

CAFERUIS Région

IRTS PACA CORSE

EXPERTISE TECHNIQUE

ROUSSEAU Charlotte
Promotion 2012 / 2013

LISTE DES SIGLES

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

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

IR : Institut de Rééducation

IME : Institut Médico-Educatif

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

TC : Troubles du comportement

Sommaire

Introduction

1. Caractéristiques de la population accueillie

1.1. Caractéristiques générales

- 1.1.1. L'insécurité psychoaffective
- 1.1.2. Troubles du comportement chez l'enfant et évolutions sociales
- 1.1.3. Un comportement déviant

1.2. Caractéristiques spécifiques

- 1.2.1. Problématique des enfants accueillis à l'ITEP Sérénia
- 1.2.2. Identification des besoins des enfants par les professionnels
- 1.2.3. Des enfants en attente d'être écouté
- 1.2.4. Un souhait d'accéder aux apprentissages et aux loisirs
- 1.2.5. Une difficulté à « se dire »

2. Un cadrage juridique spécifique et complexe

2.1. La rénovation du secteur médico-social

- 2.1.1. Le paradigme de compensation
- 2.1.2. De nouvelles obligations pour les établissements
- 2.1.3. La loi de 2002 consacre la notion d'usager
- 2.1.4. Diversification, expérimentation et contrôle des actions des établissements

2.2. Innovations concernant la scolarisation des élèves handicapés : loi du 11 février 2005

2.3. L'interdisciplinarité : condition technique d'organisation et de fonctionnement des ITEP

2.4. La mise en œuvre d'un lien constant avec l'éducation nationale : le décret n° 2009-378 du 2 avril 2009

3. L'interdisciplinarité au service de l'enfant pris en charge

3.1. L'inscription de l'enfant dans la cité

3.2. L'ITEP : une thérapie institutionnelle

- 3.2.1. L'admission : un processus pédagogique fixant le cadre soignant de l'organisation
- 3.2.2. La co-construction du projet personnalisé de l'enfant

3.3. L'équipe éducative au cœur du processus d'accompagnement

3.4. La scolarisation des enfants accueillis

3.5. Le prendre soin

- 3.5.1. L'infirmier, lieu de soin des « bobos » autant que des maux
- 3.5.2. La thérapie : une mise en sens de son histoire

4. Disparité entre le prescrit et l'actuel

4.1. Une participation effective de l'enfant et sa famille à renforcer

4.2. L'interdisciplinarité au service d'une plus forte complémentarité des actions

Conclusion

ANNEXES

ANNEXE 1 : Définition des caractéristiques des enfants accueillis par les professionnels de l'ITEP (Extrait du Livret constitué par les groupes de travail sur la bientraitance)

ANNEXE 2 : Répartition des catégories cliniques de l'internat enfant (Projet d'établissement)

ANNEXE 3 : Extraits de la Loi de 2002-2

ANNEXE 4 : Extraits de la circulaire interministérielle du 14 mai 2007 relative aux Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis.

ANNEXE 5 : Les référentiels d'action des professionnels (Projet d'établissement ITEP).

ANNEXE 6 : Grille des observations partagées en vue de construire le projet personnalisé lors des réunions techniques (dossier des usagers)

Introduction

Les évolutions concernant les prises en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap ont été importantes au cours des deux dernières décennies. Actuellement, la loi affirme que « *constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». La diversité des situations individuelles conduisant à inscrire l'individu dans le handicap est progressivement considéré. Ainsi, plusieurs formes de handicaps sont définies : physique, sensoriel, mental, psychologique et psychique, cognitif. Les établissements médico-sociaux se diversifient également en vue de proposer un accompagnement spécifique cohérent aux différentes formes de handicap.

Les ITEP accueillent des enfants ayant souvent vécus des situations traumatisantes. Les diverses ruptures qui ponctuent leur parcours apparaissent comme un élément récurrent : ruptures familiales, scolaires, sociales. La complexité des schémas familiaux engendre une déstructuration de la vie familiale et du rôle parental. Ces éléments semblent faire échos à un mal moderne de la société, raisonnant avec une intensification de la précarité sociale, la dévalorisation de l'image de soi, la hausse de l'individualisme et la réduction des liens sociaux. Les situations traumatisantes vécues par ces enfants les inscrivent dans des difficultés relationnelles permanentes, qui s'effectuent sur un mode reproductif inscrivant ainsi l'enfant dans le conflit, la violence, la rébellion et le repli sur soi. La souffrance est un trait caractéristique commun à tous les enfants pris en charge en ITEP.

La complexité et la spécificité des troubles inscrivant ces enfants dans un processus handicapant a conduit les pouvoirs publics à engager une réflexion sur les modalités d'accompagnement adapté et répondant à leurs besoins. L'interaction des causes sociales, psychologiques, anthropologiques et culturelles, éducatives, nécessite la mise en œuvre d'un accompagnement interdisciplinaire permettant de répondre à la multidimensionnalité des causes inhérentes à ces troubles psychologiques.

L'expertise a été réalisée dans le cadre d'un stage de dix semaines effectué dans le service « Internat enfant » rattaché au dispositif « ITEP Marseille Centre Ville » de l'Association Sérénia. Ce dispositif comporte 5 services permettant de varier les modalités d'accueil des enfants : 2 SESSAD (enfants ; adolescents) ; 2 internats (enfants ; adolescents) ; 1 semi-internat enfants. L'internat enfant accueille actuellement 25 usagers, âgés de 8 à 14 ans, issus essentiellement du Centre Ville de Marseille. L'enjeu de ce travail sera de repérer les points de tension relatifs à l'accompagnement de ces jeunes, en fonction de leurs besoins et des orientations définies par les Politiques Publiques. Les procédures et processus déployés par l'équipe interdisciplinaire seront analysés.

1. Caractéristiques de la population accueillie

1.1. Caractéristiques générales

Les ITEP, anciens IR, accueillent des enfants et adolescents présentant des Troubles du Caractères et du comportement liés à des troubles psychologiques entravant la socialisation et les apprentissages. L'enfant s'inscrit dans « *un processus handicapant* »¹. Les difficultés psychologiques conduisent l'enfant à adopter un comportement déviant : refus des règles, intolérance à la frustration, tendance à la transgression, instabilité émotionnelle, tendance asociale, etc.

La complexité du processus conduisant à l'émergence de ces troubles incite à nous interroger sur les causes psychologiques, sociales et culturelles de ces troubles afin de comprendre l'enjeu de l'accompagnement déployé autour de l'enfant.

1.1.1. L'insécurité psychoaffective

Les difficultés sont considérées comme étant corrélées à l'environnement familial souvent complexe : précarité sociale et culturelle, problèmes de dépendance, de violence, difficultés éducatives, etc. D. Winnicott (1969) expose la nécessité d'une qualité de relation parent / enfant appropriée : l'excès ou le défaut de présence relationnelle, l'exclusivité ou l'instabilité, perturbent le processus où l'enfant fait l'expérience de l'absence. Cette inadaptation de la relation provoque une crise identitaire. L'enfant n'identifie pas les limites cadrantes et sécurisantes nécessaires à son développement psychologique : un sentiment de manque affectif issu de diverses formes de défaillances relationnelles l'inscrit dans un « état-limite » ou une « pathologie narcissique ».

Ces enfants se développent dans une relation très fusionnelle, souvent à la mère, ce qui perturbe leur construction identitaire. Ils sont dans un débordement pulsionnel permanent. Il ne distingue pas bien ce qui arrive à autrui de ce qu'il leur arrive à eux. Les parents ne peuvent pas être rendu responsables de l'émergence de ce handicap : il s'agit en effet d'une inadéquation dans les modalités relationnelles.

Les diverses relations qui les relient au monde sont altérées. La blessure narcissique est très forte et insupportable. Elle engendre une auto-dévalorisation constante et entrave l'activité de penser : les enfants restent bloqués dans l'agir et le comportement constitue une décharge. L'insuffisance de sécurité interne est provoquée par cette défaillance narcissique (P. Delamarre, 2008). Les problématiques relèvent souvent de l'attachement relatif aux contextes de la petite enfance.

¹ Décret no 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.

1.1.2. Troubles du comportement chez l'enfant et évolutions sociales

Les ITEP n'accueillent plus essentiellement des enfants caractériels mais des « pathologies limites narcissiques ». Favoriser une approche considérant la dynamique globale de constitution des troubles semble nécessaire. J-P. Lebrun (2007), fait l'hypothèse d'une corrélation entre l'évolution de notre société et celle de certaines pathologies psychologiques. Il émet l'hypothèse que les jeunes sont inscrits dans une société aux valeurs brouillées, ce qui engendre une perte de repères. Les évolutions sociétales tendent à discréditer l'autorité paternelle jusqu'au sein même de la famille, ce qui ne permet plus d'équilibrer le pouvoir maternel. L'évitement de la castration est rendu possible par cette discréditation du Père : le sujet ne s'inscrit pas dans le processus de castration lui permettant d'assumer son insatisfaction fondamentale, ce qui favorise l'apparition de pathologies nouvelles (Lebrun, 1997).

De plus, le discours social dominant tend à « abolir les différences de places » (Heuze, p. 40). Cette idéologie égalitariste entraîne un brouillage transgénérationnel ce qui modifie le rapport à soi et les liens aux autres. L'augmentation du nombre de familles monoparentales tend à limiter la cohésion et le soutien entre les membres de la famille. La relation entre les parents et l'enfant est modifiée. Les évolutions sociétales font que les parents ont du mal à situer l'autorité, ce qui semble lié à une véritable perte de références précédentes, notamment religieuses (Delamarre P., 2008). La majorité des enfants accueillis en ITEP sont issus de familles désorganisées, éclatées, parfois absentes ou en difficulté éducative, en souffrance psychique, voire dans des situations de maltraitance. Le manque de repères reste une récurrence. La compétitivité, l'individualisme et la consommation prônée semble alimenter une crise des valeurs morales et du sens de ces valeurs.

1.1.3. Un comportement déviant

La particularité des enfants présentant des TCC est la régularité de l'inadéquation de leur comportement dans des situations données (Fortin et al., 2000). Le sentiment d'insécurité provoque le comportement violent. Le rejet de la relation à l'autre constitue un trait particulièrement marqué : l'enfant s'inscrit dans un processus de déconstruction du lien dès que la relation émerge. Cette déviance marquée du comportement inscrit le sujet dans « *un processus handicapant*² » caractérisé par deux traits majeurs : la difficulté de socialisation et les difficultés d'apprentissages. Loin des normes sociales, ces enfants sont par conséquent dans l'incapacité de se construire une place sociale. Au-delà des difficultés relationnelles, l'incapacité à canaliser l'énergie physique ne permet pas d'adopter un comportement adéquat en milieu scolaire.

² Art D 312-59-1 Décret N°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.

Plusieurs traits caractéristiques peuvent être constatés chez les enfants accueillis en ITEP (Annexes 1 et 2): Violence physique et verbale ; Dévalorisation (image de soi altérée) ; Intolérance à la frustration ; Instabilité comportementale et impulsivité ; Difficulté de verbalisation des ressentis et des désirs ; Grande anxiété, voire dépression ; Non respect de la Loi et de l'autorité. La souffrance psychique conduit le sujet à s'affirmer pour exister, mais cela se fait de façon inadéquate. Les TC sont des manifestations des difficultés de l'enfant pour s'assurer de sa valeur et de l'estime de lui-même.

Les troubles du comportement sont extrêmement complexes. Leur émergence et leur compréhension doit prendre en considération cette multidimensionnalité à l'œuvre.

1.2. Caractéristiques spécifiques

1.2.1. Problématique des enfants accueillis

Les enfants accueillis présentent une difficulté dans la construction de la relation à autrui. Qualifiés d'« associables », ils développent un comportement inadéquat à la vie en collectivité : violence verbale, provocation, agitation constante, etc. De ces difficultés comportementales découle une incapacité à entrer dans les apprentissages : d'une part l'incapacité à entrer en relation à l'autre ne leur permet pas de s'intégrer dans le groupe classe ; d'autre part leur perturbation psychique provoque un désengagement, lié à des difficultés de concentration et une impossibilité de se canaliser.

Les enfants accueillis sont issus de familles majoritairement en difficulté éducative. Les éducateurs mentionnent à plusieurs reprises des « *carences affectives et éducatives* », étroitement liées à un contexte socioculturel difficile (parents au chômage, en situation de dépendance ou de toxicomanie, d'isolement parental, etc.). Les enfants accueillis présentent des parcours de vie emprunt de souffrance : dépendance des parents à l'alcool, violences conjugales, incarcération d'un des parents, relation fusionnelle à la mère, etc.

Alors que l'Ecole devrait contribuer à cette construction identitaire, tout comme la famille, ces enfants sont « sortis » du système scolaire ordinaire (pour la majorité) et en même temps « sortis » de leur famille.

1.2.2. Identification des besoins des enfants par les professionnels

Ces enfants ont la spécificité « *de ne pas supporter ce dont ils ont le plus besoin* ».

Les professionnels interrogés évoquent pour ces enfants la nécessité de promouvoir des repères affectifs : ils ont besoin de se sentir en confiance dans la relation avec l'adulte, se sentir écouté et considéré.

La non-identification des Limites imposées par la Loi ne permettent pas à l'enfant de construire et structurer son identité. L'adulte doit alors instaurer un cadre protecteur pour l'enfant et ne pas le lâcher. L'établissement de ce cadre consiste en l'instauration d'horaires fixes, la réaffirmation de la place de l'adulte, de la Loi, l'interdiction de la violence. Certains ont des troubles relativement légers, se manifestant par une violence physique et verbale canalisée par une rupture avec le domicile. Ils ont besoin de cadres et de limites sécurisantes. Ils doivent apprendre à se positionner dans des situations et à adapter leur comportement.

Le besoin de justice et de régularité est également largement évoqué au cours des entretiens menés avec les professionnels. Ces enfants présentent des parcours marqués par l'exclusion : exclusion scolaire, rejet de leurs pairs, parfois même rejet de leur fratrie et/ou de leurs parents qui ne parviennent plus à les gérer tant leur comportement devient violent. Ils sont dans l'incapacité de gérer leurs frustrations, ce qui implique la nécessité d'expliquer la sanction. Même si la punition ou la réprimande est mal vécue par l'enfant, elle est intériorisée et comprise lorsqu'elle est juste. La régularité induit quant à elle une position claire et lisible tenue par l'adulte. Les difficultés éducatives des familles laissent entrevoir des incohérences et des contradictions dans les règles qu'elles imposent à l'enfant.

Les professionnels soulèvent la conscience qu'ont les enfants accueillis de ne pas être « comme les autres ». Beaucoup sont conscients de leurs difficultés. La rudesse de leur vécu, l'ampleur de leurs angoisses et de leur souffrance rend délicate la mise en œuvre d'une relation de confiance aux pairs et à l'adulte. Les professionnels de l'ITEP soulèvent la nécessité de déployer un cadre dans lequel l'enfant dispose d'une liberté pour s'exprimer sans être jugé. Il doit sentir qu'il a le droit d'exister, de parler et d'être écouté. Cette règle du non-jugement est aussi primordiale pour accompagner et soutenir les parents dans leur rôle éducatif : ils ont besoins d'être remobilisés et d'être soutenus dans l'identification des actions favorables au bon développement de leur enfant.

Ce rejet de la part de l'éducation nationale et l'orientation vers l'ITEP fait ressentir à l'enfant sa différence. La nécessité de valoriser les progrès réalisés, d'identifier les agissements que les enfants ont de « normaux », d'exprimer un contentement lorsque l'enfant a bien agi favorise la motivation de l'enfant à réajuster son comportement pour tendre vers un retour à l'Ecole ordinaire. Ces enfants ont besoin de sentir qu'ils peuvent être « *comme les autres* ».

1.2.3. Des enfants en attente d'être écouté

Les enfants attendent d'être considérés dans leur singularité. L'infirmerie est particulièrement investie. Ce désir d'être écouté est également visible avec l'ensemble de l'équipe éducative. Lors des temps libres, les enfants interpellent leurs éducateurs : le contexte leur permet de se dire autrement et d'obtenir un retour de la part d'adultes instaurant un cadre concret et objectif.

La recherche de la sanction leur permet d'exister. Elle favorise également l'attribution d'une place pour l'enfant au sein du collectif.

Les groupes de parole organisés par la psychologue en collaboration étroite avec l'équipe éducative sont généralement « agités » : les enfants sont en demande de prise de parole et éprouvent des difficultés à s'écouter.

Certains enfants peuvent également formuler la demande de rester sur l'internat certaines nuitées supplémentaires à celles prévues. Pour les professionnels, cela témoigne que les enfants ressentent la sécurité apportée par le contexte institutionnel, souvent très différent du cadre fixé à leur domicile.

1.2.4. Un souhait d'accéder aux apprentissages et aux loisirs

Les enfants ont conscience de leur différence et de leurs difficultés scolaires. Les enseignants signalent que certains enfants évoquent leur envie de réintégrer une école ordinaire, demandent des devoirs supplémentaires, etc. Certaines disciplines scolaires sont davantage investies, notamment les sciences et les TICE. Les enfants sont définis comme « curieux » et motivés pour participer aux activités, notamment les sports. Plusieurs enfants formulent une demande pour faire des activités en milieu ordinaire.

1.2.5. Une difficulté à « se dire »

Il est difficile pour ces enfants de formuler des demandes, car ils présentent une difficulté dans la construction de leur identité. Ainsi, ils ne sont pas en capacité de définir ce qui leur permet de « se sentir bien ». La télévision dans la chambre est une demande récurrente : les professionnels signalent le fait que les enfants souhaitent un confort similaire à celui dont ils disposent à leur domicile.

Le contexte collectif de la prise en charge constitue pour certains enfants un frein. Les éducateurs, mais également la psychologue, les aides-soignants et les enseignants signalent une demande forte des enfants de disposer de temps avec un adulte, dans le cadre d'un échange dual. Ils sont en demande non pas de prise en charge individualisée, mais individuelle. Leur difficulté à se dire en tant que sujet les amène à exprimer des demandes floues. La question des envies et des choix est ici centrale, notamment pour l'inscription des enfants dans les activités éducatives, sociales et culturelles de leur choix.

La spécificité des troubles psychologiques des enfants accueillis en ITEP a conduit à l'instauration d'un cadre juridique balisé en vue de déployer un accompagnement en cohérence avec la complexité de cette forme de handicap.

2. Un cadrage juridique spécifique et complexe

2.1. La rénovation du secteur médico-social

2.1.1. Le paradigme de compensation

La loi d'orientation votée en 1975 constitue les prémisses pour l'entrée dans le paradigme de compensation. En effet, elle définit le handicap comme « *physique, sensoriel ou mental* » et en exclut l'inadaptation et la difficulté sociale. Actuellement, une conception plus environnementale va primer puisqu'on va considérer l'individu handicapé comme devant être inclus dans la société. Le handicap ne réside plus dans les attributs personnels de l'individu, mais dans ses difficultés à l'accès à une pleine citoyenneté. On passe donc d'une simple intégration ne prônant pas le rejet ou la mise à l'écart de la personne handicapée à une participation de l'individu au monde social qui l'entoure. L'inclusion est l'objectif général des politiques sociales. Ainsi, la nécessité d'un dispositif mettant en place des solutions spécialisées est affirmée. La diversité des troubles est reconnue et une adaptation des accompagnements est mise en place.

2.1.2. De nouvelles obligations pour les établissements

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002³ rénove l'action sociale et médico-sociale. Elle tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, à garantir la citoyenneté et à prévenir les exclusions. Les problèmes nouveaux émergeant avec le contexte social peu favorable aux plus démunis entraînent des dispositifs nouveaux impliquant une réflexion et une rénovation sur les modalités et les enjeux de l'intervention sociale. Les établissements se voient attribuer une mission d'évaluation et de prévention, d'information des usagers, d'intégration sociale, scolaire et professionnelle, d'assistance et de soin (Annexe 3).

Dans ce contexte, la garantie des droits de l'utilisateur devient centrale : les droits des bénéficiaires et de leur entourage sont réaffirmés, leur intégrité et leur intimité doivent être respectées. La personne accueillie doit par conséquent être informée sur ses droits et sur les moyens de recours dont elle dispose. Les informations la concernant doivent être confidentielles de sorte à respecter sa dignité et sa vie privée.

La nécessité d'une plus grande transparence sur les pratiques à l'œuvre dans l'organisation ont conduit à imposer aux établissements la formalisation d'un projet d'établissement définissant ses modalités d'organisation et de fonctionnement, ses objectifs d'intervention, ses moyens d'action, les modalités d'évaluation de la qualité de ses prises en charge. Ce projet doit être accessible à la demande des usagers et des autorités de contrôle. Ce projet doit être revu et réajusté tous les 5 ans.

³ www.legifrance.fr

Dans leurs modalités de fonctionnement, les établissements doivent prévoir la mise en œuvre d'un conseil de la vie sociale ou de tout autre mode de participation des usagers. Le Conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service : l'organisation intérieure ; la vie quotidienne ; les activités ; l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques ; les projets de travaux et d'équipements ; l'animation de la vie institutionnelle ; les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants ; les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge.

2.1.3. La loi de 2002-2 consacre la notion d'utilisateur

Actuellement, une nouvelle définition est donnée à l'utilisateur : il devient un acteur à part entière dans sa prise en charge. Par le biais de l'évaluation et du contrôle, la loi renforce la notion de responsabilité des acteurs sociaux. Une des volontés affichée par la loi est la prévention des maltraitances. Dans le secteur social, une trop grande liberté et un manque de contrôle ont mené à créer dans certains établissements des fonctionnements autocentrés pouvant provoquer des déviations dans les pratiques. Afin de respecter pleinement les droits des utilisateurs, il faut un véritable engagement des professionnels et de l'utilisateur. Pour performer l'accompagnement et respecter les droits de l'utilisateur, la loi de 2002-2 impose tout un ensemble d'outils : Charte des droits et libertés de la personne accueillie, Projet d'établissement ou de service, Document individuel de prise en charge (DIPC). L'objectif est de garantir des prestations adaptées aux besoins des utilisateurs accueillis. De plus, tous les outils relatifs au droit des utilisateurs deviennent contractuels. Ils ont pour fonction de garantir la qualité de la prise en charge de l'utilisateur. La nature contractuelle de cette relation a des conséquences : elle signifie une possibilité de contentieux entre l'utilisateur et l'institution. Ainsi, les professionnels du secteur doivent s'imprégner du droit des utilisateurs de sorte à limiter les conflits. Le droit est ici un outil de régulation sociale des rapports utilisateurs – professionnels – institution (Benoit et al, 2006). Chaque utilisateur doit bénéficier de la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement individualisé correspondant à ses besoins spécifiques. La personne, ou son représentant légal, doit participer à la définition de son projet personnalisé : aucune décision ne peut être prise sans son accord.

2.1.4. Diversification, expérimentation et contrôle des actions des établissements

La loi prévoit également une diversification des missions et des offres des établissements. La nomenclature des établissements est révisée afin de clarifier et baliser l'accueil des utilisateurs par des typologies d'établissements répondant à leur besoin. Les modes de prise en charge sont diversifiés de sorte à répondre à une plus grande individualisation des accompagnements (internat, prise en charge à domicile, etc.). En parallèle, les établissements et services se diversifient pour accueillir des

personnes en situation de handicap ne disposant pas d'un accueil adapté, tel que les personnes handicapées vieillissantes, handicaps rares, etc. Ce cadre laisse davantage de place aux expérimentations car il introduit une plus grande flexibilité dans les modes d'accompagnement. Les établissements disposent d'une marge de liberté leur permettant d'interagir avec un ensemble de partenaires, d'émettre des propositions, etc.

Les établissements doivent aujourd'hui s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité afin de conserver leur accréditation. L'enjeu de cette démarche est de favoriser une plus grande efficience, la conformité à la loi et une transparence dans l'utilisation des budgets. Ce processus d'amélioration continue se déroule en deux temps : une auto-évaluation permettant aux établissements de procéder aux actions d'améliorations qu'ils estiment nécessaires ; une évaluation externe, qui permet ou non le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement.

2.2. Innovations concernant la scolarisation des élèves handicapés : loi du 11 février 2005

Le Ministère de l'éducation nationale place au cœur des préoccupations l'accessibilité au savoir qui se traduit par un droit à l'inscription dans un établissement scolaire de référence et par une possibilité d'accès aux locaux et au matériel nécessaire au bon déroulement de la scolarité.

Le second pilier de cette loi est l'idée de compensation du handicap. Au service de cette compensation, le « plan personnalisé de compensation » a pour objectif de garantir l'égalité des chances pour toute personne présentant une déficience. D'une part, la MDPH évalue, propose et décide. D'autre part, l'éducation nationale met en œuvre le plan personnalisé de compensation proposé par la Commission des droits et de l'autonomie ou par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation, en partenariat avec les différents acteurs que sont les personnels des établissements sanitaires ou médico-sociaux et les collectivités territoriales. Allant plus loin que le principe d'éducabilité développé par la loi de 1975, les innovations de 2005 disposent que tout enfant handicapé est de droit élève. Par conséquent, les enfants présentant une déficience sont élèves avant d'être handicapés et sont distingués de l'adulte handicapé. La notion d'intégration scolaire ne reposait pas sur les mêmes enjeux : elle développait des projets dont l'ambition majeure était de permettre à l'enfant handicapé de prendre pied à l'école et de se construire une sociabilité. La dimension des savoirs et des apprentissages n'était pas suffisamment développée. Aujourd'hui, les acquisitions sont au centre des objectifs d'apprentissage, notamment avec le respect des programmes scolaires et du socle commun de connaissances et de compétences. Si le handicap est trop lourd, les connaissances à maîtriser seront sélectionnées parmi les plus élémentaires.

La création des MDPH a engendré le développement de dispositifs adaptés aux élèves en situation de handicap. Le métier de maître référent constitue un nouveau statut, favorisant une coordination des

actions développées par les établissements scolaires accueillant les élèves, en lien avec les services d'éducation spéciale. L'accompagnement individualisé est privilégié : l'élève dispose d'un Projet Personnel de Scolarisation contenant les modalités et adaptations mises en œuvre en vue de l'accueillir dans l'établissement. Les orientations vers les services d'éducation spéciale sont prononcées sur décision de la CDAPH, qui regroupe des professionnels du champ médico-social, les maîtres référents, ainsi que des professionnels du champ médical et de la rééducation. Les décisions sont pluridisciplinaires, afin de prendre en considération la globalité de l'élève et la situation de la famille.

Un ensemble de dispositifs peuvent être proposés à l'enfant : c'est le Plan Personnalisé de Compensation. L'élève, en fonction de sa déficience, peut bénéficier d'un soutien sur les temps de classe par une Auxiliaire de Vie Scolaire ; les tiers-temps permettent de bénéficier d'un temps supplémentaire pour le passage des examens ; des ajustements matériels, notamment l'informatique, peuvent être proposés. Les orientations des élèves vers les services d'éducation spéciale relèvent donc d'une décision pluridisciplinaire. L'orientation ne peut être prononcée sans l'accord des parents.

2.3. L'interdisciplinarité : condition technique d'organisation et de fonctionnement des ITEP

La circulaire n° 2007-194 du 14 mai 2007 (Annexe 4) et le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 marque la transformation des IR en ITEP. Ce changement a été une nécessité face aux évolutions du public accueilli. La distinction entre IME et ITEP est réaffirmée : les enfants pris en charge en ITEP ne présentent pas de déficience mentale avérée, mais « *s'inscrivent dans un processus handicapant* » tant leurs troubles du comportement sont intenses et durables. L'interdisciplinarité est la spécificité des ITEP. L'objectif de l'accompagnement dispensé en ITEP est de permettre une structuration psychique du jeune en vue d'une plus grande autonomie. Chaque enfant est considéré dans son individualité, en écho à la loi de 2002-2, pour lui permettre d'identifier ses goûts, de construire des choix, de comprendre ses difficultés pour pouvoir y remédier. Ainsi, l'« *ITEP doit permettre à l'enfant ou au jeune d'expérimenter le quotidien et les relations humaines, dans une perspective de maintien ou de retour dans les dispositifs habituels d'éducation, de scolarisation, de formation professionnelle, de socialisation*⁴. »

L'orientation en ITEP relève de la MDPH. La spécificité des troubles des enfants et adolescents accueillis en ITEP doit conduire les établissements à mettre leur expertise au service de l'organisation départementale (Annexe 4). Le triptyque d'intervention a une visée soignante en ce sens qu'elle déploie un processus d'accompagnement thérapeutique et global. Les dimensions éducatives,

⁴ Circulaire interministérielle du 14 mai 2007 relative aux Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis.

thérapeutiques et pédagogiques doivent se conjuguer pour donner corps à chaque projet personnalisé d'accompagnement (PPA), et le recours à des compétences externes est encouragé (annexe 4). Dans ce contexte d'intervention, les diverses formes de thérapie proposées ne peuvent être conçues de manière isolée aux actions éducatives et pédagogiques déployées. L'accompagnement éducatif a vocation à restaurer les relations à autrui dans le cadre d'un collectif, d'apprendre à l'enfant à se prendre en charge dans son quotidien, de s'ouvrir au monde en découvrant des activités nouvelles, de se réconcilier avec les apprentissages, et de soutenir l'accompagnement thérapeutique. Pour répondre au mieux à la diversité des besoins des enfants accueillis, les modalités d'accueil doivent être diversifiées et évolutives : SESSAD, internat (permanent ou séquentiel), Accueil temporaire, semi-internat.

Les parents sont considérés comme les premiers partenaires de l'action développée : aucune décision ne peut être prise sans leur accord, ils doivent être informés, soutenus, et participer à la définition du projet de leur enfant (Annexe 4).

2.4. La mise en œuvre d'un lien constant avec l'éducation nationale

Le décret n°2009-378 du 2 avril 2009 spécifie que les unités d'enseignements sont incluses dans les établissements médico-sociaux, et se doivent de mettre en œuvre les apprentissages auprès des élèves en situation de handicap, en tenant compte de la spécificité de leurs projets individualisés. Ces unités pédagogiques doivent mettre en œuvre un projet formalisé dans le projet de l'établissement, mentionnant les besoins de ces enfants, décrivant les objectifs, outils et supports adaptés, en référence aux programmes scolaires de l'éducation nationale. Le lien avec les enseignants et écoles ordinaires est central : il doit permettre un ajustement pédagogique cohérent via l'analyse de la complémentarité des actions pédagogiques déployées dans l'unité d'enseignement et dans l'établissement scolaire de référence. Les modalités de ce travail doivent être définies : fréquence, objectifs, etc.

Une allocation de moyens sous la forme d'une dotation globale en heures d'enseignement est mise en œuvre par le recteur en fonction du nombre d'élèves scolarisés, des caractéristiques de l'établissement, des modalités de scolarité ainsi que « *des besoins d'articulation et de concertation entre l'ensemble des acteurs des projets personnalisés de scolarisation, notamment les enseignants*⁵. » Les enseignants détachés dans les établissements médico-sociaux sont formés pour accompagner les élèves en situation de handicap.

⁵ Arrêté du 2 avril 2009 précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé pris pour l'application des articles D. 351-17 à D. 351-20 du code de l'éducation.

Un des enseignants de l'unité doit être nommé coordonnateur pédagogique en vue d'organiser et d'animer, sous l'autorité du directeur de l'établissement, les actions de l'unité d'enseignement ainsi que les relations avec les maîtres référents et enseignants du milieu ordinaire.

A partir des caractéristiques des enfants accueillis par l'ITEP et du cadre matérialisé par les Politiques publiques, il s'agit à présent d'identifier les procédures et processus d'accompagnement déployé par l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement.

3. L'interdisciplinarité au service des enfants pris en charge

L'objectif de l'accompagnement proposé en ITEP est de favoriser la construction identitaire, la revalorisation du schéma narcissique de l'enfant, en vue de permettre à l'enfant de trouver sa place dans un collectif et d'entrer en relation avec l'autre. Une normalisation du comportement est recherchée afin de tendre vers une réintégration en milieu ordinaire.

3.1. L'inscription de l'enfant dans la cité

Les enfants accueillis sont considérés comme des sujets. Le respect de leur intégrité psychique, de leur intimité et de leur liberté est placé au cœur des préoccupations pour construire un accompagnement global cohérent. L'association de l'enfant et sa famille à la définition du projet individualisé est mise en œuvre dans la procédure d'admission et dans les processus quotidiens déployés par l'équipe interdisciplinaire. L'apprentissage est conçu dans une double modalité : d'une part, les acquisitions scolaires ont pour vocation de permettre l'intégration de l'enfant dans le système scolaire ordinaire dont il a pu être exclu ; d'autre part, l'apprentissage du quotidien favorise une confrontation du jeune au monde qui l'entoure, permet sa construction identitaire et tend à le responsabiliser en vue d'accéder à une plus grande autonomie.

Face à ces considérations, l'ITEP est appréhendé comme une étape aidant à la construction identitaire. L'implication dans les réflexions techniques avec un ensemble de partenaires constitue une ouverture au service d'une adéquation toujours plus grande des pratiques à l'œuvre. La restauration de l'estime de soi est entamée à partir des potentialités de l'enfant. L'objectif principal reste d'éviter une répétition de l'échec, réalisé dans des processus de stigmatisation et d'exclusion déjà vécus par l'enfant et sa famille.

3.2. L'ITEP : une thérapie institutionnelle

Le processus global interdisciplinaire déployé par l'établissement a une visée soignante. L'ensemble des compétences des professionnels (Annexe 5) n'est pas conçu de manière additionnelle : il s'agit d'une articulation des modes de prise en charge en vue de donner du sens à l'ensemble. Trois

groupes d'enfants sont constitués en fonction des âges afin de mieux répondre à leurs besoins spécifiques et de renforcer une connaissance des enfants par l'ensemble des éducateurs d'un même groupe. L'accompagnement n'est pas éducatif ou rééducatif uniquement. Le soin se déploie à travers quelque chose qui se déroule, qui est dynamique, qui se décline dans le temps quotidien, des temps plus individuels et des temps collectifs.

3.2.1. L'admission : un processus pédagogique fixant le cadre soignant de l'organisation

Dès la réception des notifications de la MDPH préconisant une orientation vers l'établissement, l'assistante sociale est contactée par les partenaires, essentiellement les Ecoles, mais aussi l'ASE ou d'autres instances pouvant prendre en charge l'enfant. Elle détient le premier contact avec les familles afin de récolter des informations permettant la préparation d'une éventuelle admission. Une fiche « premier-entretien » recense ces éléments concernant la problématique et les difficultés de l'enfant, la situation familiale, etc.

La commission de pré-admission regroupe la direction, le chef de service, l'assistante sociale, la psychologue et les familles. Le dispositif est présenté à ces dernières ainsi que les modalités de l'accompagnement. Le processus de guidance parentale commence alors à se mettre en œuvre : la cellule familiale est considérée comme partie prenante dans le processus de soin. Les explications qui sont fournies aux parents ou responsables légaux par les professionnels constituent un processus pédagogique en ce sens qu'il favorise l'identification et la compréhension des troubles de leur enfant, en même temps qu'un soutien non-jugeant des difficultés rencontrées.

L'entretien d'admission est réalisé par l'assistante sociale en présence de l'éducateur référent, de la famille et de l'enfant. La remise des différents documents, notamment le livret d'accueil, permet une explicitation du fonctionnement de l'établissement et de la prise en charge qui y est déployée. Un second entretien, moins « administratif » a ensuite lieu, avec le chef de service, l'éducateur référent et la psychologue.

3.2.2. La co-construction du projet personnalisé de l'enfant

Suite à l'admission, un temps d'observation de l'enfant de plusieurs mois est mis en œuvre : la psychomotricienne, la psychologue et le médecin psychiatre procèdent à une évaluation de l'enfant ; l'équipe éducative réalise des constatations sur le comportement général. Cette phase constitue l'étape de construction du projet personnalisé de l'enfant. La formalisation du projet a lieu lors de la réunion technique qui regroupe les éducateurs du groupe auquel est rattaché l'enfant, la psychologue, le médecin psychiatre, la psychomotricienne, l'aide-soignante et le chef de service. Il s'agit d'une étape de partage des informations sur l'enfant à partir d'items prédéfinis (Annexe 6),

dans un esprit de co-construction du projet de l'enfant. Le but est de présenter les symptômes manifestent chez l'enfant. Les items sont énoncés au fur et à mesure, et chaque membre de l'équipe prend la parole lorsqu'il s'estime concerné ou qu'il souhaite apporter des éclairages, des observations, ou poser des questions. Dans les semaines qui suivent la réunion, l'assistante sociale présente le projet à la famille. Cette présentation est difficile pour les familles, qui se sentent parfois « intrusées ». C'est le moment où les familles donnent ou non leur aval.

Les contraintes liées au fonctionnement de l'établissement font que le projet peut se faire longtemps après l'admission de l'enfant, car les réunions techniques sont organisées par roulement sur les mardis uniquement. Dans l'attente de la formalisation, l'équipe pluridisciplinaire adapte de manière informelle ce qu'elle estime être bénéfique pour l'enfant à partir de ses observations, des interactions avec l'enfant, les partenaires, et des demandes formulées.

La révision annuelle des projets personnalisés des enfants par l'équipe interdisciplinaire favorise une évolution du projet : l'enfant peut se voir orienter vers une autre modalité d'accompagnement, telle que le SESSAD ; le nombre de nuitées sur l'internat peut être augmenté ou diminué ; des demi-journées sur l'Unité d'enseignement peuvent être préconisées ou interrompues en faveur d'une scolarité en milieu ordinaire, etc.

3.3. L'équipe éducative au cœur du processus d'accompagnement

3.3.1. L'éducateur référent

Il assure la circulation des informations provenant de l'ensemble des professionnels de l'établissement ainsi que des Ecoles et des Familles. Il est au cœur du processus de réajustement continu du projet personnalisé. Les échanges avec les familles se font essentiellement par téléphone. La régularité dépend des difficultés de l'enfant et des événements pouvant se produire.

3.3.2. L'éducateur, accompagnateur du quotidien

Les éducateurs assurent le levé des enfants, le petit-déjeuner et leur préparation avant de se rendre à l'Ecole ; et parfois les transports. La régularité est un élément important que les éducateurs assurent dans la gestion du quotidien : elle contribue à redonner des repères et une stabilité à l'enfant. Les éducateurs assurent le repas du midi pour les enfants de l'Unité d'Enseignement. A 16h30, ils se rendent à l'Unité d'Enseignement pour récupérer les enfants. Les élèves scolarisés à l'extérieur se rendent seuls sur l'ITEP lorsque leur âge et leur degré d'autonomie le permet ; les autres sont récupérés à la sortie des Ecoles par le chauffeur ou le taxi. La prise du goûter constitue un temps de « retrouvailles » entre les enfants, et entre enfants et éducateurs. C'est une opportunité pour savoir comment se sont passées les journées des enfants, et pour « prendre la température » de la soirée. S'en suit un temps libre d'environ 1h au cours duquel les enfants peuvent vaquer aux

occupations de leur choix : jeux dehors, télévision, jeux de société, etc. Les éducateurs interrogés soulèvent l'importance de ce temps : les enfants l'utilisent pour être au contact des autres et travailler leur socialisation, mais aussi pour s'isoler et échanger avec l'éducateur de leur choix dans une relation duale. La prise en charge essentiellement collective ne laisse que peu de temps pour se consacrer à ce type d'interaction au cours desquelles les enfants reviennent sur des situations, des ressentis, des choix, des questionnements ou encore des demandes. C'est lors de ces temps que l'accompagnement individualisé devient possible dans un contexte groupal.

Le moment des douches permet aux éducateurs d'observer les évolutions concernant notamment le rapport au corps et à l'hygiène chez les enfants. La préparation du coucher est particulièrement importante : le soir, les tensions vécues dans la journée peuvent ré émerger, l'excitation ne pas redescendre, etc. Les enfants se rendent dans leur chambre et sont invités à faire des activités calmes et solitaires. A la demande de certains, un éducateur lit souvent une histoire.

La présence accrue des éducateurs sur ces temps les conduit à disposer de nombreuses informations sur les enfants, leur ressenti, leur demande, et d'identifier les périodes de mal-être de ces derniers. Le maintien de l'investissement de l'enfant dans son projet est considéré comme essentiel dans le processus d'accompagnement. En cas de désinvestissement du jeune, la « remobilisation » de ce dernier est initiée par l'éducateur référent et le chef de service. L'enfant est convoqué, ainsi que les parents ou responsables légaux si cela est estimé nécessaire. Le sens de la prise en charge est rappelé ainsi que la nécessité d'une collaboration de l'enfant pour arriver à une amélioration. Les professionnels de l'ITEP s'attachent donc à remettre de la cohérence dans le processus éducatif et socialisant déployé, en même temps qu'ils mettent en œuvre une égalité entre les enfants. L'enfant et les parents peuvent s'exprimer, le but étant de comprendre le mal-être de l'enfant pour expliquer son manque d'implication dans son projet et d'identifier des solutions concrètes.

3.3.3. Projets éducatifs et sportifs

Un ensemble d'activités éducatives est développé afin de répondre aux besoins identifiés des enfants. Ces projets collectifs sont portés par l'équipe éducative. A partir de leurs observations, les éducateurs émettent des propositions recensant les objectifs de l'activité et les diverses ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Le chef de service impulse une dynamique d'auto-gestion de l'équipe et valide les propositions qu'il estime intéressante pour les enfants. L'éducateur proposant l'activité devient par la suite responsable de son bon fonctionnement. La participation des jeunes aux différentes activités est mentionnée dans le projet individuel.

A ce jour, de nombreuses activités sont mises en place : pêche, boxe éducative, rugby, musique, etc. Les enfants y participent par petits groupes de 3 à 7 enfants environ. L'atelier cuisine, mis en place

par le cuisinier de l'internat, ne fait cependant pas l'objet d'une formalisation : Un soir par semaine, la préparation d'un repas est annulée, et les enfants se retrouvent en auto-gestion (courses avec un budget, préparation des aliments, puis nettoyage et rangement). Cette activité est particulièrement investie par les enfants.

Les éducateurs ont la possibilité de proposer des activités à réaliser à l'extérieur de l'établissement, dans des associations notamment. Cette immersion permet de mettre en lien l'activité avec le travail de socialisation central pour ces enfants. L'observation de la boxe éducative dans un club de boxe extérieur a permis la mise en exergue de plusieurs éléments éclairant le processus d'accompagnement à l'œuvre. Le départ en transport en commun est ponctué de multiples rappels des règles de vie en collectivité. A leur arrivée sur les lieux, l'éducateur les invite à se changer et à commencer l'échauffement en attendant les autres enfants du club. L'éducateur occupe une posture particulière dans l'activité : il est à la fois l'éducateur et l'entraîneur. Les valeurs de l'effort, du respect de l'adversaire, de la cohésion du groupe, etc. constituent des supports de travail réinvestis au quotidien avec les jeunes.

3.4. La scolarisation des enfants accueillis

Les modalités de scolarisation sont diversifiées afin de répondre à la pluralité des situations et à la disparité des acquisitions. L'unité d'enseignement accueille en interne les élèves par petits groupes de 7 maximums. Les adaptations pédagogiques sont nécessaires ainsi que le rythme des activités : le matin est consacré aux enseignements, tandis que l'après midi est exploité pour des activités sportives et culturelles (escalade, informatique, théâtre, arts plastique, judo, foot salle, etc.). Les enseignants posent un cadre, mais tiennent compte de nécessité d'adaptation liée à l'agitation physique des enfants. L'accompagnement par petit groupe favorise la mise en œuvre d'une relation individualisée avec les enfants. L'enjeu pour les enseignants est de parvenir à instaurer une relation de confiance avec l'enfant pour qu'il accepte l'autorité. La sanction s'inscrit pleinement dans le processus car elle prouve à l'enfant que l'adulte porte attention à lui.

Les enseignants de l'Unité d'Enseignement procèdent aux inscriptions dans les établissements scolaires ordinaires. Ils assurent les liens avec les enseignants du milieu ordinaire de plusieurs manières : participation aux équipes de suivi ; cahiers de liaison ; téléphone ; courriers électroniques. La collaboration des enseignants du primaire est très importante, et elle se met en place de manière satisfaisante pour le collège. La régularité des contacts dépend des difficultés de l'enfant et des sollicitations des écoles et enseignants.

Un soutien scolaire est mis en place trois fois par semaine pour trois groupes différents : les enseignants de l'Unité d'Enseignement animent ces temps par roulement. Les éducateurs organisent

la répartition des enfants sur les différents groupes en fonction de leur présence sur l'internat, de leur devoir et de leurs demandes.

Les échanges entre les enseignants et les autres Pôles de professionnels est permis par les réunions d'équipe et les réunions de projet individuel des enfants, auquel le directeur de l'Unité d'Enseignement participe. Cependant, ces temps permettent des échanges essentiellement centrés sur une situation spécifique. Les interactions avec l'équipe éducative ont lieu en fin de matinée, lorsque les éducateurs récupèrent les enfants pour le repas, ainsi qu'en fin d'après-midi.

3.5. Le prendre soin

La dimension globale de soin est présente dans la dynamique organisationnelle de l'ITEP : les enfants et les professionnels le qualifient de lieu thérapeutique, soignant. Des professionnels matérialisent ce pan « médical et thérapeutique », mais le soin permis par leur action ne l'est que dans une interaction avec les actions éducatives et pédagogiques déployées.

3.5.1. Des lieux de soin des « bobos » autant que des maux

Deux aides-soignants assurent la gestion de l'infirmerie. La mise en place des traitements prescrits par les généralistes libéraux des enfants et le médecin psychiatre de l'établissement relève de leur responsabilité. Le don des médicaments se fait systématiquement avec l'accord des parents. Le médecin généraliste assure trois visites par enfant au cours de l'accompagnement (à la rentrée, en fin d'année, et en fin d'admission). Il intervient en cas de maladie « courantes » (gastros, fièvre, etc.). L'aide soignante surveille que les vaccins soient à jour et en cas d'un rappel à faire, elle prévient systématiquement les parents par courrier et par téléphone, qui choisissent de déléguer ou non la vaccination à l'ITEP. Elle assure aussi les liens avec l'ensemble des partenaires libéraux de soins (dentistes, kinésithérapeutes, etc.) et la gestion des documents relatifs à la santé (SECU, CMU, Mutuelles, etc.). Elle met en œuvre le soin dans les lieux de vie de l'enfant, notamment les écoles : elle met au service des infirmières scolaires et des enseignants ses connaissances sur les problématiques des enfants en vue d'identifier des solutions.

Chaque lundi, l'aide soignante regarde les enfants et appelle les écoles pour voir s'ils ont constaté quelque chose (coups, brûlures, etc.) afin de proposer les soins adaptés. Ce processus de surveillance régulier des enfants permet de détecter les automutilations et de les signaler à l'ensemble de l'équipe pour que chacun ajuste son action en fonction des événements. Elle travaille en binôme avec une autre aide-soignante. Toute deux peuvent prendre la décision d'amener l'enfant aux urgences si elles l'estiment nécessaires : elles contactent ensuite les parents pour être rejoint à l'hôpital (chose que certains parents ne font pas).

La proximité avec l'équipe éducative favorise un accompagnement sur les questions d'hygiène quotidienne : les aides-soignantes peuvent assurer des « petits soins du quotidien » tels que la coupe

des ongles, des prises de bain, etc. Elles contribuent ainsi, surtout pour les filles, à la valorisation de l'image de soi.

Les enfants peuvent se rendre à l'infirmierie de leur plein gré ou y être amené par un éducateur en cas de crise. L'autogestion des crises est favorisée pour permettre une plus grande autonomie des enfants. L'infirmierie est un lieu unique qui propose plusieurs espaces aménagés et adaptés. Dans le cas où la crise est trop forte, les enfants peuvent prendre un bain thérapeutique pour se calmer, ou aller dans la salle de repos. Elle est identifiée comme un lieu de soin au sens global. L'espace d'isolement est particulièrement investi : conscient de ne pouvoir exprimer les émotions qui les submergent, les enfants s'y rendent par eux-mêmes pour se canaliser. Les aides-soignantes se tiennent disponibles après ces moments de crise : elles invitent les enfants à discuter pour poser des mots sur leur ressenti. Les enfants peuvent également demander à voir la psychologue ou le médecin psychiatre pour s'exprimer sur leur comportement. L'ensemble des espaces thérapeutiques que représentent l'infirmierie, le bureau de la psychomotricienne, de la psychologue et celui du psychiatre constitue des lieux symboliques d'écoute et de non-jugement. Les enfants y trouvent donc une présence et une attention marquée de la part de l'adulte ainsi qu'un respect de la temporalité nécessaire à leur apaisement.

Les aides-soignantes et le psychiatre se positionnent toujours dans la discussion pour les apaiser et leur permettre de poser des mots sur ce qui ne va pas. La psychomotricienne s'inscrit dans ce processus global de soin : l'enfant est amené à verbaliser son ressenti autour du corps. Le travail rééducatif est conduit dans le cadre de l'élaboration d'une relation avec l'enfant.

3.5.2. La thérapie : une mise en sens de son histoire

La psychologue clinicienne contribue à l'évaluation des troubles des enfants lors de leur admission en les recevant pour une séance individuelle. Le processus thérapeutique se déroule en individuel et en collectif. Les séances individuelles sont proposées selon les besoins détectés chez l'enfant et sont spécifiées dans son projet. Ces séances hebdomadaires de 30 min. consistent en une mise en mot de son histoire par l'enfant, en vue d'y attribuer un sens. Informée du comportement de l'enfant sur la semaine par les éducateurs, la psychologue exploite ces éléments pour travailler avec l'enfant. En cas de mal être ou après une crise, les enfants peuvent demander à rencontrer la psychologue pour évacuer leur ressenti et poser des mots sur leurs angoisses.

Depuis quelques années, la psychologue a initié la mise en place de groupes de parole collectifs de 45min. Les trois groupes d'enfants de l'ITEP y participent tous les quinze jours. Les éducateurs y sont présents pour assurer une autorité et mettre des limites aux comportements débordant des enfants. Ces groupes ont pour objectifs de travailler sur la socialisation, les règles d'expression dans un groupe et de favoriser les échanges de ressentis entre les enfants en vue d'identifier les éléments

déclencheur des dérives dans leur comportement. Conçu comme un temps de parole totalement libre, les enfants évoquent des thèmes récurrents tels que le Père, la peur, la violence dans leur quartier, la violence entre eux, le respect, etc. A présent, la psychologue propose aux enfants un thème sur lequel ils peuvent s'exprimer librement. Ce qui est dit lors de ces temps peut être ensuite discuté en séance thérapeutique avec la psychologue et/ou être ré-évoqué par les enfants avec les éducateurs.

4. Disparités entre le prescrit et l'actuel

4.1. L'interdisciplinarité au service d'une plus forte complémentarité des actions

L'interdisciplinarité, cœur de l'action thérapeutique globale dispensée en ITEP, trouve certaines limites. En effet, les liens entre l'équipe éducative et les enseignants de l'Unité d'Enseignement ont lieu essentiellement dans des interstices temporels au quotidien, ainsi que lors des réunions techniques. Les échanges avec les enseignants du milieu ordinaire sont peu fréquents : les éducateurs se déplacent dans les réunions de projet personnalisé de scolarisation, mais cela n'est pas systématique. Un enseignant spécialisé est détaché au collège Sylvain Menu, qui scolarise de nombreux enfants de l'ITEP, mais il n'assure que les échanges avec les enseignants de cet établissement.

Le contenu des interactions s'organise essentiellement autour des problématiques des enfants, des difficultés dans leurs comportements, des actions qui ont été tentées et de leur résultat, etc. Cependant, une difficulté à établir une mise en cohérence entre les projets éducatifs développés par l'équipe éducative et les activités sportives et culturelles déployées par les enseignants peut être soulevée. Les activités éducatives sont définies par les éducateurs en collaboration avec le chef de service, sans qu'une réflexion sur la portée de ces activités ne soient menées avec les professionnels du champ médical, thérapeutique et enseignant. De même, les activités culturelles et sportives déployés par les enseignants sont définies directement par ces derniers. Ainsi, la participation des enfants à l'ensemble de ces activités est conçu sur un mode additionnel plutôt que complémentaire. Les éducateurs soulèvent également leur souhait de bénéficier d'échanges plus réguliers avec les professionnels médicaux et thérapeutiques. L'organisation des temps de travail est un facteur complexifiant : le médecin psychiatre et la psychomotricienne sont présents deux demi-journées par semaine. L'accueil des enfants en séance étant privilégié lors de leur présence, l'équipe éducative éprouve parfois des difficultés à obtenir des éclairages permettant d'orienter leur intervention auprès des enfants.

4.2. Une participation effective de l'enfant et sa famille à renforcer

La définition du projet individuel de l'enfant est le fait de l'équipe pluridisciplinaire. Les parents sont assez peu associés à la définition même des actions à mener : le projet, une fois élaboré, leur est soumis. Il peut bien entendu être modifié en cas de non accord de la famille, mais la phase d'élaboration ne s'inscrit pas dans un véritable processus de co-construction avec la famille. Les parents et/ou responsables légaux sont en effet davantage « informés de » qu'« associés à ». Ce point de tension apparaît être extrêmement complexe : la majorité des familles se trouvent dans des situations de précarité sociale et/ou culturelle ; souvent épuisée et démunies face au comportement de leur enfant. En situation de détresses, les professionnels évoquent leur difficulté à élaborer des solutions concrètes tant elles éprouvent le sentiment « d'avoir tout tenté ».

Les rencontres officielles avec les familles se font essentiellement lorsqu'il y a nécessité de recadrage de l'enfant, en présence de l'éducateur référent et du chef de service. Les parents sont souvent interpellés quand ça ne va pas, ce qui est problématique.

Dans le processus d'accompagnement, les éducateurs ont tendance à amener l'enfant là où ils interprètent qu'il souhaite aller : cet aspect est particulièrement marqué en ce qui concerne le choix des activités. La difficulté à prendre en compte de manière individualisée les besoins et attentes des enfants est liée au fait que la prise en charge s'inscrive dans un contexte collectif quasi-permanent. En effet, la majorité des activités éducatives et scolaires sont collectives. La prise en charge en internat soulève un paradoxe : les troubles des enfants ont des origines certes communes, mais leur vécu reste singulier, tout comme leurs besoins. Leur point commun étant d'être en difficulté de socialisation, l'inscription dans un collectif favorise l'émergence de compétences sociales et permet de travailler sur la régulation de leur comportement dans un ensemble de situations quotidiennes. Cependant, les enfants semblent avoir besoin également de temps où ils se retrouvent seuls avec un ou plusieurs adultes afin de verbaliser leurs expériences.

La place des familles dans l'organisation est quasi-inexistante : le CVS ne parvient pas à mobiliser les parents et/ou responsables légaux, qui paraissent se détourner de la vie institutionnelle et ne pas cerner le rôle de cette instance. Les échanges avec les familles sont essentiellement évoqués par les éducateurs comme « un moyen de les informer de ce qu'ils font », et non comme un processus co-construction du projet de leur enfant. De plus, les échanges en présence sont quasi-inexistants, le téléphone étant favorisé, ce qui dépersonnalise les interactions. Les chauffeurs de taxis et les hommes d'entretien qui assurent souvent les transports voient donc davantage les familles que les éducateurs. En ce qui concerne les instituteurs de l'Unité d'Enseignement, les échanges avec les familles sont tout simplement inexistantes, et ces derniers affirment que "ça ne relève pas de leur mission".

Conclusion

L'accompagnement des enfants en ITEP présente un ensemble de paradoxe. La nécessité de considérer l'enfant dans sa globalité complexifie les processus et amène les professionnels à identifier en profondeur les missions des uns et des autres, ainsi qu'à s'inscrire dans une communication permanente et efficiente.

L'interdisciplinarité pourrait ici être renforcée en rompant l'isolement de l'Unité d'Enseignement. Des temps de réflexion regroupant les enseignants et les éducateurs pourraient être programmés en début d'année afin d'organiser une mise en cohérence des projets éducatifs et des activités culturelles et sportives. La psychologue pourrait également être associée à ces temps pour amener l'équipe à considérer des dimensions complémentaires au déploiement de leur action et assurer un lien avec les professionnels du champ médical.

L'association des parents au projet de leur enfant pourrait être favorisée par une démarche pédagogique renforcée explicitant l'ensemble des actions menées et leurs objectifs. Des rencontres en tête à tête permettraient également de les inscrire dans un processus plus concret et plus personnel. La participation des enfants à la définition de leur projet, notamment en ce qui concerne les activités en milieu associatif ordinaire, peut être promue par une meilleure information sur les activités existantes. Par exemple, le déplacement des éducateurs avec les enfants lors des journées portes ouvertes en début d'année serait à inscrire dans le processus éducatif car permettant aux enfants d'interagir avec des professionnels (entraîneurs sportifs, animateurs socioculturels, artistes, musiciens, etc.) en vue d'élargir leur champ des possibles.

Bibliographie

• POPULATION :

Afgoustidis D. ; Fernandez P. (2008). *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. Ces enfants qui perturbent : Vers une école prévenante*. Edition INS HEA, N° 40, Janvier 2008.

Delamarre, P. (2008) « La défaillance du lien chez l'enfant ». *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. Ces enfants qui perturbent : Vers une école prévenante*. Edition INS HEA, N° 40, Janvier 2008p. 43 – 52

Fortin, L. ; Strayer F. (2000). « Introduction — Caractéristiques de l'élève en troubles du comportement et contraintes sociales du contexte ». *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 26, n° 1, 2000, p. 3-16.

HEUZE, S. et al. (2011). « Problématiques actuelles des jeunes accueillis en ITEP. Incidences sur les modalités d'intervention. » *Promouvoir les pratiques professionnelles en action sociale et médico-sociale. Etablissements, dispositifs, réseaux*. Paris : Dunod, 2011. p. 27-69.

Lebrun, J-P. (1997). *Un monde sans limite. Essai pour une clinique psychanalytique du social*. Editions ERS.

Lebrun, J-P. (2007). *La perversion ordinaire*. Paris : Denoël.

Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot

• POLITIQUES PUBLIQUES :

Arrêté du 2 avril 2009 précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé pris pour l'application des articles D. 351-17 à D. 351-20 du code de l'éducation.

Veil, C., J. Levy, M. *Les handicapés*. Encyclopédie Universalis.

BENOIT, D., BALZANI, B. (2006). Lois du 2 janvier 2002. Ambitions et enjeux. *Les cahiers dynamiques*. N°37, janvier 2006. pp. 70-75.

ROBLIN E. (2010). *L'action publique au bénéfice de l'enfance handicapée*. Mémoire Gestion des établissements sanitaires et sociaux. Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III.

• SITES INTERNET :

www.aire-asso.fr

www.legifrance.fr

ANNEXES

ANNEXE 1 : Définition des caractéristiques des enfants accueillis par les professionnels de l'ITEP (Extrait du Livret constitué par les groupes de travail sur la bientraitance)

Les troubles des enfants accueillis renvoient :

- A la transgression
- A la souffrance
- A des mécanismes de défense
- A une intolérance à la frustration

Ces troubles se manifestent par :

- Des injures, provocations, violences
- Des stéréotypies
- Un repli et une inhibition
- Une faible estime de soi
- Des troubles de la sexualité
- Un refus de grandir
- Une capacité à désapprendre et des difficultés d'apprentissage
- Des relations aux autres biaisées (difficulté à entrer en relation)
- Des conduites à risque (fugues, automutilations, etc.)
- Une incapacité à gérer les émotions
- Une difficulté de séparation d'avec la mère pour les garçons, et d'exister par rapport au père pour les filles.
- Des problématiques familiales difficiles (précarité, séparation, dépendances des parents, etc.)

ANNEXE 2 : Répartition des catégories cliniques de l'internat enfant (Projet d'établissement)

Psychose	2,8%
Troubles névrotiques	8,6%
Troubles de la personnalité	48,7%
Troubles réactionnels	8,6%
Déficiência mentale	-
Troubles du développement et des fonctions instrumentales	2,8%
TCC	25,8%
Variation de la normale	2,8%

Autres facteurs :

- Carences socio-éducatives
- Perturbations psychiques sévères
- Carences affectives précoces
- Négligence et abandon parental
- Violences et sévices

Répartition des autres facteurs sur l'internat :

Contextes sociaux familiaux particuliers	70%
Troubles mentaux ou perturbation psychologiques sévères avérées dans la famille	63%
Rupture des liens affectifs	37%
Maltraitance et négligence	17%

ANNEXE 3 : Extrait de la Loi de 2002-2

« L'action sociale et médico-sociale s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale suivantes : 1° - évaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ; 2° - Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ; 3 ° - Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formations adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ; 4° - Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ; 5 ° - Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ; 6 ° Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'économique. »

ANNEXE 4 : Extraits de la circulaire interministérielle du 14 mai 2007 relative aux Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis

« Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbent gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles préservées,, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé (...). »

« L'évaluation conduite pour les enfants dont les difficultés psychologiques se signalent par des troubles du comportement, demande l'intervention de professionnels qui ont acquis une connaissance de ces troubles afin de pouvoir appréhender les solutions nécessaires. D'une façon plus générale, les ITEP apparaissent comme des pôles de compétence au niveau départemental, susceptibles d'apporter leur collaboration pour la mise en place du projet de vie et de scolarisation et ils doivent trouver une place au sein de la nouvelle organisation départementale. »

« La notion d'interdisciplinarité marque la nécessité de disposer de personnels aux formations et aux compétences diverses, en mesure de mener une intervention d'ensemble, globale, interactive, cohérente. Cette équipe peut dépasser les salariés de l'établissement et faire appel à des compétences externes. Chaque intervenant avec sa spécialité et sa compétence propre contribuera à

créer et à entretenir au sein des ITEP l'accès de chaque jeune à sa démarche de restructuration psychique et d'accès à la socialisation. »

« Les parents sont des acteurs à part entière du processus de développement de leur enfant. Ils doivent être informés, sollicités et soutenus lors des prises de décision concernant leur enfant. Ils doivent être entendus et consultés quelle que soit leur possibilité de s'impliquer et d'adhérer aux propositions faites. (...). Pour leur permettre de suivre au plus près le parcours et l'évolution de leur enfant, les parents bénéficient d'informations et d'entretiens réguliers avec les équipes responsables de son accompagnement. »

ANNEXE 5 : Les référentiels d'action des professionnels (Projet d'établissement ITEP)

Sécurité physique et psychique

- Satisfaction des besoins primaires
- Respect de l'intimité
- Respect de la parole : non divulgation extérieure, mais entre professionnels en prévenant l'enfant ; loi du secret partagé de la loi du 4 mars 2002 et d'obligation de signalement des maltraitances du 5 mars 2007.
- Redonner aux parents la capacité de faire : meilleure connaissance des institutions avec lesquelles ils sont dans un rapport inégalitaire (notamment l'école).

Référentiel thérapeutique

- Coordination entre le médecin et les psychologues
- Ateliers thérapeutiques : capacité de vivre ensemble ; groupes de parole
- Evaluations psychotechniques : pour l'orientation et la scolarisation
- Elaboration de problématiques de travail
- Thérapies spécifiques (corporelles, communicationnelles, etc.)
- Guidance des parents en lien avec les partenaires (Ecoles, CMP, Services sociaux).
- Appropriation du projet personnalisé par les parents
- L'infirmerie dont la « salle d'apaisement »

Référentiel éducatif

- Travail sur les règles, la loi, via la cohérence de l'équipe
- Internat : cadre de vie structurant, temps ritualisés, espaces de communication, confrontation aux règles, etc.

Référentiel pédagogique

- Amener aux savoirs
- Prioriser le milieu ordinaire
- Diversifier les modalités d'accueil et de scolarisation
- Soutenir les enseignants du milieu ordinaire
- Remédiation cognitive
- Pédagogie différenciée

Référentiel du service social

- En lien avec la direction
- Apporte une vision d'ensemble de la situation de l'enfant et de sa famille
- Intervient en amont de l'admission
- Participe à l'information du jeune sur la charte des droits, le règlement, le contrat de séjour

- En charge de la constitution du dossier MDPH
- Fonction de ressources administratives
- Anime le réseau d'aide technique et financière : santé, aide sociale, en vue d'une augmentation des conditions de vie favorable à l'éducation

Référentiel des personnels des services généraux

- Ont une place particulière dans la vie de l'enfant et participe aux réunions
- Aménagement, réparation, hygiène...

ANNEXE 6 : Grille des observations partagées en vue de construire le projet personnalisé lors des réunions techniques (dossier des usagers)

Nom : Prénom : Date d'entrée dans le dispositif : Date de naissance : Date de la fin de la notification MDPH : Educateur référent :
--

<u>FAMILLE</u> Mère : Adresse : Téléphone : Père : Adresse : Téléphone : Fratrie-rang :
--

<u>ETABLISSEMENT SCOLAIRE</u> Nom : Adresse : Téléphone : Classe : Nom de l'enseignant : Nom du directeur :

<u>PARTENAIRES EXTERIEURS</u>

ANAMNESE DE L'ENFANT

- Motif de la demande
- Histoire de l'enfant

OBSERVATIONS

- **Observations médicales, somatiques**
 - Rapport à l'alimentation
 - Rapport au sommeil
 - Rapport au corps et à l'hygiène
 - Etude du symptôme – Sémiologie
- **Place des troubles dans la dynamique familiale**
 - Position des parents
- **Aspects de socialisation – Interactions – Modes de relation avec l'autre**
- **La communication orale et écrite**
- **Le rapport à l'apprentissage et au savoir**

PROJET PERSONNALISE D'ACCOMPAGNEMENT

ELEMENTS RESSOURCES	DOMAINES A RENFORCER

Objectifs :

Axes de travail :