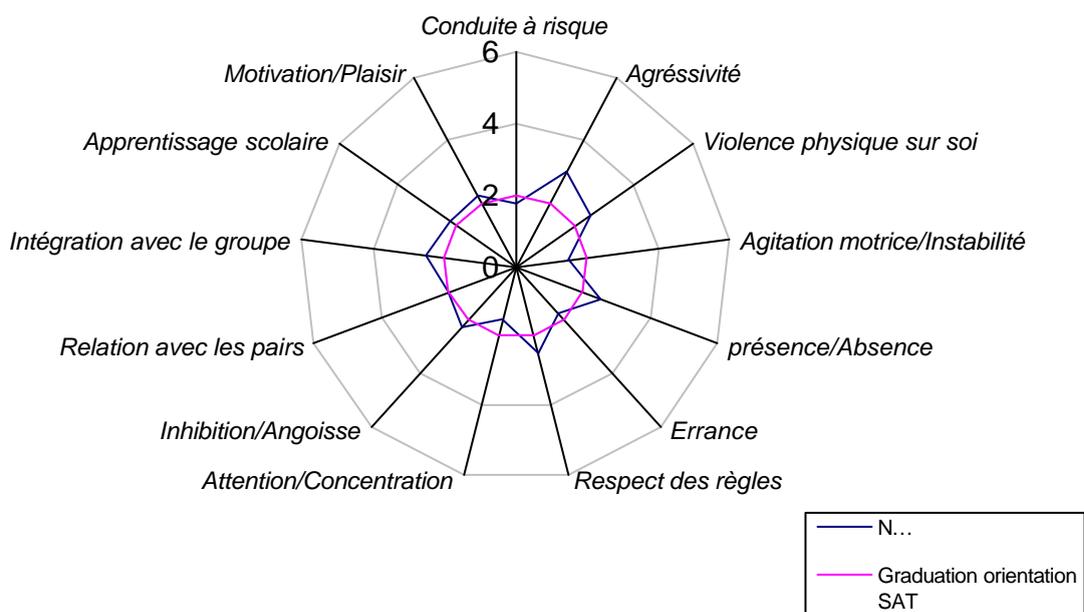
Par ailleurs, nous travaillons avec les autres ITEP, dans le cadre de l'association départementale de l'AIRe, à l'adaptation d'outils d'évaluation communs qui permettraient une cohérence inter-institutionnelle.

³⁹ DUCALET P. et LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli-Arslan, 2000 in LOUBAT J.R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médicosociale*. Paris : Dunod, 2002. p 62

Critères	Indicateurs
La dynamique d'apprentissage : Quelle position adopte-il ? S'y inscrit-il et à quelle hauteur ? Repérage du niveau minimum des attitudes attendues. Adhésion aux propositions d'apprentissage	Apprentissage Attention/concentration Motivation/plaisir
L'altérité : Rapports établis entre l'adolescent, ses pairs et les adultes de l'institution en terme d'intégration ou de cohabitation.	Intégration Agressivité Relations avec les pairs
Les comportements exacerbés, facteurs de risques.	Conduite à risque Agressivité Violence Errance Respect des règles
L'adhésion au projet..	Motivation/plaisir Intégration dans un groupe Présence/absence Errance
Éléments de personnalité : Stabilité émotionnelle, estime de soi, rapport à l'échec.	Inhibition/angoisse.

L'analyse de ces données se fait à partir du graphe dimensionnel (cf. ci-dessous). Les graduations donnent l'état de l'enfant concerné : de va bien (graduation 5) à ne va pas bien (graduation 0). Ce graphe est rempli par chaque professionnel intervenant auprès de l'enfant, avant sa synthèse. Un graphe de la moyenne des réponses est ainsi constitué. Une indication d'une orientation en SAT se pose, lorsque les indicateurs se situent aux alentours de la graduation 2 et en deçà.

Graphe dimensionnel de N, présentant des troubles importants de la personnalité



4.2. Un regard externe

Au-delà de la mise en œuvre de la démarche qualité au sein du SAT, j'envisage afin de garantir une fois de plus la qualité du service rendu, la constitution d'une instance partenariale évaluative. Pour donner du sens et légitimer notre offre de service, nous avons besoin de prouver le bien fondé de notre démarche par l'évaluation, notamment en y associant nos partenaires institutionnels

Cette commission aurait pour objectif, non seulement, de mesurer les écarts entre projet et réalisation, mais permettrait de pérenniser la dynamique de réseau entre les acteurs environnementaux concernés par la prise en charge des adolescents dysharmoniques. Cette instance d'études et de recherches commune inscrirait ces membres dans une démarche d'évaluation constante, d'évolution et de développement des dispositifs inter-institutionnel.

.

CONCLUSION

Face aux faits d'incivilité et aux violences développés par les adolescents en grande difficulté, les pouvoirs publics répondent en terme de sécurité et de protection de la société. La question de l'enfermement ressurgit du passé : retour envisagé des internats scolaires, mise en place de Centres Educatifs Fermés puis de Centres Educatifs Renforcés. Cette orientation du politique, vient paradoxalement heurter celle définie, très récemment, par la loi du 11 février 2005. En effet, ces adolescents qui troublent l'ordre social sont menacés à la fois de mise à l'écart et d'intégration. Ce grand écart résulte de l'indication et du champ dans laquelle elle a été posée : judiciaire, social, médico-social ou psychiatrique.

Quelque soit l'origine du dépistage, la question de la souffrance humaine reste centrale. A la souffrance, deux réactions s'imposent : l'intervention précoce à titre préventif, le soin à titre curatif.

Le CPEAG milite depuis l'après guerre pour la protection de l'enfance et de l'adolescence. Son engagement se traduit par une volonté de s'occuper de mineurs et jeunes majeurs éprouvant des difficultés d'intégration dans la société. Ses actions se sont diversifiées en réponse à l'évolution des publics accueillis, en lien avec les besoins locaux et les politiques publiques.

L'Institut Le Grézan, fidèle aux valeurs associatives d'équité et de protection a adapté son offre de service à l'évolution des enfants et adolescents orientés. Or, la dimension soignante, pourtant très présente dans l'établissement a du être réinterrogé au regard d'enfants présentant des troubles psychiques de plus en plus graves.

L'établissement, dans un souci de prise en compte des enfants et adolescents à la marge dans ses propres dispositifs, mais aussi dans ceux des autres ITEP, a élaboré une réponse innovante où les dimensions cliniques et de soins sont priorisées. Le Service d'Accueil Thérapeutique a l'ambition de promouvoir la continuité de la prise en charge des enfants et adolescents dysharmoniques les plus en difficultés, par la mise en place d'un projet global de soins.

Les moyens requis se situent au-delà des indicateurs normatifs du médico-social. A l'heure de la convergence tarifaire, de la réduction des coûts et des enveloppes fermées, ce projet conserve toutefois toute sa cohérence. Les enfants et adolescents concernés bénéficient au préalable, pour la plupart, de multiples prises en charges concomitantes ou successives. Certaines réunions de synthèse rassemblent pléthore de professionnels d'horizons divers, représentatifs des moyens engagés pour une seule situation. La multiplicité des interventions vient à l'encontre des pathologies dysharmoniques

développées et se soldent souvent par l'échec des projets ou par une rupture définitive à la majorité. Celle-ci les fait basculer dans les champs de la répression, de la précarité et de l'exclusion. Le coût s'avère exponentiel pour une opération qui ni ne préserve l'individu, ni ne protège la société.

Le SAT, en proposant une prise en charge de proximité, contenante, sécurisante, donc structurante participe pleinement à la promotion de la personne dans sa singularité. L'étayage procuré par un accueil thérapeutique en journée et un accueil familial, permet d'inscrire les enfants et les adolescents en grande difficulté, dans un parcours de vie respectueux de leur individualité. La prise en charge inter-institutionnelle en garantit la cohérence et la continuité.

La pérennisation de ce projet et son opérationnalité sont intimement liées à la posture éthique et à la mobilisation des directeurs d'ITEP du département, face à la réalité de ces adolescents en souffrance.

En effet, la situation critique de ces adolescents en très grandes difficultés concerne tous les directeurs d'ITEP. Devoir se séparer d'un adolescent parce que nous ne pouvons plus assurer sa sécurité, celle de ses camarades ou celle des salariés, malgré nos multiples tentatives, n'est acceptable pour aucun d'entre nous.

« Le bon état de marche de l'entreprise comme de l'établissement doit renvoyer sans cesse à la métaphore de la marche humaine : l'entreprise est « condamnée » à aller toujours de l'avant, à s'adapter continuellement aux problèmes qui sont l'expression de la vie elle-même. Parce que l'avenir est ouvert, l'entreprise ou l'établissement est à chaque instant placé devant des choix qui orientent son devenir et sur lesquels le directeur a une action essentielle à mener. »⁴⁰

⁴⁰ MIRAMON J.-M., COUET D., PATURET J.-B., *Le métier de directeur : Techniques et fictions*. Rennes : Édition ENSP, 1994 .p 69

Bibliographie

OUVRAGES

BASS D., PELLÉ A., *Le placement familial, une vieille histoire à réinventer*. Ramonville Saint-Agne : Edition Érès, 2002. Les recherches du GRAPE. 162 p

BERGER M. *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris : Dunod, 2003. 252 p.

BERGER M. *Les séparations à but thérapeutique*. Paris : Dunod, 1992. 224 p.

CÉBULA J-C., BERRHUEL J., ESCOTS S. et al. *Guide de l'accueil familial*. Paris : Dunod, 2000. 454 p.

DAVID M., *Le placement familial : De la pratique à la théorie*. 5^e édition Paris : Dunod, 2004. 471 p.

JANVIER R., MATHO Y., *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*. Paris : Dunod, 1999. 206 p.

LEFEVRE P., *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. 2^eme édition Paris : Dunod, 2003. 405 p.

LOUBAT J-R., *Instaurer la relation de service*. Paris : Dunod, 2002. 258 p.

LOUBAT J-R., *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 1997. 264 p.

MIRAMON J.-M., COUET D., PATURET J.-B., *Le métier de directeur : Techniques et fictions*. Rennes : Édition ENSP, 1994. 209 p.

WACJMAN C., *Les adolescents en institut de rééducation*. Paris : Dunod, 2002. 194 p.

WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité l'espace potentiel*. Éditions Gallimard, 1975. 207 p.

COMPTES RENDUS DE CONGRES

Les Instituts de Rééducation : Pour qui ? Pour quoi faire ? Premier colloque de l'Association des Instituts de Rééducation. 1996, Rennes. Châteaubourg : AIRe, 1996. 53 p

L'Institut de Rééducation au carrefour des demandes. Quatrièmes colloque de l'Association des Instituts de Rééducation. 1999, Bordeaux. Châteaubourg : AIRe, 1999. 109 p.

Intégration scolaire et insertion socioprofessionnelle. Cinquième de l'Association des Instituts de Rééducation. Nîmes, 2001. Lecques : Les éditions du champ social, 2001. 167 p.

PERIODIQUES

CORBET É., BOTTA J-M., Les oubliés des annexes XXIV *le nouveau Mascaret*, janvier 1996. n°41.

DUPONT LOURDEL É. Genèse des annexes XXIV *Flash informations*, numéro hors série, CTNERHI, Vanves.

RAPPORTS

GAGNEUX M, SOUTOU P., *Les Instituts de Rééducation. Rapport n°1999006* Bulletin officiel / Solidarité- Santé n°99/3, Collection rapports publics de l'IGAS.

ZECCA M., *Institut de rééducation et troubles du caractère et du comportement comme symptôme du vacillement des repères anthropologiques et politiques.* Rapport CTNERHI, mars 2001.

Annexe I

PROJET DE CONVENTION INTER-ÉTABLISSEMENT

Entre

Dispositif d'Accueil Thérapeutique (C.P.E.A.G)

et

Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

Concernant la prise en charge du jeune :

Nom

Prénom

Date de naissance

Confié à l'ITEP

En tant que

Par notification C.D.E.S du

ARTICLE 1 - PROCEDURE D'ADMISSION

L'établissement d'origine propose l'orientation
du jeune au S.A.T.

L'étude préalable de la candidature se déroule conjointement avec les équipes
interdisciplinaires de l'Institut d'origine et du S.A.T.

Le projet de prise en charge est élaboré par le S.A.T, soumis à l'appréciation de
l'établissement d'origine, à l'accord de la famille et soumis à la C.D.E.S pour notification.

En cas de refus d'admission, le S.A.T fournit un avis motivé.

ARTICLE 2 - ARTICULATION DE LA PRISE EN CHARGE

La durée de la prise en charge au S.A.T est fixée ainsi :

Du..... au.....

Le régime :

? ATJ et CAFS Temps plein

? ATJ Temps plein

? ATJ Séquentiel

L'ITEP.....assure le suivi de la famille naturelle pendant toute la période de prise en charge.

En cas d'inéquation de la prise en charge, une réorientation est étudiée conjointement entre les équipes respectives de l'ITEP et du S.A.T et proposée à la C.D.E.S.

Pendant la durée de la prise en charge, le lien entre le S.A.T et l'ITEP est assuré par l'Assistante sociale du S.A.T.

Dans l'hypothèse où l'enfant bénéficie d'une prise en charge psychothérapeutique, le S.A.T s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires à sa poursuite.

ARTICLE 3 - RETOUR ET FIN DE PRISE EN CHARGE

L'ITEPs'engage à réadmettre le jeune.....au terme de la prise en charge au S.A.T prévue le.....

Dans l'hypothèse où pour des raisons d'âge limite d'agrément le retour ne peut être envisagé dans l'ITEP d'origine, celui-ci en relation avec la famille recherche une autre institution.

L'ITEP

La Directrice de l'Institut du Grézan

Le représentant légal

Article 2 :

M. a pris connaissance du Règlement Intérieur de l'institut « Le Grézan, » et de ses annexes, adoptés par le Conseil d'Administration du Comité de Protection de l'Enfance et de l'Adolescence du Gard et communiqués à l'autorité de contrôle

Ces textes définissent, en particulier, les diverses responsabilités techniques et hiérarchiques, les dispositions géographiques. Le fonctionnement du Service d'Accueil Thérapeutique et sa composition.

Article 3 :

Conformément au « contrat d'accueil » établi selon les dispositions légales et réglementaires et avec l'accord des parents, M s'engage à recevoir à son domicile un enfant confié par l' Institut Le Grézan et sous couvert de la notification, de la Commission Départementale d'Éducation Spéciale autorisant sa prise en charge dans le cadre du Service d'Accueil Thérapeutique.

M sera placé(e) sous la responsabilité directe du Chef de Service Éducatif du SAT. Il (elle) exercera son activité en collaboration étroite avec les professionnels et les différents spécialistes intervenant dans le cadre ou pour le compte du SAT et ce, dans le respect du projet individuel de l'enfant.

Par conséquent M participera à l'évaluation de la situation de l'enfant qu'il (elle) accueille, dans le cadre des synthèses programmées pour celui-ci (2 par an).

Sauf situation d'urgence mettant en cause la sécurité de l'enfant, l'Assistant(e) Familial(e) est consulté préalablement sur toute décision prise concernant l'enfant qu'il (elle) accueille, voire éventuellement qu'il (elle) est susceptible d'accueillir.

Article 4:

Rémunération :

A titre de salaire et sur la base de la valeur moyenne prévisionnelle du SMIC pour 2006 - soit 7,61Euros – M percevra au (date de signature du contrat), une somme égale à euros compte tenu de l'ancienneté acquise par M dans la profession.

➤ Base de rémunération mensuelle garantie.

La rémunération est fixée au mois. Sa part principale est constituée de deux éléments :

- 1/2 SMIC mensuel soit 84,5 fois le montant du SMIC horaire.
- un forfait mensuel pour sujétions exceptionnelles, équivalent à 16.5 fois le SMIC horaire.

Soit au total 101/SMIC horaire

La rémunération est fixée au mois. Elle est égale à 101 fois le salaire minimum de croissance. Elle est garantie pour toute la durée du présent contrat, même en cas d'absence temporaire de l'enfant. Il lui est appliqué, après 3 ans, un coefficient d'ancienneté de 1% par année et dans la limite de 10%.

➤ **Éléments variables de salaire.**

1. Majorations sur jours ouvrables

Le salaire de base subit une majoration de 1 SMIC par jour de présence effective au titre du premier enfant accueilli.

M. perçoit une majoration de salaire pour sujétions exceptionnelles, fixée à 1,5 SMIC par jour de présence effective (Art D.7731.4 du Code du Travail).

2. Majorations sur les temps de repos

M pourra percevoir en sus de sa rémunération habituelle, un montant équivalent à $1/22^{\text{ème}}$ du salaire mensuel brut majoré de 33% par jour supplémentaire d'accueil au-delà de 22 jours de présence (accueil de l'enfant pendant les jours de repos hebdomadaire).

Il en sera fait de même pour les jours fériés, sauf pour le 1er mai qui sera majoré de 100%.

M pourra percevoir également, en sus de son indemnité représentative de congés payés, un salaire majoré de 33% pour la période de congés pendant laquelle la garde de l'enfant sera maintenue par décision de l'employeur. Cette période est évaluée elle-même en tenant compte des différents paramètres précipités

M. perçoit, pour la période de congés payés annuels, une indemnité représentative de 10% du total de la rémunération brute (Art L 773.6).

En revanche, et lorsque l'employeur est momentanément dans l'impossibilité de confier un enfant à M celui-ci (celle-ci) a droit, pendant un maximum de 3 mois et s'il (elle) justifie de 3 mois d'ancienneté, à une Indemnité journalière compensatrice d'attente de 2 fois le montant du SMIC horaire.

Article 5 :

M. perçoit, en outre, une indemnité forfaitaire non soumise à cotisations. Cette indemnité, dite « indemnité journalière d'entretien et d'hébergement », est versée pour chaque journée où l'enfant est présent au domicile de M ou reste à sa charge effective

Elle est égale à 4 SMIG/Jour pour les enfants de moins de 12 ans, et à 5 SMIG/Jour pour les enfants de plus de 12 ans.

Soit, pour 2006 :

- moins de 12 ans = 12,24€
- plus de 12ans = 15,03€

Article 6:

Formation : Conformément aux dispositions prévues l'Article L773.17 du Code du Travail, M est tenu(e) de suivre des actions de formation et de spécialisation.

La formation, d'une durée minimale de 120 heures, s'effectuera dans un délai de 3 ans à compter de la signature du présent contrat de travail.

Article 7:

Régime de Retraite et de Prévoyance: M bénéficie d'un régime de retraite complémentaire et de prévoyance :

**CPM.
56/60, rue Nationale
75649 - PARIS CEDEX 13**

Article 8 :

Arrêt pour maladie et accident de travail: M devra adresser au Chef de Service du SAT, un certificat médical dans les 48 heures suivant le début ou la prolongation de tout arrêt de travail pour maladie ou accident du travail.

Article 9 :

Démission : Si M. décide de résilier son contrat de travail, son préavis sera de :

- 15 jours, entre 3 et 6 mois d'ancienneté,
- 1 mois, à partir de 6 mois.

Outre la démission écrite, la restitution au service de l'enfant confié, constitue une rupture unilatérale du contrat de travail.

Article 10 :

Licenciement : Lorsque l'employeur décide ou est dans l'impossibilité de confier un enfant à l'assistant(e) familial (le), il est tenu de procéder à son licenciement dans un délai n'excédant pas 3 mois.

Le licenciement est notifié par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de licenciement, et sauf faute grave, M aura droit à un préavis de

- 15 jours entre 3 et 6 mois d'ancienneté,
- 1 mois, lorsque l'ancienneté est comprise entre 6 mois et 2 ans,
- 2 mois, pour une ancienneté d'au moins 2 ans.

Article 11:

Résiliation : Le présent contrat sera résilié de plein droit en cas de retrait de agrément.

Article 12:

En cas de licenciement, M _____ peut prétendre au bénéfice des allocations pour perte d'emploi aux conditions prévues par la réglementation, en vigueur.

Fait à Nîmes le :

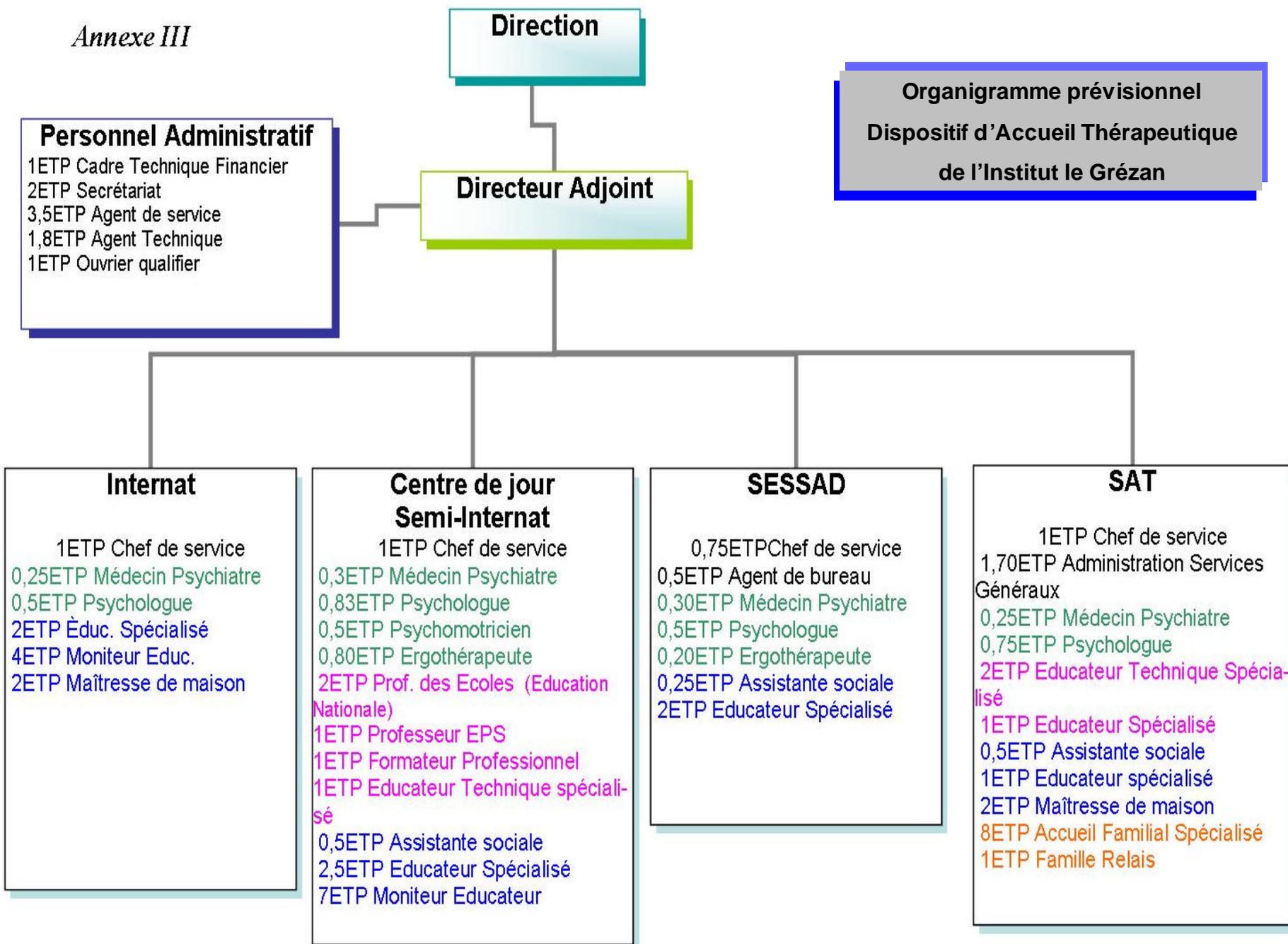
L'Assistant(e)
Familial (e)

Le Président
du CPEAG

La Directrice de
l'Institut Le Grézan

Annexe III

Organigramme prévisionnel
Dispositif d'Accueil Thérapeutique
de l'Institut le Grézan



Annexe IV: Dossier financier du SAT

C.P.E.A.G. - I.R.P. LE GREZAN							
BILAN FINANCIER (Annexe 8)							
BIENS	2002	2003	2004	FINANCEMENTS	2002	2003	2004
Biens stables				Financements stables			
Immobilisations incorporelles nettes				Apports ou fonds associatifs	169 982	351 674	528 047
Immobilisations corporelles brutes				Réserves des plus values nettes			
- Terrains				Excédents affectés à l'investissement	254 736	254 736	254 736
- Constructions	1 669 715	1 669 715	1 669 715	Subventions d'investissements	212 342	212 446	1 941
- Installations, matériels et outillages technique	150 236	151 031	151 031	Différences sur réalisations d'immobilisations	6 708	6 455	7 955
- Autres immobilisations corporelles	480 905	490 521	508 053	Emprunts - dettes financières	709 459	628 050	541 782
Immobilisations en cours				Amortissements des immobilisations			
Immobilisations financières	78 024	78 312	79 370	- Constructions	682 093	743 924	805 755
Charges à répartir				- Installations, matériels et outillages technique	138 568	144 414	146 754
Autres				- Autres immobilisations corporelles	349 626	374 138	400 438
Comptes de liaison investissement	2 895	2 895	0	Autres			440
TOTAL II	2 381 775	2 392 474	2 408 169	Comptes de liaison investissement			
FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT NEGATIF (I-II)	0	0	0	TOTAL I	2 623 514	2 716 837	2 687 849
Actifs stables d'exploitation				FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT POSITIF (I-II)	141 739	323 363	279 680
Report à nouveau déficitaire		35 741	34 826	Financements stables d'exploitation			
Résultat déficitaire	35 741	159 346	111 230	Réserves de trésorerie	155 882	155 882	152 990
Autres				Réserve de compensation			
Comptes de liaison trésorerie (stable)				Résultat excédentaire			
TOTAL IV	35 741	195 087	146 056	Report à nouveau excédentaire affecté à :			64 736
FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION NEGATIF (III-IV)	0	39 205	0	- réduction des charges d'exploitation	64 336		
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL NEGATIF	0	0	0	- financement de mesures d'exploitation			
Valeurs d'exploitation				Provisions pour risques et charges			
Stocks				Autres			
Avances et acomptes versés	457			Comptes de liaison trésorerie (stable)			
Organismes payeurs, usagers				TOTAL III	220 218	155 882	217 726
Créances diverses d'exploitation	208 147	348 358	215 712	FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION POSITIF (III-IV)	184 477	0	71 670
Créances irrécouvrables en non-valeur				FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL POSITIF	326 216	284 168	351 350
Charges constatées d'avance	6 894	4 707	2 901	Dettes d'exploitation			
Autres				Avances reçues			
Comptes de liaison exploitation				Fournisseurs d'exploitation	50 123	54 950	46 176
TOTAL VI	215 498	363 065	218 613	Dettes sociales	130 089	127 011	120 893
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (V-VI)	23 400	168 102	34 689	Dettes fiscales	10 111	9 568	13 979
Liquidités				Dettes diverses d'exploitation			
Valeurs mobilières de placement				Provisions pour dépréciation			
Disponibilités	302 816	126 056	316 680	Produits constatés d'avance	1 775	3 434	2 896
Autres				Ressources à reverser à l'aide sociale			
Comptes de liaison trésorerie				Fonds déposés par les résidents			
TOTAL VIII	302 816	126 056	316 680	Autres			
TRESORERIE POSITIVE (VIII-VII)	302 816	126 056	316 680	Comptes de liaison exploitation			
TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)	2 935 830	3 066 682	3 089 519	TOTAL V	192 098	194 963	183 944
				EXCEDENT DE FINANCEMENT D'EXPLOITATION (VI-V)	0	0	0
				Financements à court terme			
				Fournisseurs d'immobilisations			
				Fonds des majeurs protégés			
				Concours bancaires courants			
				Ligne de trésorerie			
				Intérêts courus non échus			
				Autres			
				Comptes de liaison trésorerie			
				TOTAL VII	0	0	0
				TRESORERIE NEGATIVE (VIII-VII)	0	0	0
				TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)	2 935 830	3 066 682	3 089 519

Analyse du bilan

Le bilan financier sur 3 ans présente une situation financière saine et équilibrée. En effet, les grands équilibres bilanciaux sont respectés. Le taux d'apurement de la dette (c'est-à-dire la part des amortissements qui sert à rembourser la dette financière) est de 1,8. L'établissement possède donc une certaine capacité d'autofinancement. Le taux d'endettement s'élève à 40% ce qui laisse le recours à l'emprunt tout à fait envisageable. C'est pourquoi compte tenu des investissements indispensables à ce projet d'un montant de 180 000 euros, je prévois un autofinancement de 80 000 euros et un emprunt de 100 000 euros sur 10 ans. Le taux d'endettement de l'établissement passera alors à 47%.

Programme d'investissement et amortissements

Biens	Coût	année	mois	durée	Amortissements
2 véhicules	30 000 €	2006	janvier	5 ans	6 000 €
Mobilier éducatif / de bureau	19 000 €	2006	janvier	10 ans	1 900 €
Gros travaux	45 000 €	2006	janvier	15 ans	3 000 €
Frais de première installation et	30 000 €	2006	janvier	10 ans	3 000 €
Matériels informatiques et logiciels	11 000€	2006	janvier	5ans	2 200€
Cuisine	45 000 €	2006	janvier	15 ans	3 000 €
TOTAL	180 000 €				19 100 €

La section d'investissement est commune à tous les services de l'Institut le Grézan. La dotation aux amortissements sera, en conséquence, ventilée selon la clef de répartition suivante :

- Semi internat/ Internat : 60%
- SESSAD : 20 %
- SAT : 20 %

Budgets d'exploitation de l'ATJ

Groupe I : Dépenses afférentes à l'exploitation courante	80 000 euros
Groupe II : Dépenses afférentes au personnel	380 270 euros
Groupe III : Dépenses afférentes à la structure	75 284 euros
Total général	535 554 euros

Budget d'exploitation du CAFS

Groupe I : Dépenses afférentes à l'exploitation courante	38 697 euros
Groupe II : Dépenses afférentes au personnel	292 197 euros
Groupe III : Dépenses afférentes à la structure	
Total général	330 894 euros

Éléments d'activité

	Nombre de places	Nombre de jours d'ouverture/ an	Abattement	Activité prévision.	Charges exploitation en euros	Prix de journée en euros
ATJ	12	215	0,95	2451	535 554	219,50
CAFS	4	365 jours	0,95	2284	330 894	144,70
	2	252 jours	0,95			
	2	215 jours	0,95			

PLAN PLURIANNUEL DE FINANCEMENT (Annexe 2)

	2005	2006	2007	2008	2009
VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI)					
RESSOURCES					
Augmentation des fonds propres (associatifs ou apports)					
Réserves des plus-values nettes (établissements publics)					
Subventions d'équipement					
Excédents affectés à l'investissement	64 736				
Plus-values de cessions d'actifs / Dons et legs en capital		10 456			
EMPRUNTS prévus au plan		100			
Amortissements des actifs acquis avant le 1/1/2005		90 633	84 748	77 057	68 245
AMORTISSEMENTS DES ACQUISITIONS du plan		19 100	19 100	19 100	19 100
- Constructions (bâtiments)					
- Agencements installations					
- Matériel-outillage, équipements mobiliers					
AMORTISSEMENTS DES ACQUISITIONS programme investissement ITEP	717		10 480	24 840	36 338
cautions reçues					
Provisions pour dépréciation des immobilisations					
Amortissements des charges à répartir sur plusieurs exercices					
<i>Comptes de liaison investissement</i>		42 000			
Total des ressources = A	65 453	262 189	114 328	120 997	123 683
EMPLOIS					
Subventions d'équipement inscrites au compte de résultat					
Reprises sur provisions pour dépréciation des immobilisations		378			
Remboursement des emprunts antérieurs		226	11 755	12 436	13 015
REMBOURSEMENT DES EMPRUNTS prévus au plan		7 204	8 124	8 416	8 712
INVESTISSEMENTS prévus au plan					
- Constructions (bâtiments)					
- Agencements installations		120			
- Matériel-outillage, équipements mobiliers		60 000			
ACQUISITIONS programme d'investissement ITEP	10 359		73 160	100	116
Immobilisations financières - prêts, cautionnements..				560	854
Charges à répartir sur plusieurs exercices					
<i>Comptes de liaison investissement</i>					
Total des emplois = B	10 359	565 430	93 039	121 412	138 581
VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C	55 094	-303 241	21 289	-415	-14 898
FRI INITIAL = D	279 680	334 774	31 533	52 822	52 407
FRI CUMULE = D + C = E	334 774	31 533	52 822	52 407	37 509

VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (BFR)					
AUGMENTATIONS					
Stocks : rotation plus lente					
Stocks : effet volume et/ou prix					
Créances : allongement des délais de paiement					
Créances : effet volume et/ou prix					
Dettes : accélération des délais de règlement					
Reprise sur provisions pour dépréciation des stocks et créances					
<i>Comptes de liaison exploitation</i>					
Total des augmentations du BFR = K	0	0	0	0	0
DIMINUTIONS					
Réduction des stocks					
Créances : accélération des délais de paiement					
Dettes : allongement des délais de règlement					
Dettes : effet volume et /ou prix					
Dotations aux provisions pour dépréciation des stocks et créances					
<i>Comptes de liaison exploitation</i>					
Total des diminutions du BFR = L	0	0	0	0	0
VARIATION NETTE DU BFR = (K - L) = M	0	0	0	0	0
BFR INITIAL = N	34 669	34 669	34 669	34 669	34 669
BFR CUMULE = N + M = O	34 669	34 669	34 669	34 669	34 669
VARIATION NETTE DE LA TRESORERIE = C + H - M = P					
	-9 642	-303 241	21 289	-415	-14 898
TRESORERIE INITIALE	316 680	307 038	3 797	25 086	24 671
TRESORERIE NETTE EN FIN DE PERIODE	307 038	3 797	25 086	24 671	9 773
<i>(estimations des montants à ajouter en fin d'année)</i>					
dettes fournisseurs d'immobilisations					
Autres postes (fonds des majeurs protégés,...)					
Liquidités minimales souhaitées <i>(exemple : 30 jours d'exploitation)</i>					
LIQUIDITES EN FIN DE PERIODE	307 038	3 797	25 086	24 671	9 773