

Conférence « journée régionale ITEP »
Clermont- Ferrand
10 avril 2019

INSTITUTIONNALISATION – DESINSTITUTIONNALISATION

RESULTATS D'UNE ETUDE CONDUITE SUR UN ECHANTILLON DE 83 CAS DITS « COMPLEXES OU RESITANTS » ACCUEILLIS EN ITEP

« Gogol, plus Gogol ! ». Tous les professionnels exerçant en ITEP, comme l'indique l'auteur de cet ouvrage au titre provocateur⁽¹⁾, ont déjà fait cette constatation : voilà, au sein même de l'institution, un enfant ou un adolescent avec ses troubles et là, dès la porte de l'établissement franchie, le même enfant, le même adolescent, si différent, parfaitement adapté, semble-t-il, aux exigences relationnelles et comportementales du monde externe. « Gogol, plus Gogol ! » Une contradiction, direz-vous ? Plutôt un paradoxe ! Que dire en effet de troubles qui persistent dans l'espace même qui vise à les réduire et qui s'estompent soudain dans l'écosystème d'alentour où ils se sont d'emblée manifestés ?

Nombre d'expérimentations, en fait, ont découlé de cette observation première. Elles ont conduit à critiquer d'abord un fonctionnement traditionnel « en silo », juxtaposant des structures et des organisations cloisonnées, à proposer ensuite le développement de « parcours » plus souples institutionnellement et plus « personnalisés » en pratique. Elles ont abouti aux DITEP, au travail en réseau et à la politique inclusive dont nous discutons aujourd'hui.

L'étude statistique et clinique que nous avons conduite en 2016, en partenariat avec la Fondation OVE, sur 241 enfants et adolescents accueillis dans 4 ITEP de cette fondation (2 dits « hors les murs » fonctionnant de manière « ouverte » ; 2 dits « dans les murs » fonctionnant de manière traditionnelle) nous a permis de souligner nous-même l'intérêt de ce processus d'ouverture et de décloisonnement⁽²⁾.

Nous avons constaté en effet, lors de cette étude comparative, d'une part une diminution plus grande, après une à trois années de placement, des comportements connotés par la violence dans les organisations « ouvertes » (50 % de diminution dans les établissements « ouverts », 25 % dans les établissements « fermés ») d'autre part, une meilleure intégration scolaire et professionnelle en milieu normal ordinaire des jeunes fréquentant les dispositifs « ouverts » (60% d'intégration réussie contre 20% dans les dispositifs plus fermés).

Comment expliquer ces résultats ?

D'un côté, par la mise en œuvre d'une démarche systémique et interactionnelle impliquant plus directement la famille dans le traitement de l'enfant (cette méthode minore en effet les « conflits de loyauté » qui renforcent et parfois même pérennisent les symptômes d'appartenance au système familial d'origine lorsque l'action éducative et de soins se tourne vers le seul sujet, son intériorité troublée et ses comportements délétères) ; d'un autre côté, par un processus de désinstitutionnalisation personnalisée, lequel, en introduisant le milieu normal externe, confronte l'enfant ou l'adolescent, non plus à deux systèmes de référence (le système socio-familial d'origine et le système institutionnel d'accueil) mais à trois.

L'établissement spécialisé change ainsi de fonction et de signification. Ni espace parental ou familial substitutif, ni espace social ordinaire, il devient en effet espace intermédiaire et transitoire d'aide et d'accompagnement vers l'adaptation. Nulle raison de voir s'y développer dès lors, dans l'affrontement de deux systèmes concurrentiels – celui dysfonctionnel de la famille, celui substitutif de l'établissement - des « conflits de loyauté » résistants, une appartenance renforcée au « groupe des « pairs déviants » ou un processus de contamination conduisant les professionnels, sous l'effet de symptômes gênants, à reproduire à leur insu, les comportements familiaux qui ont conduit l'enfant dans l'institution.

Suffirait-il alors d'ouvrir les institutions, de mettre en place des DITEP, pour tarir tous les troubles relationnels et comportementaux des enfants et pour surmonter l'ensemble de leurs difficultés d'apprentissage ? Évidemment non ! Si la condition paraît nécessaire, elle n'est pas suffisante. Un quart des enfants accueillis dans les ITEP « ouverts » présentent encore en effet, après quatre années de placement dans ces dispositifs, des troubles inchangés.

Le Réseau spécialisé en Éducation et Thérapie Systémique Inclusive (R.E.T.S.I) Niveau III créé avec le soutien de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en décembre 2017, et dont j'assure l'animation scientifique, a donc décidé en Avril 2018 de conduire une recherche visant ces situations « complexes ou résistantes ».

Trois questions ont été successivement étudiées :

- 1- Quelles données familiales, personnelles ou systémiques, permettent d'identifier ces cas et quels mécanismes fonctionnels conduisent, par leurs interactions, à la « chronicisation progressive » des symptômes observés ?
- 2- Peut-on isoler des « indicateurs » particuliers, ayant valeur d'alerte, qui permettraient d'envisager une intervention plus précoce ?
- 3- Peut-on imaginer enfin des procédures d'aide, d'accompagnement et de soins, permettant de mieux lutter contre ces résistances, voire de rendre réversible le processus de chronicisation ?

Notre étude a porté sur un échantillon de 83 enfants et adolescents fréquentant ou ayant fréquenté 2 ITEP « ouverts » de la Fondation OVE (Chambéry et Meyzieu). Les dossiers nous ont été transmis par les établissements. Tous les individus composant l'échantillon présentaient, depuis leur admission, des troubles du comportement et des apprentissages inchangés.

Nous avons isolé d'abord, puis regroupés des « indicateurs d'alerte » caractéristiques. 30 indicateurs, dont la fréquence d'apparition dans un groupe est égale ou supérieure à 80 %, ont ainsi permis de déterminer quatre constellations différentes que leurs caractéristiques systémiques et leurs mécanismes fonctionnels permettent de singulariser :

1- Le premier groupe (12 % de l'échantillon) est composé d'enfants et d'adolescents souffrant de troubles très sévères du fonctionnement psychique et de la relation, lesquels ont conduit à :

- des * placements répétés,
- des * hospitalisations courtes
- des * traitements « au long court ».

Le contexte familial est lui-même fortement perturbé, certains adultes de l'entourage proche présentant

- des * troubles de nature psychiatrique ayant appelé ou appelant un traitement.

La durée du séjour dans l'institution des enfants ou des adolescents de ce premier groupe est par ailleurs très courte : **de quelques mois à 1 an maximum.**

Toutes ces données témoignent en réalité soit d'une erreur d'orientation, liée le plus souvent à un diagnostic étiologique insuffisant, soit à la recherche d'un accueil en urgence, dont vous analyserez mieux que moi les différentes motivations.

- Dans les trois autres groupes, en revanche, la durée de séjour est beaucoup plus importante : **de 48 mois à 72 mois pour les cas dits « résistants »** (58% de l'échantillon) ; de 12 mois à 48 mois pour les cas signalés comme « complexes » qui sont, pourrait-on dire, en voie de chronicisation (30 % de l'échantillon).

Ces trois groupes se distinguent toutefois entre-eux par une organisation et un fonctionnement systémique très différents :

- le premier groupe est caractérisé par un système familial **clos, fermé, replié sur lui-même.** Le mécanisme fonctionnel prévalent est ici *l'injonction paradoxale*, qui produit un « discours officiel » souhaitant en apparence l'aide inclusive et l'adaptation de l'enfant au monde social et culturel externe et simultanément, dans le secret du désir intime, promulgue un interdit de séparation destiné à l'enfant.

Les indicateurs d'alerte principaux sont dans ces cas

- * l'isolement familial et social,
- * les relations intergénérationnelles pauvres ou conflictuelles,
- * le confinement territorial
- * le communautarisme culturel.

Ils mettent l'enfant ou l'adolescent en demeure de témoigner de sa « fidélité » à une culture et à une origine souvent trahie par les adultes. Il en résulte habituellement une opposition tenace de l'enfant aux acquisitions intégratives et aux apprentissages scolaires, parfois un repli dépressif et le refus de tout traitement.

- le second groupe témoigne d'un système **chaotique et abandonnique.** Son mécanisme fonctionnel prévalent est *le rejet*. Il s'exprime :

- dans la famille par :

- * la fréquence des séparations conflictuelles ;
- * le manque de stabilité du cadre ;
- l'abandon des pères ;⁽¹⁾
- les placements répétés.⁽¹⁾

- chez l'enfant et l'adolescent par :

- * l'exacerbation narcissique et l'attrait pour l'image ;
- * la manipulation d'autrui ;
- * l'intolérance à la frustration ;
- * la manque de confiance en l'adulte ;
- * le sentiment de toute puissance.

- à l'école ou dans l'institution par :

- * le refus du doute ;
- la pulsion de l'instant ;⁽¹⁾
- la prégnance du virtuel ;⁽¹⁾
- * l'attention courte et fluctuante ;

(1) les 4 indicateurs cliniques de ce groupe figurant dans ces cadres sont certes fréquemment observés, mais ne répondent pas à la règle dès 80% (fréquence d'apparition) que nous nous sommes fixée.

- * la mise à l'écart et l'exclusion fréquente ;
- * les changements d'établissements ;
- * la déscolarisation et les « ruptures de parcours ».

- le troisième groupe est quant à lui asocial et transgressif.

Son mécanisme relationnel prévalent est *la contrainte fondée sur la violence et tournée vers autrui*.

Il se caractérise :

- *dans l'entourage familial par :*

- * une violence interrelationnelle vue précocement (4 premières années de sa vie notamment) ou subie par l'enfant (sévices, viols, inceste, etc...);
- * des addictions fréquentes (alcool-drogue) dans la famille ;
- * l'individualisme pulsionnel de l'adulte ;
- * l'autre traité comme un objet ;
- * la répétition intergénérationnelle fréquente de ces différentes conduites.

- *chez l'enfant par :*

- * l'auto-agressivité tournée vers le corps (scarification, conduites à risque, surpoids) ;
- * la mésestime de soi ;
- * les atteintes traumatiques de la mémoire ;
- * le langage scatologique et la logorrhée
- la passivité dépressive. ⁽¹⁾

- *sous l'angle institutionnel par :*

- * des suivis PJJ (AEMO-AEA) fréquents et
- * des placements en famille d'accueil

En résumé

Nous constatons, chez tous ces jeunes souffrant de troubles sévères et précoces de l'attachement installés dans la « résistance » à l'aide spécialisée et aux traitements traditionnels :

- l'absence d'une appartenance familiale stable qui les conduit à chercher, auprès de groupes « déviants », une appartenance « en miroir » ;
- l'absence de confiance dans les adultes qui les conduit au refus de toute autorité, à la violence interrelationnelle et aux conduites asociales ;
- la fréquence d'éléments pathologiques associés : syndrome de « stress post-traumatique » ; TDAH ; clivage des représentations et des conduites sociales évoquant parfois un trouble autistique ;
- des difficultés relationnelles et d'apprentissage précoces conduisant à la répétition de l'exclusion sociale et scolaire, parfois à la déscolarisation prolongée et au

« nomadisme institutionnel » chez des sujets en écart, parfois « Hauts potentiels », subissant ou ayant subis des ruptures à répétition, des injonctions paradoxales ou un rejet au sein même de la famille.

Voici comment l'individu-sujet devient roi d'un royaume sans désir et comment les enfants perdus dans l'illusion de la puissance qu'on leur vend à crédit perdent la possibilité de retrouver en eux les différentes vertus du rêve.

Que faire, pour lutter contre ces difficultés singulières ?

- Admettre en premier lieu, que face à la lente dérive vers la chronicisation ou aux brutales « rupture de parcours », il convient sans doute de répondre rapidement par une « rupture thérapeutique ». Comment ? En abandonnant notamment les interventions additives successives, lesquelles conduisent souvent au « toujours plus de ce qui ne marche pas » pour lui substituer une approche systémique impliquant les familles. Ce sont en effet les modifications dans l'équilibre du système familial qui permettent ici au « patient désigné », porteur des symptômes d'appartenance et de la loyauté à ce système, d'évoluer non l'inverse.

- Changer ensuite de regard et d'objectif en considérant, suivant l'expression de Steve De Shazer, que « les problèmes sont moins importants que les solutions » et que la validation des compétences et des réussites est plus importante que la réparation des manques.

- S'engager enfin, compte-tenu de ces données, dans la mise en œuvre de « thérapies brèves » appuyées sur :

- le changement déjà présent à son insu dans le sujet pour ce qui concerne les « Thérapies d'Orientation Solutionnistes » proposées par S. De Shazer,

- *le paradoxe maîtrisé par la métacommunication* et les objectifs de court terme pour les Thérapies Stratégiques proposées par Paul Waltzlawick et Jay Haley,

- *l'ouverture personnelle à l'avenir par le biais du récit enrichi* pour les Thérapies « Narratives » chères à Mickael White.

Pour aider les professionnels intéressés par ces approches éducatives et thérapeutiques différentes le RETSI mettra à leur disposition, dès la rentrée universitaire de septembre 2019, une plateforme numérique que nous avons appelé F.A.I.R (Formation et Aide à l'Innovation et à la Recherche)⁽³⁾. Elle proposera :

- un pôle de formation (Temps I) composé de 9 modules d'initiation à la démarche systémique et à la construction des projets d'aide spécialisée et de soin incluant les familles. Ils seront accessibles en « e-learning ».

- un pôle d'expérimentation-formation (Temps II) ouvert aux candidats volontaires ayant réussi l'évaluation du Temps I lesquels, après signature d'une convention partenariale avec leur établissement ou association d'exercice, seront intégrés dans l'un de nos 4 ateliers-recherche consacré aux « cas complexes » puis accompagnés personnellement dans l'appropriation des méthodologies et des outils de lutte contre ces résistances délétères.

- un pôle de formation de formateurs (Temps III) permettant aux personnels ayant validé le Temps II d'animer et de suivre, dans leur territoire d'exercice, les expérimentations conduites par ailleurs et de proposer des recherches innovantes.

Soyons clairs toutefois : nulle modification thérapeutique isolée ne supprimera à elle seule l'ensemble des « situations complexes ou résistantes » présents dans nos établissements spécialisés. Seules plusieurs composantes associées pourront y concourir :

- d'abord, une organisation enrichie des DITEP fondée sur *la coexistence des savoirs-faire généralistes traditionnels et de « savoirs-faire spécifiques »* territorialement complémentaires visant une catégorie clairement identifiée de « cas résistants ». Ces DITEP devraient évidemment disposer de professionnels aux compétences validées et de moyens associés. Ils contribueraient ainsi à mieux atteindre l'objectif de « zéro enfant sans solution » préconisé par le rapport Piveteau.
- ensuite *le développement de « thérapies de réseau »* associant une approche interactionnelle des troubles de la conduite sociale, un management collaboratif et l'implication des familles dans le processus de prévention, d'éducation et de soins ;
- enfin, compte-tenu notamment de la politique d'inclusion en milieu ordinaire, le développement au sein de l'école d'une part *d'actions de « prévention secondaire »* et *d'aides spécialisées* en vue d'éviter les situations toxiques de déscolarisation, d'autre part *d'actions de « prévention tertiaire »* afin d'éviter les rechutes, les exclusions réitérées et le retour en établissement spécialisé des enfants et des adolescents récemment inclus. Ceci suppose évidemment une formation adaptée des enseignants à l'accueil quotidien de l'hétérogénéité singulière, non seulement par le simple ajout – dans une classe au fonctionnement pédagogique immuable – d'enfants personnellement accompagnés « porteurs d'un handicap », mais en donnant à l'intermédiation entre pairs, dans l'appropriation collective des savoirs et l'expression différenciée des compétences individuelles, une place prépondérante pour faciliter l'inclusion de tous et, notamment, des enfants en « situation de handicap » relationnel et comportemental violent.

Pour vraiment réduire les résistances dont nous parlons il reste toutefois - et je voudrais finir par là – *l'invincible besoin d'affiliation humaine* de tout enfant. Les enfants démunis, blessés, humiliés, oubliés y ont droit comme les autres.

Or, qu'offre-t-on aujourd'hui trop souvent en effet à ces jeunes en écart ? De la ritaline pour les instables, du rejet pour certains et du consumérisme pour tous. « Moi, moi, moi » est ainsi devenu le cri de ralliement d'une société qui invite ses citoyens chaque matin au banquet de l'Intermarché, afin de leur permettre de choisir librement, les jours de soldes, la couleur de leur casquette US-Army faite en Chine, tandis qu'avec patience et conviction les publicitaires leur répètent, sur les écrans du temple télévisuel, que le sens est une aspiration à refouler car il n'a pas d'équivalent en dollars et que la dignité n'est que le bénéfice diaphane de ceux qui vivent sans espoir.

Comment les enfants et les adolescents de cet individualisme revendiquant ne deviendraient-ils pas dès lors, tout en s'en défendant, des individus à soumettre : par des caïds territoriaux, des dieux impitoyables, des gourous de toute sorte ?

Tels sont les défis qui s'offrent en fait au quotidien à nos éducateurs : non seulement protéger par le cadre, par la raison et l'engagement tenu, une cohérence identitaire menacée par les soubresauts de l'instant, mais réintroduire pour chacun un avenir possible par l'imaginaire reconnu et le récit adressé.

C'est je crois le secret d'un métier humaniste : lutter contre le mépris en ne condamnant pas au silence. C'est à ce prix que le cas complexe s'adaptera, que le cas résistant rendra

C'est je crois le secret d'un métier humaniste : lutter contre le mépris en ne condamnant pas au silence. C'est à ce prix que le cas complexe s'adaptera, que le cas résistant rendra progressivement les armes et que l'éducateur deviendra vraiment « support de résilience ». Quel beau métier à exercer alors que d'exercer ce métier-là ?

J.J GUILLARME
Professeur de psychopathologie honoraire
Directeur Etudes et de Recherche
GEREPS-RETSI

(1) Gogol, plus gogol !

(2) Le processus de "désinstitutionnalisation personnalisée programmée" favorise-t-il le traitement des enfants et des adolescents accueillis en ITEP ? Étude réalisée dans 4 établissements de la Fondation OVE par JJ. Guillarmé – D. Luciani , rapport de recherche 25/11/2016
(3) www.retsi.fr

TABLEAU RESUME

Indicateurs de risque
Etude réalisée sur 83 cas complexes ou "résistants" d'évolution chronique accueillis en ITEP

Organisation systémique et fonctionnement interactionnel	% de la population accueillie	Mécanisme fonctionnel prévalent	Indicateurs pertinents (≥ 80 %)		
			Entourage familial	Personne	Institutionnels
Organisation Fonctionnement Délétaire Pathologique	12%	Altération globale du fonctionnement psychique	Troubles psychiatriques <input type="checkbox"/> Isolement familial et social <input type="checkbox"/> Relations intergénérationnelles pauvres ou conflictuelles	- Troubles majeurs du fonctionnement psychique et de la relation <input type="checkbox"/> - Communautarisme culturel <input type="checkbox"/> - Opposition aux acquisitions scolaires <input type="checkbox"/> - Refus traitements	- Placements répétés <input type="checkbox"/> - Hospitalisations courtes <input type="checkbox"/> - Traitements médicaux
Organisation Fonctionnement Close Repli	20%	Injonctions paradoxales	<input type="checkbox"/> Séparations conflictuelles <input type="checkbox"/> Instabilité du cadre	- Refus du doute <input type="checkbox"/> - Attention fluctuante <input type="checkbox"/> - Narcissisme <input type="checkbox"/> - Manipulation d'autrui <input type="checkbox"/> Intolérance à la frustration <input type="checkbox"/> - Absence de confiance en l'adulte <input type="checkbox"/> - Sentiment de toute puissance	- Confinement territorial <input type="checkbox"/>
Organisation Fonctionnement Chaotique Abandonnique	30%	Rejet	Abandon des pères	Pulsion de l'instant Prégnance du virtuel	- Changement d'établissement <input type="checkbox"/> - Descolarisation <input type="checkbox"/> - Exclusion <input type="checkbox"/>
Organisation Fonctionnement Asociale Transgressif	38%	Violence	Addictions fréquentes Violence interrelationnelle vue ou subie par l'enfant Autre traité en objet Répétition intergénérationnelle	- Autoagressivité tournée vers le corps <input type="checkbox"/> - Mésestime de soi <input type="checkbox"/> - Psychotraumatismes avec atteintes de la mémoire <input type="checkbox"/> - Langage scatologique et logorrhée	- Placements répétés <input type="checkbox"/> - Suivi PJJ fréquents <input type="checkbox"/> - Famille d'accueil

Nota : Seuls les troubles, les dysfonctionnements interrelationnels ou les réponses institutionnelles marquées du signe ont une fréquence d'apparition de 80 % ou plus.