



**OPTIMISER L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS EN I.T.E.P.
PAR UNE RÉORGANISATION INTERNE ET UN PARTENARIAT
INTERINSTITUTIONNEL**

Bertrand AGOSTINI

CAFDES

2007

Sommaire

SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES UTILISES	1
INTRODUCTION.....	1
1 UN INSTITUT THERAPEUTIQUE, EDUCATIF ET PEDAGOGIQUE QUI DOIT CONCRETISER LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS	3
1.1 L'évolution de la notion d'accompagnement au regard des politiques sociales depuis 1975.....	3
1.1.1 Un accompagnement qui crée des catégories par les lois 75-534 et 75-535 du 30 juin 1975.....	3
1.1.2 L'accompagnement des enfants handicapés défini par les annexes XXIV du 27 octobre 1989 : <i>une possibilité d'entretenir la confusion</i>	6
1.1.3 Un accompagnement fondé sur un nouveau modèle théorique : <i>la reconnaissance des droits des usagers</i>	7
1.2 D'une logique d'équipement à une logique de service : l'évolution d'un ITEP	9
1.2.1 L'évolution de l'établissement en liaison avec les divers déménagements de l'établissement.....	9
1.2.2 Un accompagnement qui doit s'adapter à l'évolution du cadre administratif et à la population accueillie.....	11
1.2.3 Une logique de service qui doit permettre la personnalisation de l'accompagnement : <i>les missions de l'ITEP</i>	13
1.3 La personnalisation de l'accompagnement des enfants orientés à l'ITEP Peyrebrune : une avancée difficile	15
1.3.1 La négociation un mode d'échange pas totalement ancré dans la culture institutionnelle.....	15
1.3.2 L'ITEP face aux difficultés à évaluer ses prestations	17
1.3.3 Un support de référence pratique axé sur le clinique	20
Conclusion partielle de la 1^{ère} partie	21

2	ANALYSE DU MODE D'ACCOMPAGNEMENT ACTUEL POUR REPONDRE A LA MISSION D'EDUCATION ET DE SOIN	22
2.1	L'accompagnement d'enfants atteints de trouble du comportement : <i>un exercice périlleux</i>	22
2.1.1	La complexité de la notion de trouble du comportement	22
2.1.2	Une nouvelle approche du soin qui va demander de nouvelles postures professionnelles	25
2.1.3	Le travail de transdisciplinarité : <i>un objectif qui n'est pas encore atteint</i>	28
2.2	L'organisation existante pour répondre à la mission d'éducation et de soin	31
2.2.1	Du conflit au pouvoir	31
2.2.2	Des actions pas assez différenciées en fonction des besoins des enfants	34
2.2.3	L'usager : <i>une notion à redéfinir dans un contexte de relation de service</i>	36
2.3	Délivrer des services à des clients : <i>une démarche à construire</i>	38
2.3.1	La contractualisation des relations	38
2.3.2	Mettre en action la participation et l'évaluation pour entrer dans la relation de service	39
2.3.3	La relation de service doit prendre en compte le partenariat interinstitutionnel ...	40
	Conclusion partielle de la 2^{ème} partie	44
3	UNE REORGANISATION EN INTERNE ET LA MISE EN PLACE D'UN PARTENARIAT INTERINSTITUTIONNEL POUR ACCOMPAGNER DANS LA RELATION DE SERVICE	45
3.1	Le changement en interne pour tendre vers la promotion de l'usager	45
3.1.1	Une démarche qui doit être validée	45
3.1.2	Approcher le changement par la mobilisation de l'équipe	46
3.1.3	Initier une méthodologie pour optimiser le projet personnalisé d'accompagnement	48
3.2	Le changement en interne pour tendre vers une relation de service	54
3.2.1	Participation de l'usager à la vie de l'établissement	54
3.2.2	Une identification de la transaction avec la création d'un contrat de séjour	57
3.2.3	L'élaboration d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles	60
3.3	Mise en place d'un partenariat interinstitutionnel	64
3.3.1	Identification de la relation partenariale	65
3.3.2	La place de l'ITEP dans la relation partenariale	66
3.3.3	La mise en place « d'une organisation partenariale interinstitutionnelle » pour traiter les situations limites de prise en charge	68

Conclusion partielle de la 3 ^{ème} partie.....	72
CONCLUSION GENERALE.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	75
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

A.E.D	Aide Educative à Domicile
A.E.M.O.	Aide Educative en Milieu Ouvert
A.S.E.	Aide Sociale à l'Enfance
AIRe	Association des Instituts de Rééducation
A.R.A.S.	Association Roussillonnaise d'Action Sociale
C.A.E.	Contrat d'Aide à l'Emploi
CAPA-SH	Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides spécialisées (enseignements adaptés et scolarisation) des élèves en Situation de Handicap
C.A.S.F.	Code de l'Action Sociale et des Familles
C.D.A.P.H.	Commission des Droits et d l'Autonomie pour les Personnes Handicapées
C.D.E.S.	Commission Départementale de l'Education Spécialisé
C.I.F.	Congé Individuel de Formation
C.I.F.H.	Classification Internationale de Fonctionnement du Handicap
C.I.H.	Classification Internationale du Handicap
C.M.P.	Centre Médico Psychologique
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CROSMS	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico Sociale
C.V.S.	Conseil à la Vie Sociale
D.D.A.S.S.	Direction départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.G.A.S.	Direction Générale de l'Action Sociale
D.I.F.	Droit Individuel de Formation
D.R.E.E.S.	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
E.M.S.	Etablissement Médico Sociaux
E.P.E.	Equipe Pluridisciplinaire d'Evaluation
I.G.A.S.	Inspection Générale des Affaires Sociales
I.G.E.N	Inspection Générale de l'Education Nationale
I.M.P.	Institut Médico Pédagogique
I.M.Pro.	Institut Médico Professionnel
I.N.S.E.R.M.	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
I.R.	Institut de Rééducation
I.T.E.P.	Institut Thérapeutique Educatif Pédagogique
I.U.F.M.	Institut Universitaire de Formation des Maîtres
M.D.P.H.	Maison Départementale des Personnes Handicapées
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé

P.A.U.F.	Plan Annuel d'Utilisation des Fonds
P.J.J.	Protection Judiciaire de la Jeunesse
P.P.S.	Projet Personnalisé de Scolarisation
S.E.S.	Section d'Education Spécialisée
S.E.S.S.A.D.	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

Introduction

C'est en occupant depuis cinq ans le poste de directeur adjoint à l'ITEP Peyrebrune de Nèfiach dans les Pyrénées Orientales que je me suis engagé dans une réflexion autour des changements imposés par les nouvelles politiques sociales.

En effet depuis les lois du 2 janvier 2002¹ et du 11 février 2005², les établissements médico-sociaux doivent développer des logiques de service et favoriser l'accès au droit commun des usagers dont ils ont la charge.

Ce nouveau cadre a pour conséquences de modifier le statut des personnes accueillies, les relations qu'elles peuvent entretenir avec les dispositifs existants et les professionnels des établissements.

La question qui m'est posée, de la place de directeur de l'ITEP Peyrebrune, est celle de s'adapter à ce changement de culture.

Je montrerai comment la réorganisation en interne et la mise en place d'un partenariat interinstitutionnel permet de répondre à ce changement. Pour se faire je démontrerai que la mise en place de la relation de service comme base de transaction avec l'usager et son environnement vient optimiser l'accompagnement des enfants accueillis à l'ITEP.

Dans ma première partie je parlerai de l'évolution de la notion d'accompagnement au regard de celle des politiques sociales depuis 1975 qui touche le champ du handicap et plus précisément celui du secteur de l'enfance. Je dresserai ensuite un **constat** sur la personnalisation de l'accompagnement à l'ITEP, en particulier sur le mode d'échange existant entre l'établissement et les usagers, dans le domaine du projet personnalisé et de la participation. Je réfléchirai sur les conditions mises en place pour évaluer ces relations mais aussi sur la référence pratique utilisée par l'ITEP pour répondre à la mission de soin et d'éducation.

Analyser et comprendre, le mode d'accompagnement actuel pour répondre à cette mission, fera l'objet de ma deuxième partie. Cela m'amènera à définir la notion de trouble du comportement, de mettre en avant les postures professionnelles afin de faire ressortir **les causes explicatives** relatives aux difficultés rencontrées par l'ITEP pour élaborer une véritable relation de service.

¹ Relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale

² Sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Optimiser le projet personnalisé d'accompagnement, reconnaître l'utilisateur par sa participation, identifier la transaction, élaborer une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles et mettre en place une organisation partenariale interinstitutionnelle pour traiter des situations limites de prise en charge, sont les réponses que je ***préconiserai*** dans ma troisième partie.

1 Un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique qui doit concrétiser la personnalisation de l'accompagnement des enfants

Depuis 1909 où le docteur Bourneville humanisa les asiles en les transformant en lieu de soin, la notion d'accompagnement a pris différents sens.

« *L'accompagnement c'est l'action ou la façon d'accompagner* »³. Accompagner qui vient du mot compagnon du latin « *con pane : celui qui mange son pain avec* »⁴. « *C'est partager le pain, c'est en quelque sorte revenir au contrat idéal, celui ou la seule ressource rare, la nourriture nécessaire est divisée équitablement entre les compagnons. Image archétypale de l'évangile, le partage du pain suppose une communauté de destin* »⁵.

Au quotidien cette dimension étymologique de l'accompagnement est présente dans nos établissements car l'acte de comprendre ou de faire comprendre exige un vécu en commun entre usagers et professionnels. Mais l'accompagnement dans le cadre de nos interventions c'est aussi un processus relationnel contractuel (droits et devoirs des uns et des autres) lié à l'évolution des politiques sociales.

1.1 L'évolution de la notion d'accompagnement au regard des politiques sociales depuis 1975

Ces relations contractuelles ne peuvent pas être séparées des différents modèles théoriques que sous tendent les politiques sociales car celles-ci sont des mesures prises par une nation en vue d'améliorer l'accompagnement des populations.

1.1.1 Un accompagnement qui crée des catégories par les lois 75-534 et 75-535 du 30 juin 1975

A) L'intégration comme outil à l'accompagnement

Un véritable tournant a eu lieu en 1975 où d'une logique ségrégative, en particulier dans le domaine scolaire par la création des SES en 1967, on va passer à un mouvement qui place l'intégration au cœur des nouvelles orientations de la loi n° 75-534 dite d'orientation en faveur des personnes handicapées et de la loi n° 75-535 relative

³ Dictionnaire du petit Robert

⁴ Dictionnaire étymologique Larousse – J. Dubois ; H. Miterrand ; A. Douzat

⁵ Dictionnaire critique de l'action sociale sous la direction de J.Y. Barreyre ; B. Bousquet ; A. Chantreau ; P. Lassus – collection travail social – Bayard éditions

aux institutions sociales et médico-sociales. Dans son article 1 l'intégration devient une obligation nationale.« ... *l'intégration sociale, l'accès aux sports et aux loisirs, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi et la garantie minimum de ressources du mineur et de l'adulte handicapé, constituent une obligation nationale* »⁶.

B) Le principe de l'obligation éducative est posé par la loi

En ce qui concerne l'organisation scolaire, les enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative. La loi pose le principe que celle-ci peut être satisfaite soit dans le milieu ordinaire soit dans le milieu spécialisé. C'est à la CDES⁷ que reviendra la tâche de coordination entre ces deux milieux. « *Les enfants et adolescents sont soumis à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une éducation ordinaire, soit, à défaut une éducation spéciale, déterminée en fonction des besoins particuliers de chacun deux par la commission instituée à l'art.6* »⁸.

C) Le constat de la catégorisation : des parcours qui se construisent autour de logique de placement

Cependant la coexistence de l'éducation spéciale et de l'école ordinaire va entretenir l'existence de deux mondes. L'un qui marginalise les élèves, les écarte de la norme, l'autre conçu pour recevoir tous les autres. Dans son rapport sur l'accès à l'enseignement des enfants et adolescents handicapés de l'IGAS et de l'IGEN les auteurs précisent que « *des refus sont encore opposés trop souvent aux demandes émanant des parents ou des établissements spécialisés[...] le handicap provoque des phénomènes de rejet et d'exclusion [...] les refus entraînent des ruptures dans la scolarité des élèves handicapés [...] chaque année l'intégration scolaire des enfants handicapés est susceptible d'être remise en cause [...] la non accessibilité des locaux correspond, dans les faits, à un refus d'accueil...* »⁹.

Aussi ces lois cadres de 1975 fondées sur le principe d'équité : donner plus à ceux qui ont moins présenteront deux inconvénients :

⁶ Art.1 loi du 30 Juin 1975 n° 75-535

⁷ Commission Départementale de l'Education Spécialisée

⁸ Chapt. 1^{er} Art. 4 loi du 30 Juin 1975 n° 75-534

⁹ Rapport Mars 1999 – n°99-002 présenté par P.Naves ;M. Gaüzere ; C.Trouvé (IGAS :inspection générale des affaires sociales) B. Gossot ;C.Mollo (IGEN :inspection générale de l'Education Nationale)

En effet le cloisonnement entre l'enseignement ordinaire et l'éducation spéciale laissera entrevoir certaines limites au système. A l'école la conception de l'intégration sera de dire que tous les enseignants peuvent s'occuper d'enfants handicapés pourvus que ces enfants soient aptes à suivre un enseignement ordinaire. Cette approche induira alors que les enfants qui ne peuvent pas suivre cet enseignement ordinaire devront être orientés vers les établissements spécialisés. Ces lois de 1975 créeront ainsi des effets filières, même si la réforme du mécanisme d'orientation, par la création de la CDES avait pour but d'éviter la constitution de filière ségrégative en répondant au souhait des parents ou en proposant un projet d'accompagnement.

Elles stigmatiseront également des populations car la vision du handicap sera uniquement axée sur la personne. Cette approche sera induite par un regard médical d'évaluation du handicap. L'évaluation des enfants fera référence à la CIH¹⁰ qui attribue uniquement le handicap sur la personne sans tenir compte de l'environnement social de cette même personne. Ce regard médical se focalisera sur les causes du handicap. Ainsi les lois de 1975 seront centrées sur la définition du statut du handicap au détriment des relations qu'a la personne avec son environnement social et culturel. Par ce regard c'est la personne qui sera sollicitée et considérée comme porteuse, voire responsable de son handicap. C'est à elle qu'il sera demandé de faire le nécessaire pour occuper sa place parmi les autres. A l'école ce sera à l'enfant handicapé de réussir dans les apprentissages identiques à ses pairs.

De plus certains établissements médico-sociaux accueillant des enfants et adolescents comprenaient mal les raisons pour lesquelles il était préférable d'intégrer des enfants handicapés, donc diminués, dans des situations inconfortables de la vie quotidienne alors qu'ils bénéficiaient (dans l'établissement) d'un cadre sécurisant, des soins adaptés et de personnels spécialisés leur assurant les meilleures conditions de développement pour satisfaire à l'obligation éducative prévue dans la loi du 30 juin 1975 n° 75-534. Comme l'indiquait les chiffres de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) en février 2004¹¹, « 65% des enfants accueillis en établissements spécialisés étaient scolarisés sur place ». Pour beaucoup d'enfants leurs parcours s'est donc construit autour d'une logique de placement avec le risque d'engendrer une super dépendance aux règles et aux exigences des institutions en échange de la protection qu'elles pouvaient leur fournir.

¹⁰ Classification Internationale du Handicap

¹¹ Etudes et résultats n°288 sur les établissements pour enfants et adolescents handicapés

Dans le prolongement des lois de 1975 fondatrices de l'action sociale, les annexes XXIV représentaient le cadre administratif des Instituts de Rééducation (IR).

1.1.2 L'accompagnement des enfants handicapés défini par les annexes XXIV du 27 octobre 1989 : *une possibilité d'entretenir la confusion*

Les instituts de rééducation (IR) étaient régis par les annexes XXIV du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989, qui avait modifié les dispositions du décret n° 56-284 du 9 mars 1956 fixant les conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents, présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptées .

A) L'utilisateur et la famille au centre du dispositif

Elles réaffirmeront l'intégration comme obligation nationale prévue par les lois de 1975 en précisant que «... *la prise en charge tend à assurer l'intégration dans les différents domaines de la vie ...*»¹² tant sur le plan scolaire que professionnel. Elles parleront de l'individualisation des parcours et du travail en milieu ordinaire par le biais des SESSAD¹³. Elles placeront la famille comme interlocuteur incontournable de la prise en charge de leur enfant. Elle devra être « ... *accompagnée ...* »¹⁴ associée, informée et saisie quant au fait ou décision qui relève de l'autorité parentale. « La famille doit être associée, autant que possible à l'élaboration du projet individuel, pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation... »¹⁵. Elles replaceront l'utilisateur au centre du dispositif.

B) Première définition du type de population accueillie en IR : *possibilité de confusion*

Elles donneront une définition du handicap pour les enfants accueillis en IR. « ...*Enfants ou 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 médicaux éducatifs pour le déroulement de leur scolarité...* »¹⁶ En laissant planer une ambiguïté quant à la spécificité de l'IR confirmée également par la circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989. Celle-ci rappelait, dans son introduction, le principe du droit à l'éducation pour les enfants handicapés énoncé déjà

¹² Art.2 – Annexes XXIV du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989

¹³ Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

¹⁴ Idem

¹⁵ Art.3 Annexes XXIV

¹⁶ Art.1 Annexes XXIV

dans la loi d'orientation de 1975. Elle faisait également référence aux dispositions déjà en place, du fait de la sectorisation psychiatrique infanto juvénile (1972). Ces références énoncées, elle précisait la destination des IR : « *l'institut de rééducation se doit d'être un cadre tout autant thérapeutique que pédagogique, afin d'éviter que l'enfant ou l'adolescent ne s'enferme dans la filière inéluctable du handicap ... l'objet de ces établissements et services, relevant de l'annexe XXIV, n'est pas d'accueillir des enfants en difficultés sociales, **sauf dans le cas, où , et éventuellement, du fait de ces difficultés**, ces enfants présentent des déficits ou des troubles nécessitant la mise en œuvre d'une éducation spécialisée ou d'un projet thérapeutique* ».

C) Constat des nouvelles modalités de fonctionnement proposées par les annexes

La réunion dans un même texte réglementaire de trois types d'établissements : Institut Médico-pédagogique (IMP) ; Institut Médico-Professionnel (IMPro) et IR avec la possibilité d'accueillir dans les deux premiers des enfants et adolescents déficients mais également présentant des troubles de la personnalité provoquera chez les professionnels du secteur (CDES et EMS¹⁷) des confusions quant aux orientations ,non sans conséquence graves pour les usagers, dues aux difficultés d'accompagnement provoquées par l'hétérogénéité des populations.

Ainsi de 1975 à 1990 les politiques sociales ont structuré le secteur médico-social sur une logique de moyens où l'accompagnement des enfants en IR se construisait sur une logique de placement. A partir de 1995 de cette « *culture d'établissement* qui se traduisait par l'affectation d'un individu à une structure »¹⁸ va se substituer une culture de service personnalisé où l'intérêt de la personne accueillie devra primer sur l'intérêt de l'établissement.

1.1.3 Un accompagnement fondé sur un nouveau modèle théorique : la reconnaissance des droits des usagers

A) Le droit des usagers un changement de culture

La personnalisation de l'accompagnement sera abordée d'abord en décembre 1995 par le rapport Joint-Lambert publié par l'IGAS. Il affirmera le poids de la place des usagers et de leurs familles dans les établissements médico-sociaux. Pour garantir cette place deux impératifs s'imposeront :

- L'intérêt de la personne devra primer sur l'intérêt de l'établissement

¹⁷ Etablissement Médico-Sociaux

¹⁸ Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale – J.R. Loubat – édition Dunod

- Devra être mis en place un projet individualisé formalisé, garanti par un contrat de séjour.

Cela donnera suite à un projet de loi en février 2001 qui aboutira le 2 janvier 2002 au vote de la loi 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Elle s'appuiera sur quatre insuffisances de la loi du 30 juin 1975 dont l'inexistence des droits pour les usagers. Un des changements les plus symboliques sera effectivement l'introduction de l'usager au centre du dispositif avec l'obligation pour les EMS de mettre en place ces droits et les outils qui garantiront leur application. La personnalisation de l'accompagnement se concrétisera notamment par le droit pour l'usager d'avoir un projet individualisé qui tient compte de son âge et de ses besoins. Ce projet devra être établi en respectant le consentement éclairé de la personne. Celle-ci devra participer de façon directe et/ou par l'intermédiaire de son représentant légal à la conception et à la mise en place de son projet d'accueil et d'accompagnement.

B) Un nouveau modèle de politique sociale : *le droit commun*

Aujourd'hui avec la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées nous entrons dans un nouveau modèle théorique, celui du droit commun. C'est là aussi un changement dans l'accompagnement des enfants atteints de troubles du comportement. Avec cette loi l'objectif sera de tendre à la promotion de ces enfants dans la société. En particulier la loi du 11 février 2005 détermine une nouvelle organisation de l'école définie plus précisément dans le décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap et dans la circulaire n° 2006-126 du 17 août 2006 relative à la mise en œuvre et suivi du projet de scolarisation. Cette loi du 11 février 2005 va réviser l'obligation éducative du 30 juin 1975 pour poser le principe de l'obligation de scolarisation dans le milieu ordinaire pour tous. Elle encourage le passage du milieu spécialisé au milieu ordinaire en favorisant un travail de complémentarité entre professionnels, concrétisé dans le PPS (projet personnalisé de scolarisation) dont l'enseignant référent en est le garant tout comme pour le parcours de scolarisation de l'enfant.

C) Dans un environnement en mutation : *le passage de l'IR à l'ITEP*

En janvier 2003 l'association des instituts de rééducation l'AIRe va proposer aux pouvoirs publics un texte dont la vocation était de clarifier le cadre général des IR en vue de l'écriture d'une annexe spécifique aux IR, futur ITEP. Le 6 janvier 2005 sera établi le décret n° 2005-11 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des ITEP. Son objet sera d'aider à la transformation des IR en ITEP, d'en préciser les caractéristiques en particulier les problématiques des enfants concernés ; la dynamique de l'intervention basée sur une conjugaison des actions thérapeutiques, éducatives et

pédagogiques ; l'organisation et le fonctionnement. Les actions de l'ITEP seront inscrites dans le cadre législatif et réglementaire de la loi du 11 février 2005. Outre les problématiques et les besoins des enfants y seront déclinées les indications d'orientations : difficultés psychologiques importantes et qui perdurent ; enfants en situation ou risque de désinsertion familiale, scolaire ou sociale. Par ailleurs il confirmera que l'approche interdisciplinaire constitue une des spécificités de l'ITEP. Enfin il précisera que l'hétérogénéité des populations comme par le passé dans les IR n'est plus possible

De la prise en charge surprotectrice tendant à l'intégration d'une personne dans une institution particulière, à la promotion de l'usager dans la société, comment un ITEP relevant du décret du 6 janvier 2005 peut optimiser l'accompagnement des enfants qu'il accueille ?

Je resituerai d'abord l'ITEP à travers l'évolution de l'établissement puis après avoir identifié la population accueillie j'examinerai le mode d'accompagnement qui est mise en place pour répondre à la mission d'éducation et de soin.

1.2 D'une logique d'équipement à une logique de service : *l'évolution d'un ITEP*

1.2.1 L'évolution de l'établissement en liaison avec les divers déménagements de l'établissement

- A) Des choix d'équipements qui rendent difficile la prise en charge d'enfants présentant des troubles du comportement

L'ITEP Peyrebrune est un établissement géré par l'ARAS (association roussillonnaise d'action sociale) association loi 1901 à but non lucratif créée en 1977. En 1982 l'ARAS est sollicitée par le bureau d'aide sociale de la ville de Perpignan pour prendre la responsabilité et la gestion de sa maison d'enfants dénommée « les Isards ». Elle est située dans le village de PY au fond d'une vallée du massif du Canigou. Il apparaît très vite que cette maison d'enfants n'est pas adaptée, en particulier au niveau des locaux, pour recevoir des enfants présentant des troubles du comportement. Aussi en 1986 l'établissement déménage dans une importante maison bourgeoise, à Vernet les Bains précédemment aménagée pour recevoir des enfants asthmatiques. La position de ce nouvel établissement nommé « Clairefontaine » n'est pas moins favorable même s'il y a un rapprochement avec la sous préfecture (soins, clubs, collège).

Suite au décret de 1989 (annexe XXIV) l'association propose en 1992 un nouveau projet et l'établissement Clairefontaine devient véritablement un IR. La structure bâtie montre assez rapidement des limites en raison de sa vétusté, de la complexité de son

architecture intérieure et d'un espace réduit qui ne permet pas d'élargir la palette des prestations. L'association s'interroge alors sur l'opportunité de maintenir l'établissement sur Vernet les Bains. En 2000 une étude¹⁹ préalable à la révision du schéma départemental de 1995 pour les Pyrénées Orientales met en évidence que le nombre de place en IR est restrictif par rapport aux besoins et que l'établissement reste très éloigné de la résidence des familles.

B) De nouvelles orientations associatives influencées par la mutation du secteur médico-social

Il importe ici de repérer l'évolution de l'établissement façonnée depuis son origine par les valeurs de l'association directement liées aux mutations du secteur. Dans une première phase le secteur a vécu « *l'institutionnalisation, concrétisée par l'allocation des budgets publics, la mise en place d'agréments et de commissions, de conventions, de cursus de formation et de statuts professionnels...* »²⁰. L'association n'échappera pas à ce courant et orientera plutôt ses actions dans le sens d'un développement du patrimoine parfois au détriment des besoins des usagers. D'une logique d'équipement l'association passera à une deuxième phase où elle se recentrera sur les services qu'elle doit apporter aux personnes, la prise en compte de leurs conditions d'accueil ainsi que de leurs droits. Nul doute que ce changement de valeur n'ait été influencé par la mutation du secteur qui exige « *une lisibilité, une traçabilité plus poussée mais aussi une reconnaissance des droits des bénéficiaires et une intégration de l'activité des services dans un cadre commun...* »²¹ Dans le projet de l'ITEP Peyrebrune présenté au CROSMS²² le Président de l'association écrira en préambule : « *Il est de la vocation fondamentale de notre association de créer une nouvelle structure qui propose une diversification des modes d'accueils [...] Le projet qui suit va s'appuyer sur l'expérience passée et présente avec le souci de préparer un avenir conforme aux attentes et exigences nouvelles* ».

¹⁹ Annexe 1 : extrait de la révision du schéma départemental de 1995

²⁰ La relation de service au cœur de l'action sociale et médico-sociale – ASH 9 mars 2007 – n° 2497

²¹ Idem

²² Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

- C) Des orientations de l'association qui s'ouvrent aux politiques sociales : *de l'IR Clairefontaine à l'ITEP Peyrebrune*

En 2002 en étroite collaboration avec la DDASS²³ et à partir des besoins exprimés par la CDES (devenue CDAPH²⁴) l'association propose de transférer l'établissement dans un secteur plus proche du bassin de population ; le situer dans un environnement plus favorable (proximité urbaine, dispositif scolaire) ; créer une structure bâtie nouvelle, dans un environnement proche de Perpignan (15Km – village de Nefiach)²⁵ ; maintenir 25 places en internat pour enfants de 6 à 13 ans; ouvrir une prestation d'accueil en familles spécialisées ; créer 25 places de semi internat pour enfants de 6 à 13 ans ; créer 20 places de SESSAD pour enfants de 5 à 16 ans .

1.2.2 Un accompagnement qui doit s'adapter à l'évolution du cadre administratif et à la population accueillie

- A) Retour sur le cadre administratif

A l'initiative de l'AIRE, les ITEP ont une identité mieux définie. *« Ils sont des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques qui accueillent des enfants et adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression notamment l'intensité des troubles du comportement perturbent gravement la scolarisation et l'accès aux apprentissages [...] Ils 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 ».*²⁶ Les ITEP ne sont donc pas destinés à recevoir les autistes, des enfants qui présentent des psychoses et des déficiences. Désormais la conception de l'accompagnement et de la prise en charge des soins doit s'envisager par une articulation entre les mesures thérapeutiques, éducatives et pédagogiques.

- B) Age, origine sociologique et géographique de la population

Age et répartition par sexe :

L'ITEP Peyrebrune reçoit 50 garçons et filles âgés de 6 à 13 ans. Les garçons sont majoritaires dans une proportion quasi constante depuis plusieurs années : 85% de garçons, 15% de filles.

²³ Direction départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

²⁴ Commission des Droits et de l'Autonomie pour les Personnes Handicapées

²⁵ Annexe 2 : comparaison des lieux de résidence des jeunes accueillis à Vernet les Bains et à Nefiach

²⁶ Art.D 312-59-1 décret relatif au ITEP 2005-11 du 6 janvier 2005

Origine géographique :

La totalité des enfants accueillis dans l'établissement sont originaires des Pyrénées orientales. Dans leur grande majorité ils sont originaires du bassin de la population de Perpignan c'est-à-dire Perpignan et les villes et villages dans un rayon de 15 Km alentour. Il faut savoir que 35 à 45% des familles résident à Perpignan.

Origine Sociologique :

Pour 75% les enfants orientés à l'ITEP sont issus de milieux économiquement très modestes, voire pour certains défavorisés ou en situation précaire. 30% des familles en moyenne bénéficient ou ont très récemment bénéficié d'une AED (aide éducative à domicile) ou d'une AEMO judiciaire (aide éducative en milieu ouvert).

Les milieux d'origine des enfants sont souvent marqués par des ruptures :

- séparation des parents, perte du réseau familial d'origine du fait du déplacement géographique.
- Beaucoup d'enfants vivent avec un parent seul, ou dans une famille plusieurs fois recomposée et avec une fratrie composite.

C) La procédure administrative pour entrer à l'ITEP

Le commanditaire est la CDAPH, à partir d'une demande des parents évaluée en EPE (équipe pluridisciplinaire d'évaluation) de la MDPH (maison départementale pour les personnes handicapées). Les parents restent décideurs de l'acceptation ou non de l'orientation CDAPH. Celle-ci est notifiée aux parents et s'impose à l'établissement.

Dans la pratique, l'orientation par la CDAPH, des enfants vers un ITEP fait référence à des symptômes repérés :

- échec scolaire et inappétence malgré une intelligence normale,
- difficultés de mémorisation,
- intolérance à la frustration,
- instabilité émotionnelle ou psychomotrice,
- refus des règles de vie scolaire, familiale, sociale,
- difficultés d'organisation spatio-temporelle, immaturité motrice, instabilité psychomotrice,
- troubles du langage, dyslexie, dysgraphie,
- violence et agressivité, transgression,
- conduite d'échec,
- angoisse d'abandon,
- images négatives, inhibition,
- quête affective

Autant de symptômes aux causes multiples qui placent l'enfant en grave difficulté avec sa famille, son environnement, avec l'école. Je m'arrêterai un instant dans la deuxième partie sur ces difficultés qui contraignent l'évolution et les apprentissages de l'enfant et qui traduisent chez lui une grande souffrance.

1.2.3 Une logique de service qui doit permettre la personnalisation de l'accompagnement : *les missions de l'ITEP*

A) Une prestation repensée qui doit prendre en compte l'enfant et sa famille

Le décret 2005-11 et la loi 2002-2 confirment et amplifient la notion d'individualisation des prestations de service au bénéfice des personnes handicapées ou inadaptées. La prise en charge de l'enfant doit être globale, dynamique et personnalisée. C'est la notion de projet thérapeutique, éducatif et pédagogique qui est réaffirmée. Dans cette nouvelle logique de prestation la place des parents est essentielle. Il ne leur est plus demandé d'adhérer au travail d'une équipe mais de participer à l'élaboration du projet et à sa mise en œuvre.²⁷ Les familles doivent être considérées par les professionnels comme des acteurs essentiels reconnus par leurs droits, entendus dans leurs difficultés et accompagnés. L'accent est mis sur la nécessité de préserver des liens de l'enfant avec son milieu familial. C'est pourquoi l'ITEP propose un nouveau dispositif qui intègre ces éléments et qui permet à l'enfant de s'inscrire dans un parcours d'évolution.

B) Le nouveau dispositif de l'ITEP Peyrebrune

Après le passage en CROSMS et l'autorisation accordée par le préfet, l'ITEP Peyrebrune a ouvert dans un ensemble de prestations repensées sous la forme d'un dispositif où les modes d'accueil sont diversifiés avec :

- un internat de 25 places
- un semi internat de 25 places

Tous deux pour garçons et filles âgés de 6 à 13 ans.

- un SESSAD de 20 places pour garçons et filles âgés de 5 à 16 ans.

Ce dispositif doit désormais permettre à partir des indications de la CDAPH, des demandes et des choix des parents, de mettre concrètement en œuvre un projet personnalisé pour chaque enfant²⁸.

²⁷ Art. 4 lois 2002-2 de rénovation de l'action sociales et médico - sociale

²⁸ Art. D 312 -59 – 5 décret 2005-11 du 6 janvier

C) Trois outils d'intervention au service de l'élaboration du projet personnalisé

Le projet personnalisé est élaboré désormais à l'ITEP sur la base d'un dispositif d'intervention qui comporte trois outils : l'internat, le semi internat et le SESSAD. Les orientations dans ces différents services reposent sur la base d'indications suivantes :

L'internat :

La justification à l'internat est à considérer de différents points de vue :

- nécessité de marquer une rupture avec un « avant » pour favoriser un « pendant » et un « après ». cet aspect touche à la nécessité d'une relégitimation tant des enfants que des parents.
- Coupure de l'enfant avec le milieu familial pour apaiser les conflits, sortir de situation d'échec.
- Repositionnement dans un cadre nouveau, exister dans un ailleurs et disposer d'une place.
- Sortir d'une logique de rejet (rejeté / rejetant).

Il s'agit en fait de favoriser les conditions d'un re-commencement. L'internat doit être un cadre sécurisant pour favoriser l'acquisition d'une autonomie de base. Les enfants sont accueillis sur trois groupes d'âge ou/et d'autonomie. Ils sont encadrés par quatre éducateurs. Chaque groupe n'excède pas le nombre de neuf enfants.

Le semi internat :

L'orientation en semi internat est indiquée lorsque la rupture avec le milieu familial ou l'environnement social n'est pas nécessaire, voire contre indiquée. En règle générale l'enfant accueilli au semi internat ne peut plus suivre une scolarité « normale ». Aussi il peut bénéficier par son orientation d'une scolarisation dans l'établissement ainsi que des soins et des rééducations pendant la journée. Le semi internat est identifié de façon distincte, au niveau des locaux, de l'internat. Il s'agit de marquer clairement que les enfants en externat ont aussi une place. Dans le cadre scolaire ils sont répartis avec les autres enfants de l'ITEP. Encadrés par cinq éducateurs les enfants arrivent chaque matin dans l'établissement et rentrent chez eux le soir.

Le SESSAD :

Le SESSAD est un service d'éducation spéciale et de soins à domicile. Il vise à la mise en œuvre d'un projet d'intervention au plus proche de l'enfant maintenu dans son milieu maternel. Il s'adresse donc à des enfants qui peuvent rester en famille et suivre leur scolarité dans un établissement « ordinaire » malgré leurs difficultés de comportement et d'apprentissages scolaires.

Ainsi par la construction d'une nouvelle structure proche du bassin de la population accueillie et en se dotant de ces trois outils d'intervention l'ITEP Peyrebrune s'est efforcé de traduire dans ces nouvelles orientations les axes prioritaires du schéma départemental médico - social des Pyrénées Orientales : « *l'offre de service doit être*

délocalisée, rapprochée de l'agglomération de Perpignan. Ses modes d'accueil seront équilibrés en internat et externat »²⁹.

Cependant, pour un établissement dont la principale difficulté a été de trouver une identité : caractéristiques d'une population à accueillir, implantation géographique adaptée, la notion d'accompagnement personnalisé n'est pas sans poser question.

1.3 La personnalisation de l'accompagnement des enfants orientés à l'ITEP Peyrebrune : *une avancée difficile*

1.3.1 La négociation un mode d'échange pas totalement ancré dans la culture institutionnelle.

Désormais aux relations fondées sur l'action d'assumer un devoir être aux connotations diverses : caritative, humaniste, volontariste qui laissaient peu de place à l'expression de l'usager doivent se substituer des relations axées sur la négociation. *« Ce mode transactionnel se traduit par la contractualisation comme proces démocratique de négociation d'un échange. Ce nouveau cadre de droit commun a pour conséquence de modifier le statut des personnes concernées, et partant, les relations qu'elles peuvent entretenir avec les dispositifs existants et leurs professionnels : les bénéficiaires des services sociaux et médico-sociaux ne sont plus en premier lieu, des patients, des handicapés, des inadaptés mais des interlocuteurs à part entière, acteurs de leur destinée »*³⁰.

A) Le projet Individuel

Le projet individuel est une concrétisation de ce mode de transaction. l'ITEP Peyrebrune n'a pas attendu la loi de rénovation de l'action sociale pour le mettre en place. Cette notion fût imposée dès 1989 par les annexes XXIV. Cependant son élaboration ne me paraît pas aujourd'hui satisfaisante ni répondre à son objectif initial à savoir : définir une visée singulière pour chaque enfant ainsi que les modalités pour y parvenir. Même s'il reste le moteur du travail à l'ITEP, il s'opère sur le mode de la prise en charge. L'analyse des besoins s'effectue à partir d'un constat qui privilégie trop souvent les problèmes de l'enfant, ce qui ne va pas, au détriment des savoirs être, des savoirs faire, bref des potentialités de l'enfant. Les actions proposées peuvent alors correspondre me semble-t-il plus aux attentes des professionnels qu'aux attentes de

²⁹ Extrait d'une partie des conclusions du schéma départemental pour les établissements relevant des annexes XXIV

³⁰ Instaurer la relation de service en action sociale et médico sociale JR Loubat édition Dunod p

l'enfant. Egalement dans l'approche des besoins est prioritaire essentiellement l'évaluation des enfants que l'on accueille au détriment de l'évaluation des actions que l'on mène. Même s'il est nécessaire lors des réunions de synthèse de ne pas évacuer les troubles des enfants, leurs pathologies et d'en observer les effets au quotidien. Ce mode culturel de prise en charge a pour conséquence d'amener le professionnel à faire pour l'utilisateur et non pas à faire avec lui. C'est pourtant cette évolution d'une logique de prise en charge à un concept d'accompagnement qui est encouragée par la loi 2002-2. Le risque majeur est qu'à trop accentuer notre regard sur les enfants sans différencier la cause des effets on peut facilement oublier les réels besoins de l'utilisateur, son adhésion au projet ainsi que celle de ses parents.

B) Resituer la place de l'utilisateur et de sa famille dans l'institution

La personnalisation de l'accompagnement reposera toujours sur le projet mais afin que celui-ci devienne opérant, elle doit s'exercer sur la participation à la fois de l'enfant et de ses parents. « *La famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel, pédagogique, éducatif et thérapeutique, à la mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation* »³¹. Actuellement à l'ITEP Peyrebrune parents et enfants sont conviés à une réunion dite de présentation du projet individualisé. Celle-ci s'organise autour d'entretiens avec :

- les parents et le médecin psychiatre pour la partie soin
- les parents ; moi-même, directeur adjoint ; l'éducateur référent ceci pour la partie éducative
- les parents ; directeur adjoint ; l'instituteur pour la partie pédagogique
- au final au bout de 1h30 d'entretien l'enfant est convié à nous rejoindre pour une présentation des axes de travail.

Malgré un désir d'impulser une démarche participative peu de négociations ressortent de ces échanges. La cause peut être attribuée à la souffrance des enfants et des familles, aux situations relationnelles et familiales très souvent complexes, lourdes donc difficiles à aborder et à dénouer. Je pense qu'elle peut aussi être attribuée au passage difficile à négocier aujourd'hui par l'ITEP qui est la contractualisation.

Nous ne nous sommes pas suffisamment penchés sur la question de ce nouveau mode relationnel prestataire / utilisateur qui s'appuie sur la personnalisation de l'accompagnement. C'est l'éthique de l'établissement qui est actuellement en jeu et qui doit être re-questionnée :

- affirmation des droits des usagers

³¹ Art. 2 loi n° 2002-2 de rénovation sociale et médico sociale

- volonté de replacer ceux-ci au centre du dispositif par une reconnaissance plus accrue de leurs besoins et surtout de leurs spécificités.

C'est la prise en compte de la notion de consentement éclairé qui est à approfondir. Comme je le disais précédemment il n'est plus adapté de faire pour, maintenant il faut faire avec. Cet « avec » doit se construire sur des espaces d'écoute, mais aussi d'expression, finalement de participation de l'enfant et de sa famille à l'élaboration de son projet d'accueil et d'accompagnement. Développer la participation de la famille à l'action des professionnels et surtout ne jamais les abandonner à l'arbitraire institutionnel est une priorité que l'ITEP doit encore développer. Les prestations fournies par l'établissement n'auront un sens que si les parents s'en accapareront car là elles deviendront transférables au milieu naturel où se développe l'enfant.

- C) Une contractualisation peut être identifiée qui ne favorise pas le développement de la citoyenneté

La traduction de cette négociation apparaît à l'ITEP par l'écriture d'un projet individualisé de l'enfant. Il est signé par les parents en tant que responsables légaux et par l'enfant pour indiquer qu'il a entendu les propositions de soins le concernant. Il est le seul document qui atteste la preuve de la participation de l'enfant et de ses parents. Son processus d'élaboration est aussi la seule instance à reconnaître l'enfant et ses parents comme citoyens en capacité de participer à la vie institutionnelle.

Si l'ITEP a pris en considération que la contractualisation ne peut plus se faire d'actions non identifiées et non écrites il n'en reste pas moins vrai que dans la pratique la mise en place du projet individualisé puis sa présentation ne témoigne pas de l'existence d'une réciprocité volontaire. Comment le consentement éclairé de la personne peut-il être alors évoqué ? La citoyenneté « *fondement même de la démocratie par la reconnaissance de toute personne comme adhérent et participant à une communauté* »³² est un outil au service de l'utilisateur mais aussi de l'établissement. S'attacher à son développement peut permettre à celui-ci de s'extraire définitivement de cette logique de prise en charge.

1.3.2 L'ITEP face aux difficultés à évaluer ses prestations

³² Instauration de la relation de service dans l'action sociale et médico sociale JP Loubat édition Dunod 2002 p 15

A) L'évaluation un outil de travail rendu obligatoire par le cadre réglementaire

Désormais ce qui légitime un service ou un établissement c'est sa capacité à apporter une réponse adaptée à la situation d'une personne : l'utilisateur

Parmi les orientations de la loi du 2 janvier 2002 l'évaluation des prestations est énoncée comme impérative. « *Les établissements et services [...] procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment des procédures de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées[...] par un conseil national de l'évaluation [...] Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation* »³³

B) Un enjeu de taille : la démarche qualité

Le concept d'évaluation nous vient du secteur marchand et pose le principe de la « qualité » du service rendu à l'utilisateur. Qualité qui conditionne le renouvellement des établissements à travers une évaluation externe. « *Les établissements font procéder à l'analyse de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur [...]. Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci* »³⁴.

Ici je m'intéresserai à l'évaluation interne axée sur le suivi et l'amélioration des processus de travail.

A l'ITEP évaluer c'est avoir un regard critique autour d'un objectif apparemment simple :

« *accueillir dans un établissement un enfant qui présente des troubles du comportement et l'aider à évoluer favorablement pour qu'il retrouve le plus rapidement possible le milieu ordinaire* ».

L'évaluation vise aussi à un changement des pratiques et des habitudes qui conduit à un repositionnement de chaque professionnel dans son rôle, sa fonction, sa responsabilité.

A l'ITEP les moyens d'informations et d'échanges ont été développés et formalisés, les statuts et les fonctions confortés. Toutefois le repérage d'un objet de travail clair et suffisamment précis pour servir de référence constante susceptible d'énoncer des résultats sur l'évolution de nos pratiques professionnelles reste à construire.

Je pense que la relation usager – prestataires doit être évaluée régulièrement si l'on veut optimiser la personnalisation de l'accompagnement même si « *la grande richesse de l'économie sociale réside dans la qualité des hommes qu'elle emploie* »³⁵.

Plusieurs niveaux d'action qui doivent être évalués peuvent être repérés à l'ITEP :

³³ Art. 22 sections 5 de l'évaluation et des systèmes d'information - loi 2002-2

³⁴ Idem

³⁵ Manager le changement dans l'action sociale JM Miramon édition 2001 ENSP p 49

- l'impact du service rendu sur les usagers et leurs familles mais aussi les partenaires extérieurs
- les projets individualisés
- l'implication du personnel dans le projet, la mission de l'établissement et la mise en cohérence entre les objectifs des uns et des autres.
- Interroger les pratiques professionnelles en rapport à l'évolution des enfants ; l'efficience des dispositifs mis en place.

Depuis la mise en place le 14 mars 2007 du plan de développement de la bientraitance et de renforcement pour lutter contre la maltraitance on peut considérer que l'enjeu de l'évaluation est de taille dans notre secteur.

C) Lutter contre la maltraitance en utilisant l'évaluation

Dans l'institution il peut y avoir maltraitance quand il y a un acte de violence commis par un enfant sur un autre enfant. De même quand un professionnel n'est plus en mesure de réhabiliter un enfant narcissiquement faible.

La violence dans les institutions peut se situer dans son organisation :

- manque de cohésion du projet, d'établissement ou individualisé, avec la réalité
- peu de clarté sur les procédures d'admission et de réorientation
- manque de repérage des fonctions dans l'organisation
- pas de travail en transversalité pour le plateau technique
- qualification du personnel qui n'est pas adaptée à la population
- banalisation d'actes brutaux du personnel

Autant d'éléments, dans une liste qui ne se veut pas exhaustive, qui laissent à penser que la prévention de la maltraitance suppose une prise de conscience des risques et que son anticipation est nécessaire. Pour se faire la mise en œuvre d'une politique de bien traitance par la promotion d'une démarche qualité orientée vers les usagers me paraît indispensable. A titre d'exemple il est essentiel aujourd'hui à l'ITEP Peyrebrune de procéder à l'évaluation :

- dans le domaine éducatif à la pratique des règles, à la façon dont les enfants accèdent au sommeil : quels rites, quels rythmes et quelles règles facilitent le repli sur soi ?
- de quelle façon on organise le lever : comment est organisé le réveil ?

Une mauvaise prise en compte de leur déroulement peut être un indice de maltraitance institutionnelle que la pratique de l'évaluation peut éviter.

Dans le repérage de la violence institutionnelle on peut aussi énumérer l'enfermement de l'établissement dans le choix d'une référence de pratique unique.

1.3.3 Un support de référence pratique axé sur le clinique

A) Les anciens et nouveaux cadres réglementaires favorisent cette approche

Le décret sur les ITEP du 6 janvier 2005 dans son article D-312-59-1 indique que ce sont les difficultés psychologiques des enfants qui constituent les premiers éléments d'indication vers un ITEP. « *Leur intensité et leur caractère durable en constituent un des éléments essentiels* ». Antérieurement l'article 1 des annexes XXIV stipulait que les IR étaient des établissements accueillant « *des enfants susceptibles de rééducation thérapeutique sous contrôle médical* ». Il ressort donc de ces textes que la fonction première des ITEP est d'être un lieu de soin avec une prise en charge qui relève de l'assurance maladie. A une pratique professionnelle en direction du soin influencée par un cadre réglementaire va s'ajouter la dimension complexe des troubles du comportement.

B) La dimension psychologique des troubles du comportement va favoriser une pratique unique : *l'approche clinique*

Les troubles du comportement sont globalement l'expression d'une souffrance qui perturbe la socialisation mais qui agit aussi dans le domaine psychique. Une qualité d'écoute de la part des intervenants est alors nécessaire pour permettre aux enfants de sortir des systèmes de défenses parfois très rigides. L'action thérapeutique des professionnels sera de les aider à dépasser l'obstacle du passage à l'acte pour accéder à la parole. Dans la culture de l'établissement la référence pratique utilisée pour aborder ces situations sera le soin, au sens clinique, au détriment de l'éducatif et du pédagogique. En effet c'est uniquement sur une approche théorique psychanalytique que s'est fondé le travail institutionnel à l'IR Clairefontaine et qui influe encore aujourd'hui sur l'ITEP Peyrebrune.

C) Le tout clinique une vision réductrice du soin en ITEP

Il ne s'agit pas d'occulter la place que doit occuper le concept psychanalytique dans un lieu de soin comme celui de l'ITEP. Celui-ci doit être un espace thérapeutique qui doit permettre la circulation de la parole. Face à des enfants qui sont « *dans l'agir* », l'institution doit effectivement s'organiser en lieu de parole pour devenir soignante. C'est une position institutionnelle que doit garantir le directeur car je pense que c'est à travers cette dimension que l'ITEP peut aider l'enfant à se développer en tant que « *sujet* ». Cependant les troubles du comportement sont l'émergence d'une souffrance qui s'exprime par des difficultés personnelles mais dans un environnement social, scolaire et familial. A ne se centrer que sur les difficultés psychiques qui entravent l'enfant, l'environnement source aussi de conflit pour lui est trop souvent relégué au second plan par les professionnels. Apparaît alors un risque majeur qui est celui d'enfermer l'enfant

dans un rôle «d'objet » d'études et de soins le rendant seul responsable de son handicap.

Depuis l'apparition de l'expertise INSERM du 22 septembre 2005 qui affirme que : « *dans le trouble des conduites comme dans toute pathologie multifactorielle, les facteurs génétiques augmentent un risque...* »³⁶ la notion de trouble du comportement soulève des controverses. Cette posture éthique que je ne partage pas est un signe que parents, enseignants, travailleurs sociaux mais aussi chercheurs et hommes politiques sommes bien démunis. Pour ma part devant la complexité de la notion de trouble du comportement j'argumenterai mon exposé dans sa deuxième partie en m'appuyant sur les travaux du professeur Misès et de l'AIRe.

Conclusion partielle de la 1^{ère} partie

Dans cette première partie j'ai voulu décrire l'évolution réglementaire dans laquelle l'ITEP Peyrebrune doit exercer sa mission. De par son histoire, l'établissement a lui-même vécu des changements qui ont influencé l'accueil des enfants.

Personnaliser l'accompagnement des usagers reste un principe essentiel pour l'ITEP qui n'est cependant pas suffisamment ancré dans la démarche de soin et d'éducation.

Pourquoi les projets individuels s'opèrent-ils encore sur l'analyse faite à partir des constats qui privilégient les problèmes des enfants au détriment des savoirs faire et des savoirs être ? Pourquoi encore, les enfants et les parents n'ont pas de place les reconnaissant comme citoyens en capacité de participer réellement à la vie de l'établissement ? Où en est aujourd'hui l'évaluation des pratiques professionnelles ? Voilà autant de questions qui m'interrogent pour lesquelles j'essaierai de trouver des causes explicatives dans la deuxième partie. J'axerai mon travail sur :

- ° L'approche complexe des troubles du comportement
- ° Les résistances à la promotion de la relation de service

³⁶ Extrait de « trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent » expertise INSERM du 22 09 2005

2 Analyse du mode d'accompagnement actuel pour répondre à la mission d'éducation et de soin

Associer les troubles de la conduite chez l'enfant à une future instabilité professionnelle voire à de la délinquance ou de la criminalité sous jacente³⁷, laisse à penser qu'aujourd'hui notre jeunesse fait peur. Si s'ajoute à cela un contexte politique favorable, alors le thérapeutique dans nos institutions sera réduit « à l'utilisation de médicaments qualifiés d'anti-agressifs [...] où s'efface la singularité du sujet et aussi celles des intervenants »³⁸.

2.1 L'accompagnement d'enfants atteints de trouble du comportement : *un exercice périlleux*

Ainsi pour certains le thérapeutique est à aborder du côté du symptôme, pour d'autres c'est l'articulation entre des mesures d'ordre éducatif, pédagogique et thérapeutique qui sera soignante. Ces différentes approches nous montrent combien il est difficile de définir la notion de trouble du comportement et l'accompagnement des personnes qui en sont atteintes.

2.1.1 La complexité de la notion de trouble du comportement

A) Le trouble du comportement une notion qui entre dans le champ du handicap

Annoncer à des parents, lors des entretiens d'admission, que leur enfant entre dans le champ du handicap, qu'il faudra traiter le dossier en relation avec la maison départementale des personnes handicapées et la commissions des droits et de l'autonomie pour les personnes handicapées, n'est pas une tâche aisée. Au sentiment d'échec et à la souffrance ressentie s'ajoute alors le poids des mots. Aussi ce terme de « handicap » lourd de signification mérite que l'on s'y arrête un instant.

Ses origines sont anglaises : « Hand in the cap » littéralement : « la main dans le chapeau »³⁹. Il a été utilisé dans les paris des courses de chevaux puis dans le sport en général. De ce terme découle l'adjectif handicapé : le cheval était désavantagé car handicapé par une surcharge. Pour le Petit Robert ce terme se dit aussi « d'une personne présentant une déficience des capacités physiques ou mentales ». Dans le

³⁷ Expertise INSERM ,paragraphe 2, troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent

³⁸ Conditions institutionnelles du soin en ITEP, Professeur Misès R. à propos de l'expertise INSERM, p 13, octobre 2005

³⁹ Le Petit Robert

médico-social cette notion apparaît dans les années 1970 pour remplacer le terme d'inadaptation. Aujourd'hui on parlera de *situation de handicap*.

En ce qui concerne les enfants accueillis en ITEP ils présentent des difficultés psychologiques, appelées troubles du comportement, qui les engagent dans un processus. Ils connaissent alors des handicaps particulièrement dans l'insertion sociale et scolaire. C'est pourquoi ils entrent dans le champ du handicap. Ces processus handicapants sont considérés alors comme des problèmes de santé et sont pris en charge par l'assurance maladie.

B) Une nouvelle classification qui introduit un nouveau regard sur le handicap : *la situation de handicap*

Dans le médico-social cette notion de handicap connaît une évolution. Le handicap n'est plus identifié aux troubles, à la cause, aux symptômes repérés, comme l'indiquait la C.I.H.⁴⁰. Cette classification avait une représentation du handicap figée dans la personne. L' O.M.S.⁴¹ a élaboré à la place la C.I.F.H.S.⁴². Par cette classification le handicap est vu comme la résultante d'une interaction entre la personne (ses problèmes de santé, ses capacités, ses difficultés) et son environnement. Le fait essentiel apporté par cette nouvelle nomenclature est qu'elle différencie ce qui relève des faits physiologiques, médicaux et cliniques et ce qui relève de leurs conséquences.

A l'évidence les enfants accueillis à l'ITEP Peyrebrune ne sont pas handicapés au sens de la C.I.H. « qui caractérise les troubles de la conduite comme un trouble mental accompagné de différents symptômes »⁴³. Le regard du handicap à travers le modèle médical traditionnel doit être abandonné au profit d'un regard du handicap observé sur la participation du jeune à son environnement. « L'enfant ne doit plus être considéré comme porteur de handicap mais comme un être social en relation avec son environnement et pour lequel il faut développer toutes possibilités personnelles et organisationnelle de participation »⁴⁴. Cette *situation de handicap* est étroitement liée avec l'environnement dans lequel évolue l'enfant. C'est pour cela que le décret relatif aux ITEP 2005-11 du 6 janvier 2005, dans l'article D 312.59.1 : les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, ne définit pas un public spécifique mais caractérise la situation dans laquelle se trouve l'enfant : « l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès

⁴⁰ Classification internationale du handicap

⁴¹ Organisation mondiale de la santé

⁴² Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé

⁴³ Expertise INSERM, dossier presse du 22 septembre 2005

⁴⁴ Annexe spécifique, présentation aux journées d'études AIRE, Paris, 6 décembre 2002, p4

aux apprentissages. Ces enfants [...] se trouvent engagés dans un processus handicapant ».

Aussi je pense que dans un établissement comme l'ITEP mettre en place un système de compensation c'est d'abord faire prendre conscience aux professionnels que le handicap est beaucoup moins lié au diagnostic médical qu'aux diverses situations auxquelles l'enfant est confronté dans sa vie de tous les jours.

C) La définition des troubles du comportement reste difficile à établir.

C'est aussi ce processus handicapant qui est souligné par le professeur Roger Misès. Il dit de ces troubles « qu'ils sont pris dans un processus évolutif, sévère et complexe ». Il attribue les difficultés de ces jeunes accueillis en ITEP :

- au fait que des mécanismes qui permettent l'exercice du raisonnement et de la pensée sont touchés. A partir de là les moyens d'expressions que l'enfant utilise passent par le corps et les « agirs ». Ceux-ci appelés dans le langage commun : troubles de la conduite vont se développer au sein de la famille, de l'école, dans l'environnement social en général. Il parlera *« d'un défaut de contenance qui affecte les capacités de mentalisation »*.
- *à un défaut de processus de séparation*. Quand des situations de séparations apparaissent ces enfants sont « envahis par des angoisses de pertes ».
- *à de graves défaillances narcissiques*. Le narcissisme se construit dans les premières relations à la vie. C'est l'intériorisation de la sécurité de base C'est la recherche dans les yeux de l'autre (mère / père) ce qui est bon en soi. Ces enfants au narcissisme faible attachent de l'importance à ce que renvoient les autres. « Ils sont porteurs d'un manque de sécurité interne qui compromet la régulation de l'estime de soi. S'y associe l'incapacité à former des projets qui soient compatibles avec l'appréciation des éléments de réalité d'où découle la demande d'une satisfaction immédiate sur le mode du tout, tout de suite »⁴⁵.
- *à des phases dépressives marquées par un repli sur soi, un désintérêt*. Là l'enfant marque cette période par un déni de cette souffrance qu'il exprime souvent par de la toute puissance et des passages à l'acte qui l'entraînent souvent dans des manifestations d'opposition et de violence.

Ainsi on voit bien face à ces modes d'expressions et de fonctionnement qu'on est loin de la classification internationale du handicap (C.I.H.) utilisée dans l'expertise INSERM qui caractérise les troubles des conduites sous la forme de :

⁴⁵ Conditions institutionnelles du soin en ITEP, 2^{ème} journée d'étude organisée par l'AIRe, Paris octobre 2005 p 15

- conduites agressives envers des personnes ou des animaux
- destruction de bien matériel sans agression physique
- fraudes ou vols
- violations graves aux règles établies

Au contraire à travers les précisions d'ordre thérapeutique du professeur Roger Misès ressortent les difficultés psychologiques des enfants où apparaissent les interactions qu'ils établissent avec les personnes de leur environnement.

C'est sur ces « processus handicapants » difficiles à définir par la complexité des histoires et des manières d'être de chaque enfant que les professionnels de l'ITEP doivent ajuster leurs postures de travail.

2.1.2 Une nouvelle approche du soin qui va demander de nouvelles postures professionnelles

Face aux problèmes des enfants accueillis à l'ITEP il ne s'agit pas de vouloir réduire ou supprimer leurs comportements les plus gênants. Il s'agit d'accompagner l'enfant pour qu'il comprenne tout le processus qui l'amène à exprimer des troubles du comportement. Afin qu'il puisse mieux gérer ses relations aux autres, à son environnement. Pour se faire, le mode d'accompagnement doit être fondé sur le soin, en laissant certes une place à la psychanalyse, mais sans oublier l'articulation avec les différents endroits où vit l'enfant : famille, école, groupes de vie dans l'établissement. C'est par la qualité du travail en transversalité entre le thérapeutique, l'éducatif et le pédagogique que l'institution remplira sa mission de soin et d'éducation.

Le développement de l'enfant se joue dans ce qu'il apporte, ses difficultés, ses capacités et les liens qui vont s'instaurer entre lui et son environnement. Pour arriver à prendre en compte sa singularité la mission de soin devra se faire autour de trois points essentiels :

- permettre à l'enfant de se sentir bien contenu afin psychiquement de pouvoir distinguer ce qui est à lui de ce qui est à l'autre. Se différencier de l'autre.
- après avoir construit son « enveloppe » l'enfant devra être aidé à prendre en compte l'existence des objets, des personnes, des situations afin qu'il puisse établir des liens qui se jouent à deux.
- Enfin l'aider à établir des relations à trois.

Il s'agira donc pour les professionnels du thérapeutique, de l'éducatif et du pédagogique d'aider l'enfant à *créer du lien de pensée et du lien dans la relation.*

A) Une unité d'enseignement fixée sur le scolaire et non sur la pédagogie

Liée à l'établissement par contrat simple, éducation nationale – association,⁴⁶ l'unité d'enseignement est composée de sept classes. Quatre enseignants sont titulaires du C.A.P.A.S.H.⁴⁷, trois ont un niveau licence ou plus. L'enseignement qui y est proposé correspond au cycle élémentaire de CP à CM2.

Pour les enfants accueillis à l'ITEP, l'école est un lieu de souffrance car synonyme d'échec. Bien souvent ces enfants ont été exclus ou rejetés de l'école ordinaire et ceci encore aujourd'hui malgré l'obligation de scolarisation déclinée dans la loi du 11 février 2005. Ils se présentent souvent par la mise en avant de l'agir du corps et refusent toutes relations avec des conséquences dans l'investissement et les apprentissages.

Dans le cadre du soin l'objectif de l'école doit être alors le changement notable de la personnalité de l'enfant. S'il n'y a pas cette transformation, les apprentissages restent des acquis formels, des mécanismes répétitifs.

Une des difficultés que je constate à l'unité d'enseignement de l'ITEP est que l'on parle de scolarité mais pas de pédagogie. On n'y trouve pas suffisamment cette dimension qui s'intéresse à la relation entre enseignant et élève. Or c'est dans cette relation entre le maître et l'élève que viennent se réactiver des enjeux ; c'est en utilisant ces moments relationnels que l'enfant peut se reconstruire. L'enseignant de l'ITEP se réfugie trop souvent derrière le savoir qu'il doit dit-il « apporter à l'enfant » et occulte ainsi la souffrance psychique. Pour être soignante l'école de l'ITEP doit avoir une fonction sécurisante et contenant. Apprendre ne doit pas être l'objectif premier que doit avoir l'enseignant vis-à-vis de l'enfant instable. L'apprentissage va solliciter la pensée. Le travail « de pensée » pour ces enfants est persécuteur et pour leur survie il faut qu'il l'élimine de leur fonctionnement. La priorité c'est de les aider à trouver leur place dans le cadre scolaire sans qu'ils se sentent en échec. Ce n'est qu'après qu'interviendra la dimension cognitive. Entre alors en jeu le savoir faire ou la pédagogie. Les enseignants de l'ITEP n'acceptent pas toujours cette situation. Ils ne savent pas aller chercher l'activité qui ne soit pas perçue comme persécutrice, c'est-à-dire qui ne fasse pas monter des affects désagréables. La pédagogie, le savoir faire sera d'aller chercher « un lien de pensée » entre l'enseignant et l'élève. Une activité où l'enfant peut rétablir ce lien de pensée, fonctionner avec l'instituteur sur un plaisir partagé. Alors que les

⁴⁶ Les enseignants sont recrutés et employés par l'association et financés par l'éducation nationale

⁴⁷ Certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap.

enseignants réagissent encore trop par une réaction d'emprise : « je vais t'apprendre à ma manière ».

B) Un rapport au cadre trop rigide

Les enfants de l'ITEP sont demandeurs de liens et en même temps une fois que ce lien est posé ils vont à la rupture. En situation d'échec ou de crise l'enseignant ou l'éducateur va lui aussi ressentir des affects qui vont perturber son propre fonctionnement psychique : agressivité envers l'enfant, incapacité à pouvoir éduquer ou enseigner, se sentir même en danger. Se pose alors la question du cadre. Les éducateurs ou les instituteurs ont du mal à accepter les agressions verbales contre eux mais aussi la rupture du cadre. Ils n'ont pas la distance nécessaire et prennent souvent la rupture de ce cadre directement pour eux. Se sont alors des mesures d'exclusion qui vont être posées : « il respecte pas les règles donc il n'a pas sa place dans le cadre ». Mais le cadre lui n'est pas remis en cause ce qui ne laisse aucune possibilité à l'enfant pour évacuer la tension. Or le soin c'est de « réserver à la personne la possibilité d'une sortie digne de la crise. L'écrasement violent n'amènera qu'un retour de crise ultérieure plus violent encore »⁴⁸. Bien souvent les règles posées sont sous forme d'interdits : interdit de s'agresser, interdit de sortir de classe etc... A l'ITEP Peyrebrune les règles de l'école, comme sur les groupes de vie, sont posées mais pas suffisamment discutées.

Prendre en considération les conditions d'élaborations des règles de vie et leurs débats qui s'en suivent permettra à l'enfant d'en saisir le sens , ce qui est une condition pour l'aider à créer du lien dans la relation.

Il s'agit là de trouver un savoir faire par une souplesse du cadre qui permettra à l'enfant de venir et sortir du cadre sans faire une agression ou une infraction et sans provoquer un sentiment de rejet de l'adulte.

C) Un manque de présence de l'adulte derrière les agirs de l'enfant : *la notion de plaisir à réinventer*

Le cadre à lui seul même s'il se veut être contenant ne suffit pas. C'est la rencontre avec l'autre personne pour que se crée un système relationnel qui fera office de soin. S'occuper de l'enfant et faire des choses avec lui c'est déjà lui apporter quelque chose de thérapeutique et d'organisateur. A titre d'exemple les récréations sont prises à des moments différents du fait des différences d'âges et de maturité des enfants. Elles restent cependant trop souvent des moments de violence, malgré la présence

⁴⁸ Evaluer et prévenir la violence, Danancier J., 2^{ème} édition Dunod, Paris 2005, p 124

supplémentaire d'aides éducateurs sous contrat C.A.E.⁴⁹ Elles ne sont pas pensées comme une période où l'enfant doit être aidé dans la gestion des relations qu'il entretient avec ses pairs. Elles restent plutôt un instant de repos pour les adultes.

Dans le domaine éducatif on peut faire le même constat. L'apprentissage de la frustration, de l'autonomie est souvent utilisé comme prétexte à la mise en place de règles. Le garant de leur application est l'instituteur ou l'éducateur. Se sont eux qui détiennent l'autorité si l'enfant déroge. La nécessité de l'autorité est une évidence. Il est préférable que les enfants aient auprès d'eux des adultes capables de leur garantir la sécurité face aux dangers de toutes sortes, à commencer par leur désir de toute puissance (celle de l'enfant). Cependant tout comme l'instituteur tend à se réfugier derrière l'apport du savoir, l'éducateur lui privilégie le recours unique à la règle. Comme si son autorité dépendait de sa capacité à faire respecter cette règle.

Tant dans le domaine éducatif que pédagogique on ne sent pas cette présence de l'adulte pour accompagner l'agir de l'enfant. Participer à cet agir pour le réguler , le canaliser. C'est ce lien privilégié avec l'enseignant qui parfois manque à l'enfant quand il y a souffrance et rejet des apprentissages mais aussi avec l'éducateur quand il y a crise et violence.

Les adultes de l'ITEP par crainte de ne pouvoir gérer l'individu ou le groupe s'empêchent de se laisser toucher par la détresse de l'autre. Se sont autant d'occasions manquées pour l'enfant de vivre des expériences à valeurs réparatrices. La reconstruction narcissique ne consiste pas seulement à poser un cadre sécurisant, enveloppe certes nécessaire pour l'enfant, cela passe aussi par le fait de *faire des choses ensemble*. Si la règle est posée c'est pour pouvoir fonctionner ensemble dans un cadre avec un plaisir partagé.

Les enfants ont besoin de voir que les adultes prennent du plaisir à faire des choses avec eux. Ces moments de plaisir, support pédagogique mais aussi de soin, ne sont pas suffisamment utilisés à l'ITEP.

Il s'agira là aussi de repenser le lien relationnel entre adultes et enfants.

2.1.3 Le travail de transdisciplinarité : un objectif qui n'est pas encore atteint

Si le plaisir doit exister dans le « faire ensemble » entre l'adulte et l'enfant, il doit aussi exister dans le travail transdisciplinaire. Pour le professeur R. Misès « ces enfants ont une fonction réparatrice considérable et ils sont des supports d'identification (pour les

⁴⁹ Contrat d'aide à l'emploi – A l'ITEP il y a quatre CAE pour sept classes

adultes) »⁵⁰. Pour lui les adultes qui sont autour de ces enfants au quotidien ne doivent pas hésiter à s'appuyer sur leurs difficultés car « elles permettent de meilleures identifications, de parler ensemble, de se reconnaître ». Elles créent un lien relationnel entre adultes qui permet par ailleurs de mieux soigner l'enfant. C'est une des raisons pour lesquelles dit-il « il faut avoir du plaisir dans son travail parce qu'il faut que ces enfants voient des gens heureux de travailler ».

Aussi pour réussir cela demande une existence de liens entre les professionnels afin d'éviter les rivalités et laisser les enfants en situation d'échec mais aussi de toute puissance.

A) Le travail en équipe : *un concept qui a des difficultés à prendre forme*

L'ITEP Peyrebrune est composé d'un internat et d'un semi internat. Ces services sont situés dans les mêmes locaux. Chacun possède son plateau technique. Certains professionnels travaillent dans les deux équipes. C'est le cas de tous les enseignants , du médecin généraliste, de l'infirmière, de la psychomotricienne, du moniteur d'éducation physique⁵¹. A ces plateaux techniques se rajoute le reste de l'effectif du personnel de l'ITEP : administration, gestion, et services généraux⁵². Chaque plateau technique est formé de thérapeutes, d'éducateurs spécialisés et d'enseignants. Il apparaît donc des identités professionnelles différentes. Cette différenciation de catégories au sein de l'équipe rendra complexe la gestion et la cohabitation de ces différents personnels. Permettre l'émergence de différents points de vue et les faire converger autour d'un objectif commun, répondre aux besoins de chaque usager, reste un exercice périlleux.

A l'ITEP chaque domaine disciplinaire se retranche encore trop dans son secteur d'activité. Ce travail d'équipe qui doit conjuguer engagement individuel et objectifs collectifs centrés autour du projet de l'enfant, garantissant ainsi la prise en compte de ses besoins, n'est pas à maturité.

Il existe des conflits divers qui peuvent s'organiser autour des enfants. J'en repèrerai deux types :

- les conflits d'appropriation
- les conflits de personnes

⁵⁰ Condition institutionnelle de soins en ITEP, 2^{ème} journée d'étude organisée par l'AIRe , Paris octobre 2005, p 23

⁵¹ Voir annexe 3 : plateau technique internat et semi internat

⁵² Voir annexe 4 : tableau effectif personnel 2006 ITEP Peyrebrune

B) Des professionnels enfermés dans des logiques de territoires : *conflits d'appropriation*

Chaque discipline appartenant à la même culture professionnelle se sent le porte parole principal de la stratégie thérapeutique. On peut assister au phénomène où les professionnels n'acceptent pas de s'aventurer vers le point de vue de l'autre par crainte de perdre leur propre spécificité. Comme s'ils ne savaient pas lâcher un peu de ce qu'ils sont pour s'aventurer à l'interface du travail en transversalité. Comme s'ils ne savaient pas se mettre dans le regard de l'autre sans lâcher leur propre formation.

Au quotidien cela se traduit par un travail en mosaïque où les pratiques s'exercent les unes à côté des autres sans ou avec peu de communication.

C) Les divergences des autres sont mal acceptées : *conflits de personnes*

L'idéal du travail en transdisciplinarité c'est d'accepter les divergences des autres pour qu'elles puissent être utilisées comme un outil qui permettra de comprendre ce qui se passe dans le vécu de l'enfant. Si les objectifs de l'établissement sont exprimés clairement par la mission qui lui est confiée, les enjeux des personnes c'est-à-dire ce qui est à perdre ou à gagner personnellement dans le cadre d'une action, restent eux rarement énoncés. « Dans une organisation chaque individu a bien sûr une fonction formelle. Mais celle-ci ne le détermine pas entièrement. Il est en effet acteur et dispose d'une marge de manœuvre »⁵³. C'est ainsi comme le disent Crozier et Friedberg « que l'organisation peut être considérée comme un ensemble de rôles [...] où pour exercer sa liberté au mieux de ses intérêts, l'acteur interprète les règles et les contraintes organisationnelles »⁵⁴.

A l'ITEP chaque domaine disciplinaire cherche à optimiser sa stratégie pour faire en sorte que le travail en transversalité ne vienne pas perturber sa propre autonomie. Cela peut expliquer pourquoi les divergences des autres sont mal acceptées et sont bien souvent source de conflits. Trop chargées d'intérêts personnels elles viennent toucher le narcissisme de chacun.

⁵³ Miramon J.M., Couet D., Paturet J.B., Le métier de Directeur. Techniques et fictions, Rennes, ENSP 2005, 269 p ,p 194

⁵⁴ Ibid p 195

2.2 L'organisation existante pour répondre à la mission d'éducation et de soin

2.2.1 Du conflit au pouvoir

A) Les cultures dominantes à l'ITEP

Afin de parfaire ma connaissance des jeux institutionnels, à cette analyse de l'organisation de l'ITEP je dois également prendre en considération ce qu'appelle J.M. Miramon en citant Renaud Sainsaulieu « l'approche en terme de cultures »⁵⁵. Renaud Sainsaulieu définit quatre modèles principaux de culture institutionnelle.

- « La culture de retrait ou de soumission : l'organisation est bâtie sur des relations purement techniques, où l'investissement des personnes au travail est minimum. Les chefs ont pour seul rôle celui d'indiquer la règle »⁵⁶.
- « La culture de la fusion ou de l'unanimité : beaucoup de relations formelles et informelles, une organisation homogène qui fonctionne au consensus, et compense les carences individuelles pour peu que les acteurs aient intégré le groupe. Malheur au déviant, vécu comme menaçant, car les processus d'exclusion vont se mettre en œuvre »⁵⁷.
- « La culture de la négociation ou du débat »⁵⁸ où le système va s'appuyer sur des métiers dominants. Les catégories professionnelles recentrent le travail sur le projet. « Les chefs sont des experts dans les métiers dominants de l'activité, en capacité d'éclairer, de clarifier et d'ordonner la parole collective ».
- « La culture du séparatisme ou de la mobilité »⁵⁹. Là la promotion de la personne est prioritaire au détriment du projet de l'entreprise ;

Dans les équipes éducatives de l'ITEP la culture de la fusion ou de l'unanimité est la plus évidente. C'est le consensus qui y est prioritaire où les relations se situent dans la sphère affective. A titre d'exemple, pour des orientations décidées et validées en synthèse, il n'est pas rare d'entendre l'éducateur référent indiquer « qu'il en parlera à ses collègues pour savoir s'ils sont d'accord » mettant ainsi en cause la légitimité du travail effectué dans ce cadre et les personnes qui y ont participé. Cette culture « de la fusion ou de l'unanimité » se retrouve également dans l'équipe pédagogique.

⁵⁵ Ibid p 195

⁵⁶ Ibid p 195

⁵⁷ Ibid p 195

⁵⁸ Ibid p 196

⁵⁹ Ibid p 196

En ce qui concerne les deux services thérapeutiques se sont deux cultures qui dominent :

- celle « du retrait ou de la soumission ». Les médecins psychiatres, en conformité avec l'article D.312.59.9.1 animent l'équipe médicale, paramédicale et psychologique. Ils sont les responsables des soins apportés aux enfants. Ces équipes s'organisent, comme le dit Renaud Sainsaulieu, « sur des relations purement techniques ». C'est un fonctionnement hospitalier qui domine où est exécuté ce que demande le chef.
- Il ressort néanmoins un désir « d'adapter en permanence les techniques de prise en charge ». Ce qui me fait dire qu'émerge aussi, dans ces services, une « culture de négociation ou de débat ».

B) Les points faibles des cultures dominantes

L'inconvénient majeur qui ressort dans le fonctionnement des équipes thérapeutiques est que le médecin psychiatre a une responsabilité thérapeutique (il en est le coordonnateur) mais pas hiérarchique. Ce pouvoir est attribué au directeur de l'ITEP qui lui n'a pas de compétence en matière médicale. Une coopération est alors essentielle entre le directeur et les médecins psychiatres afin que ces services puissent fonctionner de façon cohérente entre eux mais aussi avec les autres services de l'institution. Ceci n'est pas toujours vrai à l'ITEP. Des enjeux de pouvoirs s'installent entre ces deux fonctions où des failles se créent dans lesquelles s'engouffrent facilement le personnel.

Il m'appartiendra de mettre en place rapidement un outil commun autour du projet de l'enfant, ayant pour objectif de développer l'émergence de la négociation.

Dans la « culture de la fusion ou de l'unanimité » quelques inconvénients sont aussi existants. La recherche de consensus ne va faire qu'augmenter le désir d'appropriation du sujet par les équipes éducatives et / ou pédagogiques. Naîtront des conflits fondés sur le souci de faire prévaloir son intervention au profit de celle de l'autre. Dans ce climat relationnel les règles de jeu ne sont pas formelles, ce qui induit une prise de pouvoirs pour certains. Dans ce type d'organisation il est difficile pour un nouvel arrivant de faire sa place. J'ai pu recevoir de nouveaux éducateurs qui exprimaient un sentiment d'injustice face aux comportements de leurs collègues du fait qu'ils remettaient en cause les règles du jeu instaurées par le groupe.

Actuellement les membres des équipes possèdent des qualifications différentes et il n'existe pas de fiches de postes qui détaillent le rôle de chacun. J'en instaurerai rapidement car elles vont servir de référence afin que chacun puisse se repérer par rapport à son propre rôle mais aussi à celui de l'autre.

L'évaluation annuelle des professionnels me servira également d'outil pour mettre du sens au contenu de ces fiches de postes.

Pour se faire même s'il m'appartient de les valider, la concertation avec les professionnels quant à leur mobilisation et leur adhésion au projet de l'établissement me paraît essentielle.

Chaque catégorie professionnelle va représenter un pouvoir en interne. Les conflits entre services, les luttes d'influences et de pouvoir sont d'excellents motifs de démobilisation du personnel et de perte de qualité dans l'accompagnement des enfants. Il m'appartiendra d'en analyser les différents enjeux. Il conviendra de fédérer les différents services thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques autour d'un accompagnement global centré sur le projet de l'enfant mais aussi sur la reconnaissance des parents par leur participation à la vie institutionnelle.

C) L'organisation des réunions

Dans une institution la communication n'a pas la même signification ou le même objet selon le milieu où elle est énoncée et la personne, dans sa fonction, qui communique. Aussi « le réseau de communication est indispensable à la vie d'une organisation »⁶⁰. Il est donc fondamental qu'une organisation de l'information soit clairement repérée. Les réunions y ont une place importante. A l'ITEP il existe plusieurs types de réunions⁶¹.

- Les réunions institutionnelles : 2 fois par an - 2 H

Elles permettent d'officialiser les grandes orientations de l'établissement par rapport à sa mission, son environnement. Elles sont à maintenir car elles renforcent le sentiment d'appartenance.

- Les réunions plateau technique : 1 fois par mois - 2 H

En règle générale elles sont peu investies par les professionnels. Si l'objectif de ces réunions est clairement défini, la préparation est à revoir car les ordres du jour ne sont pas énoncés. De ce fait des réflexions

⁶⁰ Option précitée n°44, p 203

⁶¹ Voir annexe 5 : Les différents types de réunions et leurs objectifs

individuelles ainsi que des recherches en amont ne peuvent donc pas être effectuées.

- En ce qui concerne l'équipe pédagogique les instituteurs participent aux synthèses des enfants qui sont dans leur classe et à tour de rôle aux réunions plateau technique. Mais actuellement ils ne se voient pas spontanément avec les éducateurs pour se transmettre des informations au sujet des enfants. Aussi il me paraît nécessaire d'instaurer des réunions pour favoriser l'échange entre ces deux catégories professionnelles. L'objectif doit être qu'ils se soutiennent pour faire face aux crises. C'est ainsi qu'ils pourront tenir des positions de fiabilité et continuer à prendre soin sans remettre en cause les qualités professionnelles et personnelles de chacun.
- Pour les réunions éducatives on distinguera deux niveaux :
 - ° les réunions autour du directeur adjoint ou du chef de service : 1 fois par semaine -1H
 - ° les réunions organisationnelles des équipes éducatives : 1 fois par semaine – 2 à 3 H selon les équipes

Dans les premières on aborde des questions spécifiques à la fonction Educative. Les thèmes ne sont pas toujours programmés. Bien souvent des glissements s'opèrent sur des questions organisationnelles ou sur l'urgence des problèmes posés par les enfants.

Dans les secondes, les réunions organisationnelles des groupes éducatifs, les cadres ne participent pas. Mais aucun retour n'est fait par écrit. Elles deviennent des réunions de routines qui semblent être une perte de temps.

La communication et l'information sont des activités difficiles pour lesquelles il conviendra que je sois attentif. Des modifications devront être apportées en premier lieu aux réunions de cadres qui existent depuis peu et où les ordres du jour ne sont pas définis clairement. C'est grâce au travail en amont des différents responsables que le personnel se mobilisera et s'inscrira dans une démarche participative.

2.2.2 Des actions pas assez différenciées en fonction des besoins des enfants

A) Des synthèses qui ne permettent pas de différencier les prestations offertes

La synthèse à l'ITEP est une instance hebdomadaire qui réunit, sous la présidence du directeur ou d'un cadre délégué, les professionnels du plateau technique concernés par la situation de l'enfant. Le directeur ou le cadre rappellent l'anamnèse de l'enfant en cinq minutes. Puis l'essentiel de la synthèse s'organise sous la forme d'un tour de table où s'exprime chaque représentant des services. Chacun fait son constat et écoute celui de l'autre. Il y a peu d'échange et il est rendu difficile tant parfois

l'intervention du collègue est technique. Quand il y a échanges, ils se construisent sur des anecdotes, des impressions, des perceptions et des observations. Il y en a autant qu'il y a des participants. Chaque intervenant a tendance à penser que sa prise en charge est prioritaire. Ce qui ne fait qu'augmenter la polémique et le cloisonnement des équipes. Ceci utilise trois quart du temps de la réunion.

Il reste alors peu de temps pour développer les perspectives de travail, discuter de leur pertinence et de leur faisabilité. Généralement la question de savoir ce que l'enfant va retirer comme bénéfices des axes de travail proposés est peu abordée. Il en ressort que les propositions de prestations ne sont pas assez différenciées et ne correspondent pas forcément aux attentes et besoins des enfants.

B) Une méthodologie qui fait obstacle à l'émergence de la promotion de l'enfant

Dans l'ordre de prise de parole choisi pour le tour de table c'est le médecin psychiatre qui intervient en dernier. Les professionnels des équipes éducatives et pédagogiques fournissent essentiellement des informations alors que ceux du thérapeutique (psychologues, rééducateurs, médecins psychiatres) avancent des théories, des hypothèses et des préconisations.

Les synthèses s'apparentent à des réunions cliniques où les participants livrent leurs observations aux spécialistes. Elles sont souvent en lien avec le comportement, rarement avec le savoir faire.

Les enfants sont réduits à une série de problèmes que chaque professionnel va chercher à résoudre. Ce choix méthodologique de travail fondé sur la réparation empêche l'émergence d'un projet qui vise la promotion de l'enfant. On s'écarte alors de plus en plus de ses besoins. Plutôt d'être une réunion de projet visant la promotion, la synthèse devient une réunion de régulation de problèmes. La réflexion ne porte pas sur ce qui fait transaction entre adulte et enfant c'est-à-dire sur ce que veut l'enfant (ses besoins) et ce que l'adulte ne peut ou ne veut pas lui donner. Le comportement de l'enfant est vu comme un problème et non comme une manifestation d'un besoin. C'est bien à travers cette impasse méthodologique que nous allons devoir nous réinterroger à l'ITEP si l'on veut répondre à « la situation singulière des personnes [...] par des modalités d'accompagnement diversifiés, modulables et évolutives »⁶².

Pour se faire il conviendra de mettre en place un outil référentiel commun qui identifiera les besoins des enfants afin d'envisager des réponses singulières à chacun.

⁶² Art. D 312.59.5.1 projet personnalisé d'accompagnement, décret N° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des ITEP

C) Le projet individualisé : *une notion désormais obsolète*

« La notion d'individu (étymologiquement : ce qui ne peut être divisé) exprime une idée d'unité [...] L'individualisation c'est l'action de réduire à une unité indivisible »⁶³. On peut concevoir l'individu dans «ses manques, ses carences, ses besoins, ses déficiences comme un isolat sans rapport ou lien avec d'autres éléments »⁶⁴. En revanche la notion de personne renvoie à la singularité du sujet : à ses désirs, son histoire, ses expériences, ses droits, ses relations.

Or aujourd'hui il est bien question d'adapter chaque prestation à la singularité de chaque enfant, c'est-à-dire à ses besoins propres.

Aussi c'est sur une prise en compte personnalisée de chaque enfant dans ses particularités que devront être définis les bases, les modalités et les contenus de l'intervention à l'ITEP. Conformément à l'article D 312.59.5.1⁶⁵ *le projet personnalisé* devra contenir le projet thérapeutique, le projet pédagogique, le projet éducatif, le travail avec les parents, les relations partenariales et l'ensemble des articulations entre les différents projets.

2.2.3 L'usager : *une notion à redéfinir dans un contexte de relation de service*

A) Une phase d'accueil à adapter pour favoriser l'expression des attentes de l'usager

Le premier travail lorsqu'un enfant entre à l'ITEP est de tenter de le mettre en confiance ainsi que ses parents pour qu'ils puissent exprimer des attentes. « Une personne qui sollicite un service n'a pas une idée très précise de ce qu'elle peut attendre du prestataire »⁶⁶. A l'ITEP existe une phase d'observation de deux mois avant la mise en place du projet personnalisé. Elle a pour but de permettre aux professionnels d'identifier les besoins de l'enfant. Cependant mise à part la période d'admission il n'y a pas de moment d'échange avec l'usager pour qu'ensemble soit établi un état des lieux sur les attentes et les besoins. Le projet personnalisé se construit uniquement sur les orientations décidées en synthèse.

⁶³ Loubat J.R., Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale, 2^{ème} édition Dunod, Paris 2007 357p, p 249

⁶⁴ Conseil supérieur en travail social, rapport sur l'aide sociale personnalisée 1996

⁶⁵ Option précitée n° 53

⁶⁶ Option précitée n° 54 p 80

B) Un usager pas encore perçu comme un client

L'utilisateur est encore perçu comme un malade, un patient en souffrance pour qui l'établissement, dans sa mission de soin, a le devoir de réparation. Les soins alors apportés sont essentiellement des solutions en réponse uniquement à ses problèmes⁶⁷. En ne prenant pas en considération les besoins nous ne vivons pas notre intervention comme une prestation car « c'est l'existence de besoins qui entraîne celles de prestataires de services »⁶⁸. De ce fait l'utilisateur n'est pas perçu comme un client. Il est alors difficile de mettre en place une organisation qui permettra l'émergence d'attentes. Nous ne sortons de cette relation de domination de l'utilisateur où l'on fait « l'apologie de l'écoute et de la relation bienveillante »⁶⁹ qu'en nous positionnant comme prestataire de service inscrit dans une relation d'échange. Dans cet espace nous devons affirmer notre mission de soin afin que l'utilisateur d'hier soit le client de demain. C'est dans ce cadre de transaction que l'établissement doit assurer « une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, favorisant (à la personne) son développement, son autonomie et son insertion, adapté à son âge, à ses besoins, respectant son consentement éclairé... »⁷⁰.

C) Redéfinir la notion d'utilisateur pour affirmer la place des familles dans la relation de service

C'est dans ce cadre de la transaction qu'un travail avec les familles a été mis en place à l'ITEP Peyrebrune. Mais dans cette approche une confusion réside dans le fait qu'on se représente la famille comme un objet de travail. Elle est prise comme cible, sur laquelle des jugements sont portés et est stigmatisée comme sources de tous problèmes.

Si l'utilisateur direct est l'enfant, les membres de sa famille qui exercent l'autorité parentale doivent être aussi considérés comme des partenaires incontournables. Dire qu'ils sont eux aussi utilisateurs c'est reconnaître qu'ils sont les décideurs, responsables de l'éducation de leur enfant. Dès lors ils sont des clients commanditaires de prestations de services.

L'accompagnement à l'ITEP doit donc se situer dans une relation contractuelle entre l'institution, fournisseur de services et les enfants et parents, demandeurs de réponses aux besoins. L'accompagnement suppose dans ce cadre une clarification réciproque des motifs du contrat.

⁶⁷ Voir B du 2.2.2

⁶⁸ Option précitée n° 54 p 91

⁶⁹ Option précitée n° 54 p 137

⁷⁰ loi du 2 janvier 2002 art.7 sect. 2

A ce stade, l'analyse des éléments rend compte des obstacles actuels pour optimiser l'accompagnement des enfants à l'ITEP Peyrebrune.

Ils sont liés à la complexité de la notion de trouble du comportement mais aussi à l'organisation institutionnelle existante mise en place pour approcher l'accompagnement des enfants atteints de ces troubles.

L'exigence d'intégrer la notion de relation de service pour répondre à la mission d'éducation et de soin oblige à redéfinir le statut de l'usager en celui de client.

Dans un premier temps pour apprécier ses possibilités de prestataire de service, je vais évaluer la capacité de l'établissement à contractualiser. Je verrai dans un deuxième temps en quoi il est en mesure de favoriser la participation. Pour finir j'essaierai de voir pourquoi l'optimisation de l'accompagnement des enfants de l'ITEP doit s'ouvrir à nos partenaires.

2.3 Délivrer des services à des clients : *une démarche à construire*

2.3.1 La contractualisation des relations

A) Clarifier les positions de chacun pour entrer dans la relation de service

Durant toute l'année scolaire il ne se passe pas une semaine sans que les éducateurs du semi internat n'expriment leur mécontentement au sujet des parents régulièrement en retard⁷¹. Cela peut se comprendre car ceux-ci dans le cadre d'un contrat négocié et signé ont des devoirs vis-à-vis de l'établissement (devoir de ponctualité pour ne pas mettre les autres enfants et parents en difficulté). Cependant la colère monte chez les éducateurs quand les parents sont dans une plainte identique.

Par cet exemple, le mécontentement des éducateurs s'explique par le fait qu'ils ne sont pas entrés dans cette relation prestataire – usager. Relation où le seul statut légal de leur intervention est le contrat négocié avec les parents en début d'année. Il ne leur est alors pas aisé de voir l'usager comme un client qui plus est quand il s'agit des parents⁷². Ils se positionnent encore en expert considérant que les parents n'ont pas à leur demander des comptes.

⁷¹ En début d'année dans le cadre de l'entretien de rentrée est négocié avec les parents des enfants externes un lieu et une heure de rendez-vous pour les accompagnements du matin et du soir. Les éducateurs participent à cette négociation et mettent souvent en avant la ponctualité.

⁷² Voir C du 2.2.3.

Cette notion de contrat qui exige négociation et transaction n'est pas encore tout à fait perçue par les professionnels.

B) La nature du contrat à faire évoluer

La contractualisation introduira le changement où la relation entre les professionnels (prestataires) et les usagers (clients) doit devenir *un engagement réciproque sous forme d'échanges volontaires et négociés*. C'est donc le positionnement des prestataires de services mais aussi la nature du contrat qui clarifiera les relations entre l'ITEP et les usagers. Pour l'instant le projet personnalisé fait seul office de contrat. Il est signé par l'enfant et ses parents. Mais il s'apparente plus à un outil technique de réalisation. Il propose des modalités de réponses spécifiques aux besoins de l'enfant. Il ne définit pas les attendus de l'utilisateur et des engagements réciproques.

Afin de permettre aux usagers et aux professionnels de mieux se repérer dans cette relation de service je différencierai le projet personnalisé du contrat de séjour de manière « à délimiter les prestations et baliser la relation statutaire »⁷³ entre les parents – les enfants et l'ITEP. C'est un véritable contrat de séjour que je dois mettre en place qui devra établir un rapprochement entre les besoins et les réponses.

C) Promouvoir la consultation

Dans le cadre de notre mission de soin, *la relation de service c'est d'être en capacité de capter les attentes des enfants et parents*. Aussi savoir ce qu'ils pensent des prestations offertes doit devenir une de nos préoccupations majeures. Nous devons les mettre en capacité de pouvoir donner leurs opinions.

2.3.2 Mettre en action la participation et l'évaluation pour entrer dans la relation de service

A) Attribuer de la reconnaissance à l'utilisateur

La première action soignante de l'ITEP c'est d'être en mesure d'attribuer de la reconnaissance aux usagers. Pour la rendre possible nous devons leur proposer quelque chose à échanger. S'identifier dans une relation de service c'est se sentir reconnu dans l'endroit où l'on vit. Cet échange nous devons l'instaurer par leur participation à la vie de l'établissement, qui actuellement fait défaut.

⁷³ Option précitée n° 54

B) Entrer dans la relation de service par la participation de l'usager

L'engagement bienveillant des professionnels de l'ITEP et la construction d'un nouveau cadre bâti permettent de répondre à notre mission de soin et d'éducation.

La participation relationnelle est un outil essentiel utilisé pour accompagner les enfants orientés dans notre établissement : qu'il s'agisse de l'accès aux manifestations, clubs mais aussi la possibilité de rencontrer d'autres enfants, avoir des amis à l'intérieur comme à l'extérieur de l'institution.

Il en est de même pour *la participation culturelle* sous toutes ses formes : qu'il s'agisse de l'accès à la connaissance, au système scolaire ordinaire ou spécialisé mais aussi spectacles.

Toutefois *la participation civique, visant à agir sur l'environnement dans lequel vivent les enfants pour le rendre plus accessible ou négociable, n'est pas entrée dans notre pratique de soin.* Nous devons effectuer une réflexion de fond sur la question de la vie sociale des usagers de l'ITEP. Permettre à l'usager de participer à la vie institutionnelle et à ses préoccupations c'est affirmer qu'il a des droits. Réfléchir sur la liberté de circuler au sein de l'institution (limitée aujourd'hui sous le couvert de la protection), le droit à pouvoir choisir sa place à table et avec qui partager son repas, disposer d'un téléphone mobile, d'utiliser Internet, sont autant d'éléments qui doivent être débattus dans des instances de participation. « Il ne s'agit plus de travailler sur les personnes accueillies mais auprès d'elles et avec elles »⁷⁴.

C) Evaluer notre travail pour permettre la relation de service

Désormais nous devons identifier nos prestations de services. Être en mesure de les rendre lisibles et d'évaluer toutes les procédures professionnelles mise en œuvre. Le but sera de chercher à qualifier les prestations fournies par l'établissement au regard de la satisfaction ou de l'insatisfaction des enfants et des parents. Confrontés à la nécessité de faire mieux avec moins nous devons nous interroger sur la qualité des services que l'on rend.

2.3.3 La relation de service doit prendre en compte le partenariat interinstitutionnel

A) Origines de l'orientation à l'ITEP

L'orientation à l'ITEP Peyrebrune résulte de divers constats et observations.

- Les difficultés rencontrées à l'école (adaptation aux règles, à la classe, blocages et refus scolaires) mettent en évidence l'échec scolaire de l'enfant

⁷⁴ Option précitée n° 54 p 144

et sont les causes de la majorité des orientations. L'école met en place, en direction de la CDAPH , un dossier de demande de scolarité adaptée en ITEP, avec l'accord des parents.

- Il est fréquent, également, que les troubles du comportement de l'enfant soient déjà pris en charge par l'inter secteur de pédopsychiatrie. L'orientation en ITEP est alors proposée à la famille pour permettre des soins conséquents. Particulièrement quand ils nécessitent une séparation thérapeutique impossible en accueil de jour.
- L'enfant peut être aussi considéré en danger par le juge. Il sera placé dans les services de l'A.S.E.⁷⁵. Mais du fait de son histoire il peut présenter des troubles du comportement qui inciteront ces services à proposer à la CDAPH une orientation en ITEP
- Enfin l'enfant peut vivre dans sa famille mais une mesure d'AEMO judiciaire est ordonnée par le juge. Malgré l'aide apportée par cette mesure la situation familiale peut être telle que l'enfant développe des troubles du comportement. Les services investis par cette mesure seront incités avec ou sans l'accord des parents à demander à la CDAPH une orientation ITEP.

B) Aider nos partenaires à repérer l'ITEP comme un lieu de soin

Dans le domaine scolaire, la problématique d'un enfant qui présente des troubles du comportement renvoie à la fonction de l'école. Basée sur un système compétitif et élitiste elle est organisée autour de programmes que l'enfant doit suivre. Quand est-il alors des difficultés de chacun ? Que fait-on pour ceux qui présentent une inadaptation au système scolaire en vigueur ? Force est de constater que l'école se cantonne autour *d'une logique d'obligation éducative* prévue dans les textes de la loi du 30 juin 1975. Démunie par des comportements de rejet, avec des enfants parfois violents face aux apprentissages, l'école n'a pas d'autres recours que de demander une orientation en éducation spécialisée. Certes si depuis la loi du 11 février 2005 la *scolarisation dans le milieu ordinaire est rendue obligatoire pour tous* , la place de ces enfants en difficultés dans le cadre scolaire de droit commun reste une véritable question. C'est par un réel travail de partenariat que nous arriverons à apporter des réponses autres que la traditionnelle « filière éducation spécialisée ».

En ce qui concerne les parents, la plupart d'entre eux identifient les difficultés de leur enfant comme étant uniquement d'ordre scolaire. Alors exclus du système scolaire ordinaire ces parents sont du reste soulagés qu'un cadre puisse accueillir leur enfant. Aussi bien souvent *l'ITEP est assimilé à la nouvelle école* et la demande des familles

⁷⁵ Aide sociale à l'enfance

s'oriente uniquement sur un retour à *l'école normale* occultant un travail préalable d'apaisement des troubles. Pour ces parents un long travail de réflexion et d'identification des difficultés devra être entrepris. Il conviendra de leurs préciser que l'ITEP est un lieu de soin et non une école.

Pour l'A.S.E. et la justice, par *faute de moyens* ils pervertissent la fonction de soin de l'ITEP en fonction de protection. Pour eux le séjour de l'enfant dans notre établissement suffit à sa protection. Nous entrons là dans une logique de placement, de parcours institutionnel qui a pour effet d'anéantir tout projet avec l'environnement direct de l'enfant (famille, club, école) en vue d'un retour proche.

On retrouve cette « politique de la patate chaude », pour les mêmes raisons mais pas pour les mêmes causes avec le secteur de pédopsychiatrie. Des orientations sont proposées en ITEP tout en sachant que la participation de la famille sera difficile voire impossible.

C) Conséquence d'un manque de cohérence partenariale

Le risque est alors majeur de voir les parents transformer une orientation en un placement, sans perspective d'avenir, qui peut favoriser un désinvestissement progressif de la fonction parentale.

En ce qui concerne les services missionnés par le juge (AEMO judiciaire) ou ceux de l'A.S.E. , la proposition d'orientation en ITEP même si elle est d'une autre nature peut aboutir aussi à une logique de parcours institutionnel.

Ainsi ces enfants qui présentent des troubles du comportement sont accueillis par l'ITEP mais les soins ne peuvent pas être apportés car :

- D'une part dans l'hypothèse où l'enfant les accepte il prend le risque de se trouver dans un conflit de loyauté avec ses parents qui eux n'adhèrent pas à ce projet. L'institution n'est plus alors soignante mais au contraire sera instrumentalisée et génératrice d'autres troubles du comportement.
- D'autre part les soins sans une protection parentale ou celle d'un tiers sont aussi inopérants. En effet le premier soin qui doit être apporté à un enfant c'est la protection. Cette fonction n'est pas la raison exclusive pour laquelle un ITEP est missionné.

Par conséquent la mise en œuvre de prestations de services en faveur d'enfants présentant des troubles du comportement ne peut être efficace sans une organisation

du travail interinstitutionnelle⁷⁶ compte tenu des lieux d'expression des troubles et de leurs origines.

Je propose donc :

1. de développer l'intervention transdisciplinaire au sein de l'ITEP par une articulation étroite des mesures d'ordre thérapeutiques, éducatives et pédagogiques.
2. d'inscrire l'établissement dans une logique de prestation de service.
3. de mettre en place un partenariat interinstitutionnel.

Ce repositionnement vise :

1. En interne :
 - à mobiliser les professionnels de l'ITEP autour d'une démarche soignante d'ensemble.
Je m'appuierai pour cela sur la mise en place d'une démarche de projet avec la réalisation du projet personnalisé d'accompagnement.
 - A développer la notion de transaction afin d'amener les usagers à prendre conscience de leurs ressources et de pouvoir exprimer leurs attentes. Pour se faire je proposerai :
 - ° *La mise en place de modes de participation de l'utilisateur à la vie de l'établissement*
 - ° *Une identification de la transaction par la création d'un contrat de séjour*
 - ° *Une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles*
2. En externe :
 - A développer des coopérations avec l'ensemble des partenaires afin de veiller à la cohérence de l'accompagnement de l'enfant tout au long de son parcours interinstitutionnel pour éviter des ruptures ou des discontinuités.
Je m'appuierai sur la mise en place d'une organisation de travail qui favorisera les rencontres des partenaires.

⁷⁶ Equipe de psychiatrie de secteur ; établissements de l'éducation nationale ; services de l'ASE et la PJJ

Conclusion partielle de la 2^{ème} partie

Nous avons vu que si l'ITEP remplit sa mission d'éducation et de soin il concourt, par son approche médicale traditionnelle de prise en charge et son organisation qui en découle à ne pas fédérer autour d'un accompagnement global centré sur les attentes de l'enfant et de ses parents.

Pour tendre à optimiser l'accompagnement des enfants il nous faut désormais entrer dans une relation de service avec l'utilisateur.

Nous devons donc inclure des postures professionnelles fondées sur le travail transdisciplinaire. Répondre aux situations singulières de chaque enfant. Percevoir l'enfant mais aussi ses parents comme des usagers – clients avec qui nous établirons de véritables relations contractuelles. Mettre en action leur participation au sein de l'établissement pour engager une démarche d'échange et de reconnaissance. Nous prendrons en considération leurs satisfactions ou leurs insatisfactions par l'évaluation de nos pratiques professionnelles afin de rendre lisibles nos prestations. Enfin pour préserver une cohérence de l'accompagnement tout au long du parcours de l'enfant nous devons nous ouvrir sur un travail d'organisation interinstitutionnelle.

Une réorganisation en interne du dispositif et la mise en place d'un partenariat interinstitutionnel sera l'objet de notre troisième partie.

3 Une réorganisation en interne et la mise en place d'un partenariat interinstitutionnel pour accompagner dans la relation de service

3.1 Le changement en interne pour tendre vers la promotion de l'usager

3.1.1 Une démarche qui doit être validée

A) L'accord de l'association

La démarche de méthodologie du projet personnalisé d'accompagnement est incontournable. Comme il est fondamental de rendre l'enfant et sa famille acteurs du projet pour entrer dans une relation de service. La mobilisation des compétences professionnelles existante à l'ITEP doit permettre de fédérer autour de la promotion du jeune et de ses parents. L'ouverture de l'établissement à des partenariats permettra de s'inscrire dans un ensemble d'interventions susceptibles de répondre de la manière la plus cohérente aux besoins des enfants accueillis. L'enjeu consiste donc à définir clairement la stratégie, les objectifs attendus du changement pour permettre l'implication de tous les acteurs.

Ayant indiqué les intérêts que représente le développement d'une relation de service il m'appartient d'exposer à l'association mes convictions de la nécessité de procéder à une réorganisation interne et à la mise en place d'un partenariat interinstitutionnel. Ceci demande donc son approbation car «le pouvoir appartient à l'association. Elle le délègue à un (ou plusieurs) directeur qui l'exerce en son nom et, à ce titre, lui rend régulièrement des comptes »⁷⁷. Cela est d'autant plus vrai pour la mise en place d'un travail interinstitutionnel au regard des relations que peut entretenir l'association sur l'échiquier départemental du médico-social.

B) Informer et rechercher l'avis des instances représentatives du personnel

L'effectif de l'établissement est de 45,77 ETP⁷⁸. Les représentants du personnel sont donc des délégués du personnel. Ils participent à la cohésion sociale dans

⁷⁷ Miramon J.M. manager le changement dans l'action sociale, éditions ENSP 2001, p 70

⁷⁸ 38,77 ETP sur le budget de l'établissement + 7 ETP enseignants sur le budget éducation nationale

l'établissement. Dans une période de changement leur présenter le projet de réorganisation avec les tenants et les aboutissants (modifications, but, moyens) contribue à maintenir un climat de confiance. Amener à écouter et renseigner les salariés, ils peuvent également répondre à leurs inquiétudes. Suite à la réunion de concertation que j'aurai tenu avec eux ils serviront en quelque sorte de courroie de transmission face aux résistances au changement.

C) Réunir l'ensemble du personnel

Dans le cadre d'une réunion générale, afin de mobiliser tous les acteurs, j'explique les nouvelles orientations. «Il s'agit de faire partager par l'ensemble d'une collectivité une certaine représentation de l'avenir de l'organisation... »⁷⁹. Mon objectif est de faire participer les professionnels à la réalisation d'un projet personnalisé, qu'ils soient acteurs au développement de la notion de transaction et de les informer de la nécessité de l'ouverture de l'établissement sur une coopération avec nos partenaires institutionnels. La finalité de tout ceci étant de positionner l'ITEP comme prestataire dans une relation de service pour optimiser l'accompagnement des usagers avant, pendant et après leur passage dans l'établissement. Pour moi il est donc essentiel de mobiliser l'équipe autour d'un projet basé sur le changement.

3.1.2 Approcher le changement par la mobilisation de l'équipe

A) Le changement

Le changement fait apparaître le caractère instable des organisations. Le changement interne des structures est motivé aujourd'hui par des avancées induites par les lois n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. L'opportunité d'une évolution du cadre réglementaire et législatif est l'occasion pour moi de renouveler une stratégie de direction pour générer un processus d'adaptation.

Certes la loi n'a pas de pouvoir magique, elle est ce que les acteurs en font. Cependant elle donne des orientations et des lignes de conduite à partir desquelles il est facile de conduire une équipe.

Le changement peut être négocié, participatif ou imposé suivant le mode de fonctionnement du dirigeant. Il est évident que plus le changement est imposé, peu expliqué, plus les résistances sont fortes et parfois le but n'est pas atteint car le processus n'aura pas été compris et validé par les salariés.

⁷⁹ Miramon J.M. option précitée n° 68

B) Anticiper les résistances au changement

« Le changement passe par une prise de conscience lente, parfois douloureuse, toujours riche quand elle est restituée dans sa globalité. La personne ou le groupe traverse le cycle émotionnel du changement en se déplaçant d'une zone de confort habituelle et connue, vers une zone inconnue, incertaine, dont le confort reste à aménager »⁸⁰. Mon rôle de directeur est aussi de repérer ces résistances au changement pour tenter de les comprendre afin de mieux les dépasser. A l'ITEP ces résistances sont d'ordre culturel, voir identitaire.

Au vu des difficultés dont j'ai fait part en deuxième partie, l'insistance est portée sur les problèmes des enfants et des parents et non sur la recherche de leurs besoins et attentes. Les postures professionnelles de façon globale sont donc de se focaliser plus sur le symptôme de la personne que sur sa situation contextuelle. C'est « l'enfermement dans le pathos » comme l'indique J. R. Loubat⁸¹.

L'autre aspect est que l'idée de la notion de la relation de service est loin d'être acquise. Penser que les usagers peuvent demander aux professionnels de rendre des comptes ou participer à la vie de l'établissement, je l'ai déjà dit, n'est pas une démarche aisée pour ces derniers. Une évolution des mentalités est nécessaire pour tendre vers l'idée de contractualiser, de négocier ou même d'être évalué sur ses pratiques professionnelles.

Les résistances peuvent être aussi d'ordre politique étayées par le sentiment que la relation de service ne doit appartenir qu'au secteur marchand. D'autant que cette notion nous vient de ce même secteur. Cela renvoie dans l'esprit des professionnels à une lisibilité et une traçabilité de l'accompagnement qui les obligera à s'exposer et à expliquer. Ces résistances seront accentuées par des exigences de contrôle sur les actions menées mais aussi par une prise en compte d'un rapport qualité/coût. Le principe de réalité des maîtrises de dépenses de santé entraînant une restriction des enveloppes budgétaires provoque une méfiance de la part des professionnels car assimilé au processus de relation de service. Celle-ci étant vécue comme prétexte à la mise en place d'un processus qui revendiquera essentiellement des considérations d'ordre économique.

Enfin les résistances sont d'ordre opérationnelles, car il n'est pas évident de modifier des habitudes de travail et d'élaborer de nouvelles procédures.

⁸⁰ Miramon J.M. option précitée n° 68 p 89

⁸¹ Loubat J.R. option précitée n° 54 p 15

C) Fédérer les équipes autour de nouvelles valeurs : *les engagements de la direction*

Intégrer un nouveau projet ne se décrète pas. L'équilibre des relations doit être alors négocié afin de favoriser une compréhension par tous. La réunion de l'ensemble du personnel me donne l'occasion d'afficher mes choix et préciser les points clés sur lesquels je désire m'engager. Le processus de changement est axé sur :

- La mobilisation des compétences professionnelles autour d'un travail transdisciplinaire qui doit aboutir à la mise en place d'un référentiel commun, utilisable en réunion de « projet personnalisé » (anciennement appelé synthèse) pour être capable de répondre aux attentes des enfants et des parents.
- L'optimisation de la logique de service par :
 - o la mise en place de modes de participations de l'utilisateur à la vie de l'établissement
 - o une identification de la transaction avec la création d'un contrat de séjour
 - o l'élaboration d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles
- L'ouverture de l'établissement à une organisation partenariale interinstitutionnelle.

Mon objectif est de développer la capacité des équipes à réfléchir ensemble sur des sujets autres que ceux pour lesquels elles sont habituées à débattre dans un cadre thérapeutique. Pour se faire je dois créer un dispositif participatif pour chaque axe de changement, balisé dans le temps par un échéancier.

3.1.3 Initier une méthodologie pour optimiser le projet personnalisé d'accompagnement

A) Elaboration d'un référentiel commun

Mon choix dans un premier temps est donc de construire une grille qui conduit à établir un référentiel commun. Il sera utilisé par l'ensemble de l'équipe transdisciplinaire lors des réunions de « projet personnalisé ». C'est lors de ces réunions que les enjeux de la transdisciplinarité se manifestent. Où la plus grande partie du temps est consacrée à délimiter son territoire plutôt qu'à réfléchir sur l'accompagnement des enfants. Certes c'est avec la connaissance et les outils de chacun que se repère la situation de l'enfant. Et chacun va travailler selon son champ d'intervention, sa spécificité où chaque membre de l'équipe construit sa propre représentation. Mais par nature les représentations de

chacun sont discordantes. Aussi l'objectif du référentiel est que chaque professionnel chargé de l'accompagnement puisse se référer à une représentation commune.

- Ce référentiel devra comporter des informations qui caractérisent les enfants accueillis à l'ITEP
- Celles-ci devront être le point d'appui pour faire émerger les besoins des enfants et servir de support à l'analyse de leur situation
- C'est aussi à partir de ce support que les professionnels pourront définir leurs tâches.
- Ce modèle sur lequel va se régler les représentations de chacun devra permettre de parler un langage commun et d'utiliser des mots qui ont le même sens pour tous. C'est de ce degré de compréhension par tous que dépendra l'efficacité de la réunion de « projet personnalisé » et des tâches à réaliser.
- Ce référentiel doit délimiter l'action de chaque intervenant. Il doit permettre que chacun ait connaissance de « la boîte à outil » qui peut être utilisée quand l'équipe décidera d'une action d'accompagnement.
- Sa finalité sera également d'extraire le sens des bonnes pratiques de l'institution.

La réalisation des actions pour répondre au savoir faire (attentes) des enfants positionnera les professionnels prestataires, dans une relation de service à rendre. La façon dont l'enfant va s'approprier et s'inscrire dans ces actions créera de la nouveauté pour lui, ce qui le rendra acteur de son parcours.

B) Plan d'action pour la mise en place d'un référentiel commun

Ce référentiel doit permettre d'éviter que l'accompagnement de l'enfant soit confondu avec les fonctions des professionnels. Ceux-ci ne parleront pas en leur nom propre ni même au nom d'autres intervenants, mais sur le contenu du référentiel construit ensemble.

Il doit se présenter sous forme de grille qui comporte les rubriques : thème, dimension, lexique⁸².

Pour cette démarche participative j'utiliserai :

- *Un groupe de pilotage* constitué du directeur, directeur adjoint, chef de service éducatif, médecins psychiatres (internat et semi internat), médecin généraliste, psychologues. Il aura pour mission de réfléchir autour des thèmes à développer. Ce travail se tiendra en réunion de

⁸² Voir annexe 6 : grille référentiel commun d'analyse clinique

cadre une fois chaque quinze jours d'une durée de deux heures. Deux réunions suffiront dans le mois février 2008 pour déterminer les thèmes. Ils seront proposés à plusieurs groupes constitués dans l'espace réunion cadre.

- *Des groupes de travail* constitués par les différentes catégories professionnelles qui accompagnent directement les enfants. A l'ITEP il y a :
 - dix huit professionnels socio-éducatifs (éducateurs spécialisés, moiteurs éducateurs, moniteur d'éducation physique et sportive)
 - dix professionnels des paramédicaux (deux médecins psychiatres, médecin généraliste, infirmière, deux orthophonistes, deux psychologues, psychomotricienne)
 - trois cadres de direction (directeur, directeur adjoint, chef de service éducatif)
 - quatre enseignants (remplacés par des contrats CAE durant les deux heures).

Afin de rendre le travail efficace je forme cinq groupes de sept personnes. La répartition sera faite de manière hétérogène pour assurer dans chaque groupe une réflexion transdisciplinaire. Ce travail doit permettre à chaque professionnel de se hisser d'une vision particulière, à un niveau plus général. Chaque groupe sera animé par un cadre. Il s'agira pour chaque professionnel d'extraire de l'accompagnement de l'enfant vécu au quotidien, les points qui leur semblent être importants à développer lors de l'analyse clinique en réunion projet personnalisé. Chaque point devra être classé par dimensions en correspondance avec le thème abordé. Ainsi chaque point classé dans une même dimension formera un lexique pour cette dimension. Il pourra y avoir plusieurs dimensions pour un même thème.

Ce travail débutera début mars 2008 et se fera lors des réunions appelées, plateau technique, une fois par mois d'une durée de deux heures. Une fois par mois les animateurs rendront compte de l'avancée des travaux dans l'espace réunion cadre. Là le groupe de pilotage aura pour mission d'évaluer la cohérence entre le lexique et les dimensions et classer celles-ci dans les thèmes. *Ce travail devra être finalisé fin novembre 2008 (durée sept mois – total 14h – n'est pas comptée la période, des activités et transferts de juillet et, la période des congés annuels d' août).* Les différents éléments seront retranscrits sur un formulaire intitulé : *grille référentiel commun d'analyse clinique*. Il sera transmis à l'ensemble des acteurs qui ont participé à sa construction pour en faire une observation collective lors de la réunion plateau technique du mois de décembre 2008.

Ce référentiel aura pour objet de déterminer les compétences souhaitables en terme de savoir faire et de savoir être afin de sortir l'enfant de sa situation de handicap et favoriser un retour dans le milieu ordinaire. A titre d'exemple il prendra en considération l'aspect cognitif, relationnel, la capacité de communication, de frustration etc...

De plus dans le courant du mois de décembre 2008, le directeur adjoint et le chef de service éducatif, avec les différents groupes éducatifs, devront extraire de ce référentiel les dimensions éducatives pour constituer un document utilisé comme outil d'observation. Il sera appelé : *bilan éducatif de rentrée*. Il permettra à chaque éducateur d'établir une évaluation fiable et objective afin d'aider à l'analyse lors des réunions de projet personnalisé. Je ferai de même avec l'équipe pédagogique.

C) Améliorer le suivi du projet par la participation des enfants et leurs parents

a) *Participation de l'enfant par l'entretien d'évaluation des attentes et besoins éducatifs*

C'est à partir des attentes de l'enfant et de ses parents que se construit le projet personnalisé. Ce qui va dans le sens de l'article 7 de la loi du 2 janvier 2002⁸³. Aussi à partir de janvier 2009 les éducateurs spécialisés devront utiliser le support, *bilan éducatif de rentrée*, pour faire régulièrement un état des lieux avec l'enfant. Outre le fait de favoriser des liens, cela rendra l'enfant acteur de son projet. Il pourra repérer l'évolution de son suivi à l'ITEP. Cela l'aidera à mieux cerner ses besoins et être valorisé par ses progrès et donc apprendre à s'assumer.

A l'internat chaque éducateur spécialisé (2 par groupe – il y a 3 groupes) devra suivre quatre à cinq enfants (8 à 9 enfants par groupe). En raison d'un enfant par semaine, sur cinq semaines, tous les enfants auront été évalués.

Au semi internat les éducateurs spécialisés, au nombre de quatre pour vingt cinq enfants, les auront évalués sur six semaines.

Une évaluation régulière et constante est nécessaire pour être au plus près de l'évolution de l'enfant. D'un point de vue organisationnel ces entretiens seront d'une durée de une heure. Pour l'internat ils auront lieu le soir après 16h30 sur le temps de vie quotidienne. Au semi internat ils se tiendront sur le temps scolaire. Le planning sera établi en collaboration avec les enseignants.

⁸³ « Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion [...] qui doit être systématiquement recherché... »

b) Participation des parents

Bien souvent les parents sont culpabilisés par l'échec qu'ils sont en train de vivre ou dans l'impossibilité de trouver des solutions aux difficultés posées. Durant l'orientation de leur enfant ils peuvent entrer dans un processus de désinvestissement. Aussi pour les sortir de leur attitude défaitiste ou attentiste je leur propose d'utiliser le *référentiel commun* afin de les engager dans une démarche participative. Fourni le jour de la rentrée, ils pourront eux aussi devenir observateurs du comportement de leur enfant en même temps que les professionnels de l'ITEP. Ils pourront être incités à faire évoluer leur représentation, modifier leur regard ainsi que leur relation et participer plus aux prises de décisions concernant le projet personnalisé d'accompagnement de leur enfant.

Pour se faire dès la rentrée de septembre 2009 j'instaure une *réunion d'évaluation des attentes des parents* qui précèdera d'une semaine la réunion projet personnalisé programmée pour toute l'année scolaire. Elles seront animées par le directeur adjoint ou le chef de service. Le but est d'amener les parents à se reconnaître comme les seuls responsables et décideurs de l'éducation de leur enfant. Les axes de travail qui ressortiront des réunions projet personnalisé seront établis sur la base des attentes des parents et plus seulement sur celles des professionnels. Instaurer ce type de réunion c'est pour moi reconnaître l'expérience des parents qui est à prendre en compte au moment des synthèses. Pour autant cela ne veut pas dire que les orientations qui en résulteront devront être des réponses aux seuls désirs des parents et des enfants.

c) Le passage du référent au coordinateur de projet

Si la participation des enfants et parents améliore le suivi du projet, celui-ci ne peut être optimisé sans une personne qui fasse lien en dedans et en dehors de l'institution. A l'ITEP chaque enfant a un référent qui occupe cette fonction. Mais la référence suggère une notion de dépendance de l'utilisateur. Il doit référer à son référent qui peut être considéré comme le seul responsable du projet et de l'enfant. Or dans une relation de service c'est à l'utilisateur que l'on doit en référer. La coordination peut alors apparaître comme un outil de suivi de projet où le coordinateur aura la fonction de garantir sa conduite et sa mise en œuvre et où la responsabilité de cette construction appartient au directeur. Le coordinateur ne doit pas être l'interlocuteur unique de l'utilisateur et ne se substitue pas aux autres intervenants comme trop souvent le référent peut le faire.

Conscient que l'on ne peut pas changer les représentations culturelles des pratiques du jour au lendemain, dès la rentrée de janvier 2008 je porte le thème de coordinateur à l'ordre du jour des réunions de cadres sur la base d'une *fiche de poste*⁸⁴.

Quatre réunions de cadres serviront à la réflexion sur la création et la définition de la fonction de coordinateur. Cela durera de janvier à avril 2008. Afin d'anticiper un besoin de formation, de pouvoir réserver les fonds pour former le personnel concerné, je mets à l'ordre du jour ce thème lors de la réunion mensuelle des IRP⁸⁵ courant mars 2008. Il s'agira d'engager onze éducateurs spécialisés à se former :

- A la méthodologie de projet personnalisé afin qu'ils soient en capacité d'en assurer son élaboration et son suivi

La mise en place de cette fonction doit être effective durant l'année scolaire 2008-2009. En amont (septembre 2007) j'anticipe sur la question et sollicite l'ACTIF comme organisme de formation. J'utilise dans le cadre de la loi du 4 mai 2004⁸⁶ le PAUF (PAUF 2008 préparé en décembre 2007) car la démarche est à mon initiative (représentant employeur). Cette formation entrera dans le cadre d'actions d'adaptations au poste de travail. *Elle s'effectuera durant une semaine en intra muros en octobre 2008.*

Pour se faire, je mobiliserai dans la mise en place du PAUF la somme de 4400€ (400€ par personne pour 35h x par 11 éducateurs). J'organise à la mi mai 2008 une réunion pour présenter et affirmer la position de l'équipe dirigeante sur cette fonction de coordinateur, auprès des personnels des deux plateaux techniques⁸⁷. Début juin 2008 je réunis les onze éducateurs spécialisés pour :

- Confirmer que cette nouvelle fonction devra s'appliquer dès la rentrée de janvier 2009.
- Percevoir leurs positions, attentes et craintes. La responsabilité peut effrayer il s'agira alors de clarifier à quoi elle renvoie. C'est pour cela que je leur propose la formation sur la méthodologie de projet personnalisé. Car l'optimisation de l'accompagnement par le développement du savoir être et le savoir faire chez l'enfant ne doit pas être vécue comme une source de tension pour l'adulte. D'autant que les éducateurs n'ont eu de formation dans ce sens.

⁸⁴ Voir annexe 7 : fiche de poste coordinateur (en référence au 3.1.3 – C – c)

⁸⁵ Instances représentatives du personnel

⁸⁶ Loi relative à la formation professionnelle tout au long de la vie. Elle propose plusieurs possibilités : PAUF(plan annuel d'utilisation des fonds)DIF(droit individuel de formation)CIF(congé individuel de formation)

⁸⁷ Rappel : Il s'agit de tout le personnel qui accompagne directement les enfants mis à part les services généraux et administratifs

Enfin la construction des projets personnalisés sera par délégation du directeur sous la responsabilité du directeur adjoint et du chef de service éducatif. Six coordinateurs seront suivis par le directeur adjoint et cinq par le chef de service⁸⁸. Chaque semaine durant une heure chaque responsable rencontrera un coordinateur pour faire le point sur l'évolution du projet de l'enfant. Pour les éducateurs ce temps sera pris sur celui des réunions organisationnelles actuelles. Ces réunions seront planifiées sur l'année. Là encore une souplesse sera à respecter qui tiendra compte de l'urgence des situations à traiter.

3.2 Le changement en interne pour tendre vers une relation de service

3.2.1 Participation de l'usager à la vie de l'établissement

La loi du 2 janvier 2002 est venue affirmer la nécessité de réhabiliter la personne handicapée dans son statut de citoyen actif et participatif par la reconnaissance des droits fondamentaux⁸⁹. De même la loi du 11 février 2005 a revisité la notion de handicap sur la base de la capacité de la personne à participer à la vie de la société⁹⁰. Ainsi tout comme le droit des personnes à participer à l'élaboration du projet est érigé comme une norme, émettre un avis sur le fonctionnement de l'établissement est aussi un droit. Ce droit opposable peut à l'ITEP être saisi comme un autre moyen d'instaurer une relation de service. Il s'agira de développer une dynamique qui favorisera la participation de l'enfant et ses parents à la vie de l'établissement.

Pour moi la question de la participation ne se réduit pas à la mise en place d'instances participatives mais au sens que l'on met à leurs créations. Comment l'usager peut revendiquer ses droits mais aussi ses obligations sont autant de questions dont les réponses doivent déboucher sur sa reconnaissance.

De plus la notion de participation doit correspondre à un espace de coopération qui permet aux divers acteurs de se décentrer du projet personnalisé. Car quand celui-ci se trouve au centre du dispositif trop de choses y sont condensées autour. Alors de la coopération recherchée on passe bien souvent au confrontation. Il est ainsi nécessaire de créer un espace d'élaboration où peuvent s'exprimer comment sont perçus les

⁸⁸ Voir plateau technique ITEP annexe 3

⁸⁹ Art.7 section 2 : droits des usagers du secteur social et médico-social – loi 2002-2 du 2 janvier 2002

⁹⁰ Art.1 loi du 11 février 2005 : « constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction à la participation à la vie en société subie dans son environnement... »

besoins. Cet espace de participation, de coopération, de rencontre viendra alors compenser cette confrontation.

A) Mise en place d'un conseil à la vie sociale (C.V.S.)

Le conseil à la vie sociale est à créer à l'ITEP Peyrebrune. Comme le prévoit la loi c'est un outil destiné à garantir les droits des usagers et plus particulièrement leur participation au fonctionnement du lieu qui les accueille. C'est un lieu d'échange et d'expression sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement. De cette instance qui a une fonction consultative et non décisive peuvent émerger des besoins d'ordre collectif. Il a une fonction d'éducation à la citoyenneté par sa mise en place (élection) ; sa structure (présidence-ordre du jour) ; sa finalité (permet l'expression de tous les représentants). Il peut apporter de la reconnaissance chez les parents par rapport aux professionnels et chez les enfants vis-à-vis de leurs parents. Il peut aussi développer un sentiment d'appartenance et favoriser la négociation entre parents et professionnels.

L'établissement ayant pris du retard dans le domaine de la participation et convaincu des bienfaits thérapeutiques de cet espace d'expression, en janvier 2008 ce thème sera mis à l'ordre du jour de la deuxième réunion mensuelle des cadres. Parallèlement lors de la réunion du personnel de septembre 2007 j'informe les participants de ma démarche. Je souhaite que l'on réfléchisse sur les intérêts d'une telle instance mais aussi sur les obstacles à surmonter, conscient qu'un énorme changement de mentalités sera à conduire. Les liens en ITEP entre professionnels et parents se construisent souvent sur des rivalités de part la fragilité de la situation des uns vis-à-vis des autres. Un des challenges du C.V.S. sera de rétablir l'égalité dans les rapports parents / institution.

Cette réflexion devra être d'une durée de six mois et prendra fin en juin 2008.

- *Dans ce premier temps* le groupe des cadres⁹¹ sera le garant du pilotage de cette mise en œuvre. Il devra réfléchir sur la façon dont les parents, vécus comme très en difficultés, pourront gagner une place représentative aux yeux des professionnels.
- *Dans un deuxième temps* chaque membre de ce groupe sera positionné dans les différents groupes éducatifs de l'internat et du semi internat et au sein de l'unité d'enseignement. Chaque groupe devra se saisir de ce thème. Les cadres auront pour tâches d'animer et répertorier par écrit les différents avis, impressions, craintes, perspectives de mise en place.

⁹¹ Directeur, directeur adjoint, chef de service, 2 médecins psychiatres et 2 psychologues

- Pour les équipes éducatives ce travail s'effectuera lors des temps de réunions éducatives, d'une durée d'une heure, qui se tiennent avec le directeur adjoint ou le chef de service. Pour l'équipe pédagogique il se fera lors des conseils de classe, d'une durée de deux heures, où sont présents le directeur, le directeur adjoint et le chef de service.
- Il débutera en septembre 2008 pour se terminer fin décembre 2008.
- Durant la première semaine de janvier 2009 le groupe de pilotage se retrouvera pour finaliser la mise en place du C.V.S. .
- Courant février 2009 je distribuerai aux éducateurs et instituteurs un récapitulatif émanant du groupe de pilotage afin qu'ils s'appuient dessus pour informer les enfants.
- De même les parents seront invités pour recevoir l'information sur les objectifs et le fonctionnement du C.V.S. et sur les modalités d'élection.
- Le C.V.S. devra être en place à la mi mars 2009.

B) Le groupe de parole pour les parents

Aujourd'hui il existe à l'ITEP deux espaces de rencontre avec les parents. L'un est le lieu privilégié qui concerne le P.P.A.⁹². Deux rencontres par an rythme l'année scolaire dans le cadre de ce premier espace:

- Mise en place des axes de travail, courant novembre
- Réévaluation du P.P.A. – orientation et renouvellement, courant avril

L'autre représente plutôt l'espace personnel des parents dans le cadre thérapeutique où ils peuvent aborder des questions qu'ils se posent dans leur relation à leur enfant. Elle s'effectue au rythme de deux par trimestre ou plus selon la demande. Dans ces deux espaces la relation au soin est toujours abordée dans un contexte de rapport institution (professionnel) – parents. La situation est inégale, ce qui peut freiner dans bien des cas la coopération recherchée.

Aussi dès la rentrée 2008-2009 je mettrai en place un groupe de parole pour les parents. Je pense que ce type de rencontre peut les déculpabiliser du choix d'orientation qu'ils ont fait pour leur enfant. Echanger entre pairs leur permettra de poser des questions qu'ils n'osent pas poser aux professionnels. La confrontation des expériences devrait avoir un effet rassurant mais aussi mobilisateur. Pour se faire de janvier 2008 à juillet 2008 je demande aux médecins psychiatres dans le cadre des réunions « médico-psychologiques » de réfléchir sur le fonctionnement de ce type de groupe :

⁹² Projet personnalisé d'accompagnement

- Qui l'animera ? faut-il un intervenant extérieur ? des formations à cet effet sont-elles à prévoir ? si oui lesquelles ? où ? quand ? comment et combien ça coûte ? dans quel lieu pourra t-il s'effectuer ? à quel moment ? quels sont les professionnels qui devront y participer ?

C) Le conseil des enfants

Actuellement chaque groupe éducatif a son propre projet et ses propres règles de fonctionnement sans qu'il y ait d'interaction avec les autres groupes. Dès janvier 2008 chaque groupe éducatif devra réfléchir à la mise en place d'un conseil d'enfants. Ceci en totale autonomie durant l'heure de réunion organisationnelle des équipes éducatives. Cependant ils devront produire un écrit sur le fruit de leurs réflexions à la fin du mois d'octobre 2008 afin qu'un projet commun soit élaboré entre toutes les équipes éducatives auquel j'associerai les psychologues et les enseignants. Cela se déroulera au mois de novembre 2008. Le projet devra être lancé en janvier 2009.

Ce conseil d'enfants doit être un élément non négligeable de la structure institutionnelle.

En direction des enfants il doit favoriser le développement de la citoyenneté. L'enfant doit saisir que par sa participation il peut apporter des modifications, des améliorations à son existence. Cette instance sera destinée à édicter des mœurs et des règles de vie commune pour tous. C'est aussi un lieu qui peut servir à l'élaboration de questions dont les enfants veulent débattre au C.V.S.. L'enfant doit se trouver engagé dans une dynamique dès son entrée à l'ITEP. Ce conseil d'enfants doit représenter concrètement cette dynamique qui doit être structurée avec des lois. Il sera composé d'un président, d'un secrétaire qui seront soutenus dans leur fonction par un ou plusieurs adultes.

En direction des adultes la transdisciplinarité se développera par un projet commun d'ampleur institutionnelle car soutenu par un groupe de pilotage composé d'adultes des trois catégories professionnelles de l'ITEP. Les adultes devront se réinterroger à titre d'exemple sur la question des règles institutionnelles, qui ne se posera plus par groupe. Un temps de réunion appelé : espace technique institutionnel, sera libéré à cet effet. Y participeront enseignants, éducateurs et psychologues pour échanger sur des thèmes tels que : place des règles dans une relation soignante ou la violence, la sexualité etc

3.2.2 Une identification de la transaction avec la création d'un contrat de séjour

« Puisque aucun homme n'a une autorité naturelle sur son semblable, et puisque la force ne produit aucun droit, restent donc les conventions pour base de toute autorité

légitime parmi les hommes »⁹³. Prenant à mon compte la citation de J.J. Rousseau la participation des enfants et des parents à l'ITEP ne peut être réellement prise en considération dans un contexte de relation de service que si les modalités de l'échange, les devoirs, les droits et les contraintes des deux parties sont fixées par un contrat de séjour, ce qui n'est actuellement pas le cas.

A) Préalable au contrat : *la procédure d'accueil et d'information*

Afin que la transaction soit claire pour tous j'instaure à la rentrée 2008-2009 dans le processus d'orientation à l'ITEP une rencontre d'accueil avant même qu'une décision soit prise par la CDAPH. Actuellement cette phase se situe à l'admission où la décision d'orientation est déjà prise. Cette période d'accueil n'aura pas un caractère obligatoire car l'orientation ne sera pas encore prononcée. Son but sera de permettre à l'enfant et ses parents d'être en possession d'informations pour pouvoir se faire une idée sur les prestations rendues à l'ITEP ainsi que sur son fonctionnement. Cette rencontre d'accueil sera fortement conseillée afin de favoriser des choix éclairés. Les différents partenaires susceptibles de proposer des orientations en ITEP seront informés de cette rencontre d'accueil fondée sur le principe du consentement éclairé.

Cette rencontre que j'appellerai : visite de présentation de l'ITEP sera d'une durée de deux heures. La rencontre pourra se faire à tout moment durant l'année scolaire sur la demande des parents avec pour simple règle la présence obligatoire de l'enfant. L'accueil, la présentation et la visite de l'établissement seront sous la responsabilité du directeur adjoint ou du chef de service éducatif⁹⁴.

B) La phase d'admission et de négociation

Cette période doit être particulièrement soignée car c'est la teneur des premiers contacts qui détermine bien souvent le degré d'investissement des parents dans le suivi du projet d'accompagnement de leur enfant. Pour que s'installe une relation de confiance dans les futurs échanges je dois tenir compte que parents et enfants ne sont pas sur leur territoire et se trouvent de ce fait psychologiquement désavantagés.

Aussi, à la rentrée 2008-2009, les parents devront s'entretenir prioritairement avec le médecin psychiatre car ils ont peut être des choses personnelles à dire. Si elles ne sont pas énoncées au bon endroit les informations peuvent alors être perdues. Ce qui est dit une fois de l'ordre de l'intimité ou du secret n'est en général pas dit une deuxième fois.

⁹³ Loubat J.R. option précitée n°54 qui cite p161 un passage du chapitre « De l'esclavage » ouvrage « Du contrat social » de Jean Jacques Rousseau

⁹⁴ Voir annexe 8 : procédure pour visite de présentation ITEP

Cette période doit aussi tenir compte des positions émotionnelles de l'utilisateur. C'est pourquoi l'enfant sera rencontré par le psychologue qui remettra par la suite un avis au médecin psychiatre. Ce n'est qu'après ces deux entretiens que parents et enfants seront rencontrés par le directeur sur des questions d'ordre administratif, éducatif, scolaire mais aussi sur les suivis antérieurs, le comportement de l'enfant au domicile et sur ses désirs. S'il n'y a pas eu de première visite l'utilisateur possède peu d'information et sur ce qui est possible de demander ou pas. Il lui sera alors remis le livret d'accueil.

Au final la commission d'admission⁹⁵ se réunira pour voir si l'orientation correspond à la mission de l'ITEP. Si tel n'était pas le cas la CDAPH sera saisie et proposera une éventuelle réorientation.

La période d'admission se déroulera dès réceptions des premières notifications au mois de juin et durant tout le mois de juillet.

C) Contenu du contrat de séjour

Ce n'est qu'après ces deux périodes d'accueil, d'information et de recueil des premières attentes des usagers que le contrat de séjour doit être établi. Il constituera l'étape fondatrice de la relation de service. Auparavant, durant la phase d'admission, un contrat de séjour aura été envoyé à chaque bénéficiaire afin qu'il puisse le parcourir et éventuellement négocier sur des points précis au moment de la contractualisation en septembre. Ce contrat aura pour objectif :

- D'expliciter nos offres de prestations dans le domaine thérapeutique, éducatif et pédagogique
- D'inciter les parents à participer à l'élaboration du projet personnalisé
- Il y sera indiqué les espaces de rencontre utilisés pour échanger avec eux
- Apparaîtront les conditions d'accueil et de séjour
- Il y sera énoncée la procédure de mise en place du projet personnalisé et de sa réévaluation
- Il y sera stipulée la durée du contrat, les périodes d'ouverture et de vacances
- Pour finir y seront formulées les modalités de résiliation. Une attention sera apportée sur la nécessité que nous avons à être d'une extrême

⁹⁵ Le médecin psychiatre devra fournir un avis médical où sera notifié : l'indication ou contre indication- les conditions requises pour que l'accompagnement puisse se réaliser- de quoi dépend le risque d'échec- précautions à prendre

vigilance sur les phénomènes de violence compte tenu des troubles manifestés par les enfants accueillis.

Ce contrat débouchera sur l'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement « pour passer de l'intention conjointe à la mise en œuvre concertée »⁹⁶. Ce projet personnalisé constituera un avenant au contrat de séjour.

3.2.3 L'élaboration d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles

A) Préalable

« Confrontés aujourd'hui, plus que jamais à la nécessité de faire mieux avec moins, le secteur médico-social se trouve fortement invité à s'interroger sur la qualité de ses services et des dispositifs déployés »⁹⁷. Aussi tout comme le projet personnalisé ou la participation de l'usager, l'évaluation des pratiques professionnelles fait partie des éléments qui vont favoriser la relation de service. Elle aura pour finalité de qualifier nos prestations afin qu'elles soient appropriées à la spécificité des services que l'on doit rendre. Par cette démarche je recherche à promouvoir au sein de l'établissement un regard critique des professionnels sur leurs pratiques pour répondre à un principe d'amélioration. Elle s'inscrit dans l'évaluation interne obligatoire pour l'ensemble des établissements relevant de l'article L 312 ;1 et 313.1 du code de l'action sociale et des familles.

Quels choix ont été réalisés ? Comment cela a été mis en place ? Quelle est l'analyse des effets ? Quelles sont les marges de progrès ? Autant de questions que chaque professionnel doit apprendre à se poser pour développer l'appréciation des activités fournies par l'établissement. Cette phase d'évaluation doit permettre de mesurer si les pratiques quotidiennes témoignent :

- D'une véritable personnalisation de la prise en charge
- D'une juste réponse des attentes des personnes accueillies
- D'un réel respect des usagers et de leurs familles

Elle devra permettre le croisement des points de vue de l'usager et du professionnel par :

- Une évaluation entre usagers (enquête de satisfaction)
- Une évaluation élaborée entre professionnels.

Je commencerai ce travail, qui devra s'inscrire dans un processus d'amélioration continue de la qualité, par la construction d'un référentiel conformément à l'article 22 de

⁹⁶ Loubat J.R. option précitée n° 54 p179

⁹⁷ Loubat J.R. option précitée n° 54 p 311

la loi du 2 janvier 2002. Il comportera un ensemble de valeurs et de pratiques professionnelles codifiées par cette loi⁹⁸.

B) Méthodologie pour la mise en place de cette démarche

a) *Phase de préparation*

1^{ère} étape

La décision d'engager une démarche d'évaluation interne va induire un changement dans la culture de l'établissement. Cette démarche demande donc un engagement des instances dirigeantes : gestionnaire et direction.

Aussi je propose durant le mois de février 2008 de réunir les cadres de l'établissement avec des membres du conseil d'administration afin de se positionner et de légitimer de façon institutionnelle cette démarche. Cette *instance décisionnelle* aura la responsabilité de la conduite de l'évaluation. Elle sera composée du directeur, directeur adjoint, chef de service éducatif, médecins psychiatres. Cette réunion aura pour but de définir le calendrier de l'évaluation, les objectifs, les modalités de pilotage, les moyens affectés à cette démarche en temps, en ressources, en budget. Je prévois en particulier dans le plan annuel d'utilisation des fonds, PAUF, trois départs en formation dans le cadre de l'évaluation interne.

2^{ème} étape

Mars 2008 (projection PAUF 2009 établi en novembre 2008) j'indique aux IRP ma décision de mettre en place un processus de démarche d'évaluation interne. Je leur indique les objectifs, les modalités de pilotage. Trois salariés, un de chaque catégorie professionnelle qui compose l'ITEP, devront se préparer à l'élaboration d'un référentiel d'évaluation interne. Ils suivront pour se faire dès janvier 2009 une formation.

3^{ème} étape

En septembre 2008 lors de la réunion annuelle avec l'ensemble du personnel, service administratif et services généraux compris, Je précise que trois catégories professionnelles de l'ITEP devront obligatoirement être représentées dans cette formation. Ceci dans un but à la fois de diffuser la culture de l'évaluation et de garantir la méthodologie mais aussi animer les groupes de travail par thématiques.

b) *Phase d'élaboration de la démarche d'évaluation*

⁹⁸ Art.22 loi du 2 janvier 2002 : « l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques [...] validées par un conseil de l'évaluation sociale et médico-sociale »

Fin mars 2009 (après la mise en place du C.V.S. et la formation des trois salariés) *un groupe de pilotage* composé de représentants des usagers, des IRP, des représentants de l'instance décisionnelle (psychologues et membre du conseil d'administration), devra nommer un référent qualité mais aussi superviser le déroulement de l'évaluation, en valider les conclusions et orientations suggérées. Il désignera les membres *du conseil technique*, dix environ. Celui-ci devra se composer obligatoirement des salariés formés à la méthodologie de l'évaluation et de représentants des différentes catégories professionnelles. C'est de ce groupe que doit émaner le référent qualité. Le conseil technique travaillera à l'élaboration *du référentiel d'évaluation* et se chargera de diffuser auprès de tous les professionnels ses connaissances sur la méthodologie d'évaluation et sur le référentiel d'évaluation. Ceci de mars 2009 à septembre 2009. Il sera le conseiller technique auprès du groupe de pilotage et des groupes de travail qui vont réaliser l'évaluation. Il servira d'interface. Le référent qualité en sera le responsable. Il devra à la fois rendre compte à l'instance décisionnelle mais aussi au comité de pilotage.

Dès septembre 2009 les groupes de travail devront réaliser l'évaluation demandée suivant les objectifs et le calendrier décidés par l'instance décisionnelle. Le résultat de l'évaluation interne devra être remis aux autorités de contrôle.

C) Récapitulatif du plan d'action

Réunion Générale				
Date	Organe	Durée	Objectif	Espace
Septembre 2007	Ensemble du personnel	2 H	Préciser les points clés sur lesquels je décide de m'engager. ° Travail transdisciplinaire autour <i>référentiel commun</i> °Optimisation logique de service par : <i>participation de l'usager</i> <i>la contractualisation</i> <i>l'évaluation des pratiques</i> °Le partenariat	Réunion générale
Plan d'action autour du projet personnalisé				
Référentiel commun				
Février 2008	Groupe de pilotage (équipe des cadres)	6 H	Déterminer les thèmes du référentiel et les groupes de travail	Réunion des cadres
Mars 2008 à Novembre 2008	Groupe de travail	1f / mois 2H	Définition des dimensions par thèmes Création d'un lexique	Plateau technique

Mars 2008 à Novembre 2008	Groupe de pilotage (équipe des cadres)	1f / mois 1H30	Rendu compte des animateurs Evaluation de la cohérence : lexique/ dimensions	Réunion des cadres
Décembre 2008	Tout le personnel des deux plateaux techniques	2H	Présentation de la grille référentiel commun	Plateau technique

Bilan éducatif de rentrée				
Décembre 2008	Groupes éducatifs + directeur adjoint (DA) et chef de service éducatif(CSE)	2 f / mois total : 4H	Extrait des dimensions éducatives du référentiel pour élaborer un doc. Bilan éducatif de rentrée	Réunions équipe éducative autour du DA et CSE
Participation des enfants au projet personnalisé				
A partir de janvier 2009	Suivi individuel des enfants par les éducateurs spécialisés	1 enf. / semaine sur 5 ou 6 semaines	°Etat des lieux régulier °développer la participation de l'enfant	°internat à 16h30 °au semi tps scolaire
Participation des parents au projet personnalisé				
Septembre 2009	Référentiel commun fourni aux parents	2 à 3 mois	°Amener les parents à se reconnaître décideur °Devenir observateur en même temps que les professionnels	Bilan lors de la réunion d'évaluation des attentes
Coordinateur projet personnalisé				
Janvier 2008 à Avril 2008 sauf février 2008	Equipe des cadres	1f / mois 3H	Réflexion autour du thème : coordinateur de projet personnalisé	Réunion des cadres
Mars 2008	IRP + Directeur	1f / mois	Information sur la mise en place du coordinateur	Réunion IRP
Mai 2008	Personnels des 2 plateaux techniques	1H	Présentation du projet coordinateur	Plateau technique
Juin 2008	Présentation aux 11 éducateurs	2H	Echanges de points de vue	Réunion organisationnelle
Plan d'action autour de la participation de l'utilisateur à la vie de l'établissement				
Conseil à la vie sociale (C.V.S.)				
Janvier 2008 à Juin 2008 sauf Février 2008	Groupe de pilotage (équipe des cadres)	1f / mois 1H30	Présentation du thème : C.V.S. et mise en place	Réunion des cadres

Septembre 2008 à décembre 2008	Equipes éducatives, pédagogiques + cadres	2f / mois 2H	Ecrit sur les avis impression, craintes,perspectives	Réunion équipe éducative
Janvier 2009	Groupe de pilotage	3H	Finaliser le C.V.S.	Réunion des cadres
Février 2009 à Mars 2009	Informations aux enfants – réunion d'inform ation aux parents – démarrage du C.V.S.			
Groupe de parole pour les parents				
Janvier 2008 à Juillet 2008	Médecins psychiatres ; psychologues ; orthophonistes ; psychomotricienne	1H/ semaine	Réflexion sur groupe de parole Démarrage septembre 2008	Réunion médico-psychologique
Conseil d'enfants				
Janvier 2008 à Octobre 2008	Equipes éducatives par groupes	2H/semaine	Ecrit sur la mise en place d'un conseil d'enfant	Réunions organisationnelle groupe éducatif
Novembre 2008	Réunion de toutes les équipes éducatives + Psy. Et enseignants	2H/ semaine	Elaboration du projet commun sur le conseil d'enfants	Réunion organisationnelle
Plan d'action autour de la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles				
Février 2008 1 ^{ère} étape	Réunion des cadres + membres du cons eil d'administration		Mise en place de l'instance décisionnelle responsable de la conduite de l'évaluation	Réunion exceptionnelle
Mars 2008 2 ^{ème} étape	Information aux IRP	2H	Projection sur le PAUF formation pour 3 salariés	Réunion mensuelle IRP
Septembre 2008 3 ^{ème} étape	Réunion générale	2H	Informations sur la démarche, l'échéancier,la formation prévue	2 ^{ème} réunion annuelle de l'ensemble du personnel
Mars 2009 à Septembre 2009	Composition du groupe de pilotage par l'instance décisionnelle		le groupe de pilotage °constitue 1 conseil technique °désigne 1 référent qualité °Elaboration du référentiel qualité	
Septembre 2009	Réalisation de l'évaluation puis résultat transmis à la DDASS			

3.3 Mise en place d'un partenariat interinstitutionnel

Si une réorganisation interne à l'ITEP est un passage obligatoire pour instaurer une relation de service, celle-ci ne peut plus se penser uniquement dans l'établissement.

La promotion des usagers doit aussi être facilitée par la coordination des prestataires de services qui ont pris ou prendront en considération le parcours de l'utilisateur avant ou après son passage à l'ITEP. Ce qui m'amène à me questionner sur comment travailler davantage en partenariat.

3.3.1 Identification de la relation partenariale

A) Le contexte

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale marque la volonté de favoriser la coordination et la complémentarité des différents prestataires afin de garantir une continuité dans l'accompagnement de l'utilisateur. Cependant l'injonction faite par la loi peut entraîner la dynamique partenariale vers une instrumentalisation des différents acteurs qui y participent. La question sera donc de savoir comment permettre à chaque établissement engagé d'être soi-même tout en acceptant de s'inscrire dans une coopération dont la finalité sera de converger vers l'intérêt de l'enfant et de sa famille.

B) La relation partenariale ne doit pas être une obligation

A l'échelon départemental il existe actuellement des réunions organisées à l'initiative de la DDASS. L'objectif est de construire des liens entre les différents établissements et services intervenants dans le champ de l'enfance handicapée afin de favoriser une cohérence dans l'accompagnement. Mais comme je le disais dans la deuxième partie⁹⁹, les diverses relations en jeu avec l'Education Nationale, l'Aide Sociale à l'Enfance ou le secteur de pédopsychiatrie sont parfois sources d'incompréhensions. Chaque instance est partagée par l'attrait d'appartenir à un grand ensemble et la tentation de défendre et se retrancher dans son territoire. La confrontation, à la différence est difficile. La relation partenariale implique alors une part d'investissement personnel et de positionnement de chaque opérateur. La relation partenariale ne peut aboutir que si chaque intervenant est convaincu d'un travail de coopération basé sur le croisement de visions qui soulignera les différences d'interprétations. Ce qui constituera alors une chance pour l'utilisateur.

Aussi pour ma part le partenariat ne se décide pas et surtout pas par d'autres que ceux qui sont censés entrer dans cette dynamique.

⁹⁹ Voir 2.3.3. B : aider les partenaires à repérer l'ITEP comme lieu de soin

C) Objectif du partenariat interinstitutionnel

Je pense que tout établissement en présence de « situations limites de prise en charge », pour mener à bien sa mission doit être conscient de ses propres limites. Et il doit accepter :

- La présence d'un tiers pour accompagner la situation limite présentée par l'usager
- Des liens de dépendance avec les autres partenaires susceptibles de venir en aide aux usagers et par voie de conséquence à l'institution. En d'autres termes je pense que tous les établissements du département accompagnant des enfants dans le champ du handicap, pour entrer dans une relation partenariale ont besoin d'une structure sécurisante pour s'impliquer tout en se protégeant.

Je reste convaincu que pour gérer «des situations limites de prise en charge» une optimisation de l'accompagnement des enfants de l'ITEP peut s'opérer par la mise en place d'un système de double accompagnement. Processus qui à mes yeux est adapté à la complexité de la réalité. Nous verrons plus bin qu'une organisation partenariale peut aller dans ce sens et jouer ce rôle de tiers.

De plus l'objectif du partenariat interinstitutionnel doit permettre à chaque partenaire de clarifier sa place d'opérateur. Dans une *organisation interinstitutionnelle* chaque service et établissement pourra mieux se faire connaître et modifier ses représentations vis-à-vis de l'autre.

3.3.2 La place de l'ITEP dans la relation partenariale

A) En direction de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

L'ITEP peut participer à l'amélioration de l'évaluation et de l'orientation au sein des MDPH. En effet en application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 les décisions d'orientations d'un enfant dans un établissement médico-social sont prises par la CDAPH au sein de la MDPH. Pour chaque enfant un plan personnalisé de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation. Ce plan comprend un volet relatif à la scolarisation, c'est le projet personnalisé de scolarisation, et prévoit le cas échéant l'orientation de l'enfant vers un ITEP. Cette orientation doit répondre à des indications précises et bien posées. Aussi conformément à l'article R 126-27 du code de l'action sociale et des familles (CASF) relatif à la composition de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation, l'ITEP peut servir de pôle de compétences, au niveau départemental, pour apporter sa collaboration à la mise en place de projet de vie et de scolarisation. Ceci en particulier pour l'évaluation des besoins qui doivent venir en compensation des troubles du comportement.

B) En direction du secteur de pédopsychiatrie

Conformément à la circulaire n° 149 du 30 mars 2006 relative au plan psychiatrie et santé mentale 2006, une collaboration peut s'opérer entre les équipes de psychiatrie infanto juvénile et l'ITEP. En effet dans certains cas le projet personnalisé de l'enfant peut préconiser un suivi psychothérapeutique en dehors de l'établissement. En particulier quand les parents n'arrivent pas à s'engager réellement dans une démarche de soin avec l'ITEP. L'enfant est alors pris dans un conflit de loyauté qui renforce chez lui violence et troubles du comportement.

Réciproquement peuvent s'élaborer dans le cadre de la circulaire, entre les centres médicaux psychologiques et l' ITEP, des accueils temporaires à l'internat ou semi internat sur une durée définie par convention. Le but étant d'observer par exemple les effets de la séparation (difficile pour les parents et/ou l'enfant) en vue d'une préparation à celle-ci.

C) En direction de l'Education Nationale et de l'Aide Sociale à l'Enfance

a) *En direction des établissements de l'Education Nationale*

L'ITEP peut contribuer, en relation avec l'inspecteur AIS, à des actions de formation et d'information en direction des écoles, des enseignants référents et de l'IUFM¹⁰⁰ sur le repérage des troubles psychologiques.

De plus aujourd'hui la loi du 23 avril 2005 pose la scolarisation des enfants handicapés obligatoire dans le milieu ordinaire. Il s'agit donc de définir des adaptations et des compensations nécessaires en fonction des besoins. C'est dans ce cadre que l'ITEP peut faire valoir son savoir faire. Cela peut passer par le partage d'un projet commun entre les classes de l'unité d'enseignement de l'établissement et des classes ordinaires. L'objectif sera de faire tomber les préjugés des uns et de démontrer pour les autres comment il est possible de prendre en charge une classe d'enfants présentant des troubles du comportement.

Des enseignants de l'ITEP peuvent aussi servir de pôle ressources dans certaines écoles.

b) *En direction des services de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.)*

L'ITEP ne se substitue ni à l'A.S.E. , ni aux parents. Aussi il est important lorsque des mesures de protection de l'enfance existent avant l'admission chez nous qu'elles soient maintenues. De plus afin de veiller à la cohérence de la prise en charge et pour éviter des ruptures, des modalités de coopération doivent s'établir pour favoriser les

¹⁰⁰ Institut universitaire de formation des maîtres

rencontres entre les différents professionnels. Elles doivent conjuguer soins thérapeutiques et protection et s'inscrire dans le projet personnalisé de l'enfant.

3.3.3 La mise en place «d'une organisation partenariale interinstitutionnelle » pour traiter les situations limites de prise en charge

Il convient maintenant que toute démarche d'établissement intègre cette notion de complémentarité. A cet égard *l'organisation partenariale interinstitutionnelle* suivante peut constituer un outil.

A) La phase d'engagement et la définition des situations limites

Dans un premier temps il conviendra à partir de l'initiative prise par la DDASS que chaque acteur ciblé : ITEP ; IME ; services de l'inter secteur de pédopsychiatrie mais aussi de l'ASE, de l'Education Nationale et de la justice et représentants de la MDPH, se réunissent plus souvent. Au moins deux fois par trimestre à la place d'une fois par semestre actuellement. Tenir compte du point de vue de l'autre pour élaborer des solutions négociées demande un effort de chacun. Cet effort ne sera fourni que s'il est compensé par la satisfaction d'une attente profonde. Aussi chaque institution doit pouvoir parler d'elle, de ses difficultés afin de définir ses propres situations limites de prise en charge.

Lors de mon stage de deuxième année de formation cafdes effectué en IME j'ai pu voir qu'il y a encore des enfants mal orientés, qui relèvent de l'ITEP. L'inverse est vrai aussi. Cette hétérogénéité de population dans un établissement peut alors être néfaste, provoquant des situations de crises, des attitudes de violence ou de retrait chez des enfants qui ne sentent alors pas à leur place.

Pour les services de l'ASE il existe certaines situations où la protection de l'enfant ne suffit pas et doit être complétée par une prise en charge psychologique. Réciproquement à l'ITEP des enfants présentent des troubles du comportement avec une protection judiciaire qui n'est pas suffisamment opérante.

Ce n'est qu'après cette phase d'engagement que les institutions pourront contractualiser dans une relation de coopération qui implique un degré minimum d'engagement et de confiance réciproque. Durant cette phase il est impératif que les décideurs des différentes institutions soient présents afin que la contractualisation ne soit pas identifiée à la personne mais à des organisations.

B) La création de l'outil

Une fois les situations limites repérées la deuxième phase consistera à créer l'outil.

a) *Objectif général de l'organisation partenariale*

Pour garantir l'opérationnalité des coopérations dans la durée il est nécessaire de décloisonner les logiques institutionnelles, d'aller au-delà des missions de chaque structure. Aussi *l'organisation partenariale interinstitutionnelle* doit considérer les « situations limites » de chaque institution pour assurer une cohérence et une continuité de prise en charge. Il s'agit d'améliorer l'accompagnement des enfants et parents en grandes difficultés en *créant un contenant partenarial institutionnel* permettant de faire cesser des ruptures répétitives de placement.

b) *Le système de double accompagnement*

L'objectif de cette organisation doit être de travailler en prévention sans traiter directement la situation. Dans cette démarche chaque partenaire doit se situer comme acteur au sein *d'un système de double accompagnement* afin de ne pas perdre l'identité et le sens professionnel de chaque institution. La situation est posée à l'organisation mais celle-ci par le biais *d'un coordinateur* met en contact les différents *référents* désignés dans chaque institution.

C) Description du dispositif de l'organisation partenariale

Comme je l'indiquai précédemment, *l'organisation partenariale interinstitutionnelle* ne peut fonctionner que s'il y a un engagement contractualisé par les institutions concernées.

a) *Le conseil de l'organisation partenariale interinstitutionnelle*

En premier lieu doit être constitué *un conseil* qui va réunir les représentants décisionnels de chaque institution. Il sera composé des :

- Présidents des associations engagées dans le partenariat
- Directeurs d'établissements
- De l'inspecteur d'académie représentant l'engagement de l'Education Nationale
- Du procureur de la république représentant l'engagement des services de justice
- Du président du conseil général représentant l'engagement des services de l'ASE

Les membres de ce conseil seront ainsi garants de l'engagement de l'institution qu'il représente au projet de l'organisation partenariale interinstitutionnelle. Ce conseil pourra être à présidence tournante. Il devra se réunir au moins deux fois dans l'année pour dresser le bilan du fonctionnement de l'organisation partenariale interinstitutionnelle.

b) *Le comité technique de l'organisation partenariale interinstitutionnelle*

En second lieu devra être instauré un comité technique de l'organisation. Il réunira les référents désignés au sein de chaque institution. Auparavant chacune d'entre elle devra étudier les moyens en temps qu'elle peut fournir. Un temps moyen de participation sera ensuite défini dans la contractualisation.

Lorsque une situation limite de prise en charge se présentera dans une institution, le référent de celle-ci interpellera le coordinateur de l'organisation par l'intermédiaire d'une fiche saisine (c'est le processus de double accompagnement qui s'engage).

Le coordinateur devra recueillir et traiter les demandes émanant des référents ; provoquer une réunion du comité technique pour étudier la situation ; veiller à la cohérence et à la continuité de l'action engagée auprès de l'enfant et des parents en difficultés. Un retour du plan d'action interinstitutionnel sera fait dans l'institution pour que les professionnels s'en saisissent.

c) *L'évaluation du dispositif*

Je situerai l'évaluation sur trois niveaux.

- **Mobilisation de l'organisation partenariale**

En direction du conseil de l'organisation

Dans un souci de développer le dispositif partenarial, il est important de mesurer la capacité de mobilisation des différents acteurs mais aussi leur engagement dans le projet. Elément décisionnel , cet organe doit également favoriser l'ouverture au dispositif, à d'autres partenaires. Aussi pour ce conseil d'organisation partenariale j'utiliserai les indicateurs de mobilisation suivants :

- ° Nombre de réunions
- ° Pourcentage de présence des représentants décisionnels
- ° Nombre de renouvellement de l'engagement dans le dispositif partenarial
- ° Nombre de nouveaux acteurs partenariaux

En direction du comité technique

Il s'agira de mesurer la mobilisation du comité par rapport aux actions à mener , en repérant particulièrement :

- ° le nombre de réunions
- ° le pourcentage de présence des référents de chaque institution au réunion du comité technique .

- **Situations limites**

Là l'évaluation permettra au dispositif d'identifier les difficultés rencontrées par les institutions mais aussi sa capacité opérationnelle à les traiter. Les indicateurs pourront être basés sur :

- Le nombre de fiches saisines reçues par le coordinateur
- Le nombre de fiches saisines traitées mais aussi non traitées par le comité technique ,sur l'année.
- Le délai entre la réception, l'élaboration du projet et sa réalisation.

- **Satisfactions des institutions**

En fin d'année un questionnaire de satisfaction sera envoyé à chaque institution partenaire afin que le dispositif optimise les actions à mener dans le futur. Il s'agira de repérer :

- Si le projet partenarial a résolu ou non l'impasse dans laquelle se trouvait l'institution et l'utilisateur.
- Si le dispositif a répondu aux attentes de travail partenarial interinstitutionnel.

Conclusion partielle de la 3^{ème} partie

Dans cette troisième partie j'ai voulu démontrer que la relation de service permettra d'optimiser l'accompagnement des enfants en ITEP. Sa mise en place doit s'opérer par une réorganisation en interne et un partenariat interinstitutionnel.

Pour aborder ce changement de culture j'ai choisi de mobiliser les équipes autour de plusieurs domaines :

- **Le projet personnalisé**

J'ai voulu

- ° fédérer les équipes sur une nouvelle méthodologie d'accompagnement par la mise en place d'un *coordinateur* de projet personnalisé mais aussi par *l'élaboration d'un outil* qui permettra aux professionnels de parler un langage commun.

- ° développer la participation de l'enfant par les suivis individuels qui favoriseront l'évaluation de leurs attentes et de leurs besoins.

- ° amener les parents à devenir observateurs de leur enfant et se reconnaître comme responsables et décideurs de leur éducation.

- **La participation de l'utilisateur à la vie de l'établissement**

Développer la promotion de l'utilisateur m'impose de combler le retard pris par l'ITEP et d'instaurer toutes les formes de participations qui permettront à l'utilisateur d'émettre un avis sur le fonctionnement de l'établissement.

- **La contractualisation**

Dans le contexte de relation de service je précise la transaction existante entre l'utilisateur et l'ITEP par la formalisation d'une procédure d'accueil avant la phase d'admission et la contractualisation de nos négociations sous la forme d'un contrat de séjour.

- **L'évaluation des pratiques professionnelles**

La relation de service oblige les professionnels à avoir un regard critique sur leurs pratiques. Pour se faire je prendrai appui sur la mise en place d'une démarche d'évaluation interne.

- **Le partenariat interinstitutionnel**

La prise en charge d'enfants en ITEP doit prendre en compte leurs parcours avant et après leurs passages dans l'établissement . Désormais l'optimisation de leurs accompagnements doit se penser autour d'un partenariat. Aussi il s'agit pour moi afin de garantir la qualité des prestations, d'inscrire l'établissement dans une organisation interinstitutionnelle pour soutenir les usagers les plus en difficultés.

Conclusion Générale

Préparer un avenir institutionnel conforme aux attentes et exigences des nouvelles politiques publiques témoigne de l'engagement de l'association. Aussi optimiser l'accompagnement des enfants en cohérence avec ces nouvelles politiques sociales va dans le droit fil des actions qu'elle mène.

Penser l'accompagnement dans une logique de service c'est inscrire l'ITEP dans une relation contractuelle.

Pour se faire la transaction devra s'établir sur les bases de la personnalisation des projets de chaque enfants. Les professionnels de l'ITEP devront approcher la notion de trouble du comportement par les diverses situations qui concernent la vie sociale de l'enfant (école, famille). De nouvelles postures professionnelles devront être recherchées. Il s'agira de repenser le lien relationnel entre l'adulte et l'enfant mais aussi de développer le travail transdisciplinaire entre les différentes catégories professionnelles qui composent le plateau technique de l'ITEP. Il conviendra de mettre en place un outil commun afin d'identifier les besoins et attentes singulières de chaque usager. Le suivi du projet personnalisé devra introduire de la reconnaissance des enfants et des parents par une relation d'échange instaurée sur leur participation à l'élaboration du projet et à la vie de l'établissement.

Se représenter la famille, non plus comme objet de travail mais comme partenaire incontournable resituera l'établissement dans une véritable relation contractuelle. Cette nouvelle culture de la négociation devra s'appuyer sur l'identification de la transaction par la création d'un contrat de séjour, une optimisation des phases préalables d'accueil et d'admission mais aussi l'élaboration d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. Elle aura pour but de qualifier nos prestations au regard des services que l'on doit rendre. Sa finalité sera également de promouvoir un regard critique des professionnels sur leurs pratiques pour répondre à un principe d'amélioration.

L'organisation du travail à plusieurs avec l'ensemble des partenaires sera posée comme une nécessité car l'adaptation aux besoins et aux possibilités des enfants et des parents exige des relations denses et suivies. Chaque enfant doit pouvoir recevoir des prestations conjuguées entre l'équipe de l'ITEP et celle de la psychiatrie de secteur, de l'Education Nationale, de l'ASE ou de tout autre partenaire. Ceci impliquera une cohérence dans le suivi dont l'efficacité ne pourra exister sans une organisation interinstitutionnelle. C'est aussi par elle qu'émergera la relation de service qui permettra la promotion de l'usager.

Pour conduire ce changement en interne comme en externe il m'appartiendra, dans une démarche d'optimisation de l'accompagnement des enfants de l'ITEP, d'intégrer cette notion de complémentarité et de coopération interinstitutionnelle. Tout comme je devrai déterminer au cas par cas des modalités d'accueil en fonction de la dynamique évolutive de l'enfant, du programme de scolarité dans l'ITEP ou à l'extérieur et des indications de suivis psychothérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

AIRe *Conditions institutionnelles du soin en ITEP* Edition Marginalités et société. Paris octobre 2005.

BARREYRE J.Y. , BOUSQUET B., CHANTREAU A., LASSUS P.. *Dictionnaire critique de l'action sociale* Collection Travail social ; Bayards editions

BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU I. *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale* Editions Dunod ; Paris 2007 ; 286 p

DANANCIER J. *Evaluer et prévenir la violence* 2^{ème} ed. Dunod. Paris, 2005. 210 p

DANANCIER J. *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif : contexte, méthodes, outils* Edition Dunod ; Paris 2004. 196 p

DUBOIS J ; MITTERAND H. DOUZAT A., *Dictionnaire étymologique Larousse*

LOUBAT J.R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale* Paris : Editions Dunod, 2002. 258 p

LOUBAT J.R. *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale* 2^{ème} ed. Dunod, . Paris 2007. 360 p

LOUBAT J.R. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social* 2^{ème} ed. Dunod ; Paris 2005 ; 354 p

JOULE R-V., BEAUVOIS J.L. *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens* Editions Presses Universitaires de Grenoble 2002 ; 286 p

MIRAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale* 2^{ème} ed. Rennes : Editions ENSP, 2001. 105 p

MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B. *Le métier de directeur. Techniques et fictions* Rennes : Editions ENSP, 2005. 270 p

ROUZEL J. *Le quotidien en éducation spécialisée* Editions Dunod ; Paris 2004 ; 197 p

DOCUMENTS, ETUDES, DOSSIERS

Document ASH 9 mars 2007 n° 2497 ; *La relation de service au cœur de l'action sociale et médico-sociale*

Document : Schéma départemental des Pyrénées Orientales pour les établissements relevant des annexes XXIV, 2000

Expertise INSERM : troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescents du 22/09/2005

Revue : Empan n°63 *Enfants et écoles d'aujourd'hui : les chemins de traverse* ; Editions érès septembre 2006

Revue : Empan n° 45 *Quelques hypothèses pour une sociopédagogie du projet*

Etude et résultats de la DRESS n° 288 sur les établissements pour enfants et adolescents handicapés

RAPPORTS

Rapport mars 1999 , n° 99.002 présenté par Naves P ; Gaüzere M., Trouve C. (IGAS) et Gossot B., Mollo C. (IGEN) *Rapport sur les instituts de rééducation*

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

LOIS :

Loi 75.534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées

Loi 2002. 2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale

Loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances , la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

DECRETS :

Décret 89.798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis, XXIV ter, du décret du 09 mars 1956 modifié

Décret 2005 ; 11 relatifs aux ITEP du 6 janvier 2005

Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap

CIRCULAIRES

Circulaire n° 2006-126 du 17 août 2006 relative à la mise en œuvre et suivi du projet de scolarisation

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1

Extrait de la révision du schéma départemental de 1995

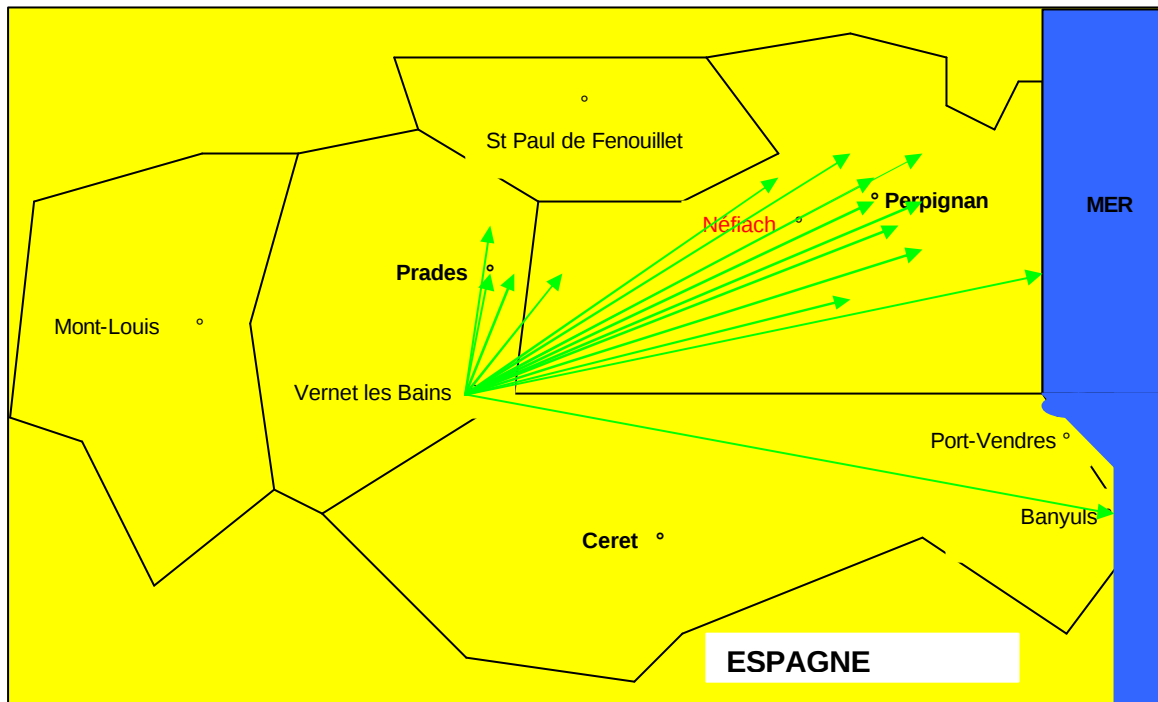
« ...Le schéma départemental en 1995, n'a apporté pour la population d'enfants présentant des troubles du comportement, aucune modification structurelle, d'équipement et de place, ou de modalité de prise en charge. Deux I.R. existent dans le département, pour une capacité totale de 65 places. L'institut Clairefontaine propose 25 places installées d'internat à 50 Km de Perpignan pour les enfants âgés de 6 à 13 ans. Il s'avère que :

- Ce nombre de place est insuffisant,
- La localisation de l'établissement à Vernet les Bains est devenue inadaptée par rapport à l'origine géographique des enfants accueillis,
- La prestation du tout internat ne répond pas aux différentes problématiques des enfants qui présentent des troubles de la conduite et du comportement.
- Des prestations différenciées, comme le semi internat, l'externat, le SESSAD, l'accueil en familles spécialisées doivent pouvoir exister pour répondre à une logique de prestations personnalisées.
- La structure bâtie actuelle de l'établissement n'est plus adaptée à recevoir ce type de population. ... »

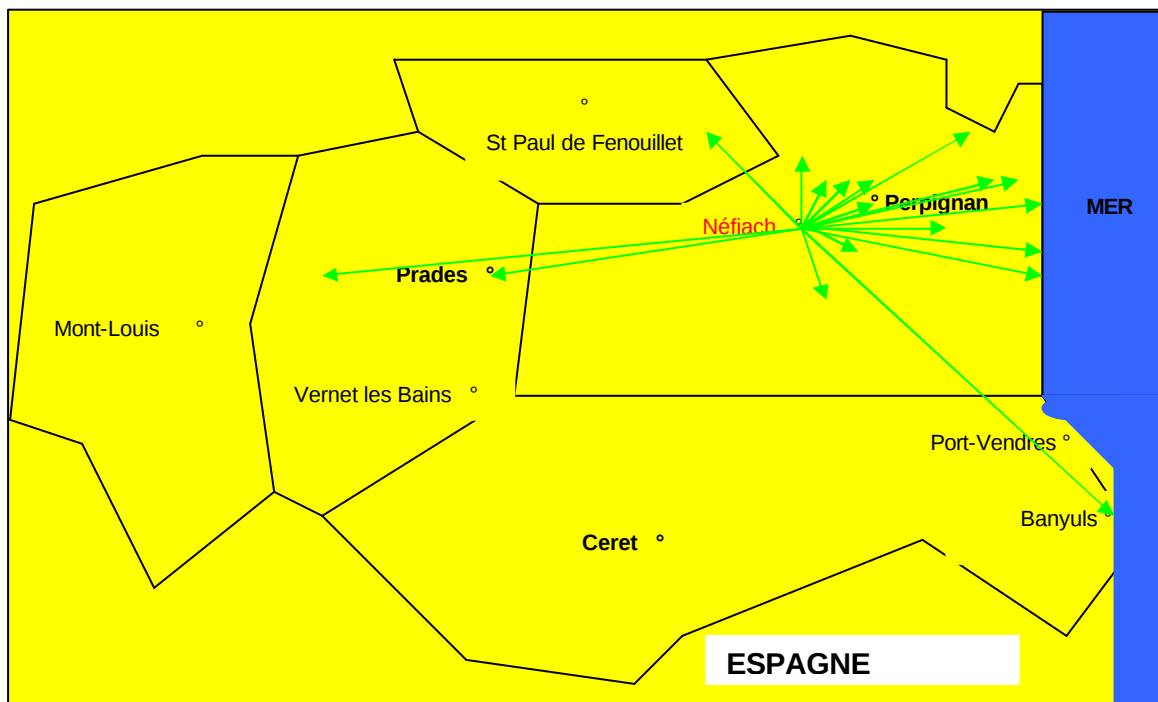
ANNEXE 2

Comparaison des lieux de résidences des jeunes accueillis à Vernet les Bains et à Nériach

Lieu de résidence des jeunes accueillis à Vernet les Bains : IR Clairefontaine



Lieu de résidence des jeunes accueillis à Nériach : ITEP Peyrebrune



ANNEXE 3

**Plateau technique ITEP Peyrebrune NEFIACH : internat et semi internat
(en nombre équivalent temps plein :ETP)**

Directeur	0,85	ITEP	Peyrebrune	Néfiach
	(0,15	SESSAD	Caminem	Perpignan)
Directeur adjoint	1			
Chef de service	1			

INTERNAT

SEMI-INTERNAT

Médical / Paramédical / Psychologues

Médecin Psychiatre	0,5		Médecin Psychiatre	0,28
Orthophoniste	0,5		Orthophoniste	0,5
Psychologue	1		Psychologue	0,5
		Médecin Généraliste	0,43	
		Infirmière	0,75	
		Psychomotricienne	1	

Service socio éducatif

Educateur spécialisé	7		Educateur spécialisé	4
Moniteur éducateur	4		Moniteur éducateur	1
Moniteur éducateur	1,08			
Remplaçant				
		Moniteur éducation		
		Physique et sportive	1	
		1 ^{er} groupe		

à ce plateau technique faut ajouter :

- ° 7 enseignants : en contrat simple financé par l'Education Nationale
- ° 4 contrats CAE à 0,7 chacun (

ANNEXE 4

Tableau des effectifs du personnel 2006 en ETP

ITEP Peyrebrune

1. Direction / Encadrement	
Directeur	0,85 et (0,15 au SESSAD)
Directeur adjoint	1
Chef de service éducatif	1
TOTAL	2,85
2. Administration / Gestion	
Secrétaire comptable	1
Secrétaire	1
TOTAL	2
3. Services généraux	
Agent service intérieur	7,38
(dont un surveillant de nuit)	
Ouvriers qualifiés	2
Agent technique supérieur	1
TOTAL	10,38
4. Médical / Paramédical / Psychologues	
Psychiatres	0,78
Médecin	0,43
Infirmière	0,75
Orthophoniste	1
Psychologue	1,50
Psychomotricienne	1
TOTAL	5,46
5. Socio-éducatif	
Educateur spécialisé	11
Moniteur éducateur	5
Moniteur éducateur remplaçant	1,08
Moniteur EPS 1 ^{er} groupe	1
TOTAL	18,08
TOTAL Général	38,77
+	
Enseignants	7
TOTAL	45,77

ANNEXE 5

Les différents types de réunions et leurs objectifs

Réunions institutionnelles : 2 fois par an- durée 2 h

Objectif : Informer tous les personnels sur les questions relatives à l'ensemble de la structure, son évolution et ses projets, son organisation, ses moyens, son image.

Réunions plateau technique : 1 fois par mois – durée 2 h

Objectif : Elles rassemblent le plateau technique pour échanger sur des thèmes ou pour construire des outils de travail et définir des procédures.

Réunions de l'équipe pédagogique : 1 fois toutes les 6 semaines – durée 2 h

Objectif : Constitué en conseil d'école les enseignants et le directeur traitent de questions spécifiques à l'école.

Réunions des équipes éducatives : deux niveaux à distinguer

- La réunion autour du directeur adjoint ou du chef de service : 1 fois/semaine-1h
Objectif : Traiter des fonctions spécifiques à la fonction éducative
- La réunion organisationnelle des équipes éducatives : 1 fois / semaine – 2h
Objectif : Traiter des questions d'organisation et des questions éducatives des enfants de l'unité.

Réunions des équipes para médicales : 3 fois par mois – durée 1h

Objectif : Sous la responsabilité des médecins psychiatres, rééducateurs et psychologues sont réunis pour échanger sur les interventions en cours, les bilans, les perspectives de soins.

Réunions de régulation : 1 fois par trimestre – durée 2 h

Objectif : Analyser les pratiques. Prendre du recul sur sa propre pratique. Sortir du quotidien. Mieux conceptualiser les situations .

(Actuellement elle est suspendue car elle générerait de l'insécurité chez les professionnels. Nous redéfinissons les attentes des professionnels afin de rechercher un nouvel intervenant)

Réunions de mise en place du projet personnalisé ou de réévaluation : 2 par semaines – durée 1 heure – chaque enfant passe 2 fois dans l'année

Objectif : Mise en place du projet de soin et d'éducation, de son suivi et réévaluation.

Réunions obligatoires du directeur avec les IRP : 1 fois par mois – durée 2h

Objectif : Informer les représentants du personnel

Réunions des cadres : 1 fois chaque – durée 3 h

Objectif : Mettre en cohérence chaque service sur des questions de fonctionnement et de responsabilité.

ANNEXE 6

Grille référentiel commun d'analyse clinique

THEMES	DIMENSIONS	LEXIQUE
<u>Aspect corporel</u>	1 – Expression du corps :	
	2 - Hygiène	
	1 - Humeur	
	2 – Capacité à exprimer ses émotions	

ANNEXE 7

Fiche de poste : coordinateur de projet personnalisé d'accompagnement

J'attribue la fonction de coordinateur de projet personnalisé d'accompagnement aux onze éducateurs spécialisés de l'établissement.

- Qualification : diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé

- Pourquoi :

De par leur formation, ils sont spécialisés autour du développement et du suivi de l'enfant. Ils sont aussi les plus généralistes des intervenants de l'ITEP. De ce fait leurs requêtes ne seront pas remises en cause. Pour se faire ils posséderont par délégation du directeur une autorité de compétences.

- Fonction :

Le coordinateur de projet personnalisé sera chargé de la préparation, de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du projet personnalisé de l'enfant.

Il est l'interlocuteur auprès de l'équipe transdisciplinaire. Il lui revient la responsabilité de collecter les informations écrites auprès des différents intervenants. Il doit ébaucher des pistes d'actions en vue de formuler des propositions lors des réunions de mise en place des projets personnalisés ou de réévaluation. C'est lui qui coordonne la conduite et la mise en œuvre du projet. Il en est le garant mais la responsabilité incombe au directeur ou par délégation au directeur adjoint ou au chef de service. De ce fait il devra leur rendre régulièrement des comptes.

- Capacité :

Il doit être en capacité

- ° de recueillir des informations sur les besoins et attentes de l'enfant et de sa famille, en intervenant auprès de ceux-ci mais aussi auprès des partenaires .
- ° d'organiser ses informations pour présenter les besoins et les attentes de l'enfant et ses parents lors de la réunion de mise en place du projet personnalisé.
- ° de faire valoir les intérêts de l'enfant lors de cette même réunion mais aussi sur toutes les actions d'élaboration du projet.
- ° d'être régulièrement dans la négociation et la consultation avec l'enfant et ses parents.
- ° d'exercer le suivi de la mise en œuvre du projet personnalisé de l'enfant.
- ° d'être en relation quand cela le nécessite avec les différents partenaires interinstitutionnels.

ANNEXE 8

Procédure pour visite de présentation ITEP Peyrebrune

Pas d'engagement des parties à ce stade de la démarche

Durée : 2h

Responsable : Directeur adjoint ; chef de service

Objectif de la visite :

- découvrir l'ITEP
- informer les parents et l'enfant sur la procédure administrative à suivre pour entrer à l'ITEP
 - a/ dossier établi en fonction de l'endroit où s'expriment les difficultés de l'enfant.
 - b/ présentation du dossier à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la CDAPH.
 - c/ proposition d'orientation par la CDAPH si accord des parents.
 - d/ les parents doivent alors contacter l'ITEP.
 - e/ L'ITEP signale aux parents qu'il est également en possession d'une notification d'orientation de leur enfant.
- présentation de la structure et du dispositif ITEP
 - a/ présentation des différents plateaux techniques (internat ; semi internat)
 - b/ présentation de la population accueillie
 - c/ capacité d'accueil
 - e/ énoncé des critères pour les indications de chaque service
 - d/ description du fonctionnement de chaque service
- Explication sur l'utilisation des différents outils de soin et d'éducation
 - a/ thérapeutique
 - b/ éducatif
 - c/ pédagogique
- Présentation du suivi du projet personnalisé
 - a/ signature du contrat
 - b/ période d'observation (mise en place des bilans)
 - c/ réunion d'évaluation des besoins (mise en place du projet)
 - d/ propositions des axes de travail aux parents et à l'enfant
 - e/ écrit du projet personnalisé
 - d/ six mois après réunion de réévaluation
- Visite des locaux