

Destinataires :
Direction : Fondation OVE

RAPPORT DE RECHERCHE

Le processus de « désinstitutionnalisation personnalisée programmée » favorise-t-il le traitement des enfants et adolescents accueillis en ITEP ?
Etude réalisée dans 4 établissements de la Fondation OVE

OBJECTIF GENERAL ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

L'accueil, la prise en charge éducative et pédagogique, l'organisation et la distribution de soins efficaces, enfin la réinsertion réussie au sein du milieu ordinaire de sujets, de plus en plus jeunes, présentant une inadaptation sociale et scolaire teintée de violence relationnelle et comportementale sont désormais une préoccupation constante pour la plupart des structures sociales et médico-sociales implantées dans les régions. L'étude dont nous présentons ici un résumé a donc cherché à évaluer l'efficacité comparée de différentes stratégies d'accompagnement, de traitement et d'organisation institutionnelle sur la réduction de ces troubles. Notamment l'intérêt du processus de « désinstitutionnalisation » initié aujourd'hui dans certains établissements.

Cette recherche, conduite à la demande et sous l'égide de la Fondation OVE, a associé des professionnels OVE, le Groupe de recherche GEREPS (Paris) consacré aux « dysfonctionnements des systèmes familiaux » et le Centre informatique « Ressourcial » implanté à Lyon.

* L'échantillon étudié est de 241 enfants et adolescents

- 91 sont accueillis dans 2 ITEP fonctionnant « hors les murs » (HM) ;
- 150 sont accueillis dans 2 ITEP fonctionnant de manière plus traditionnelle, que nous appellerons « dans les murs » (DM).

* Les informations ont été recueillies à partir :

- d'un questionnaire général permettant d'explorer les pratiques et les résultats de chaque équipe ⁽¹⁾;
- d'entretiens directs conduits avec les professionnels sur le terrain.

* Le traitement des informations s'est appuyé : -

Au cours du temps I :

- sur une analyse statistique des données : analyse en « composantes principales » (ACP) par regroupement des « individus-caractères » et interprétation secondaire des « nuages de points » obtenus ;
- sur une interprétation des données à partir d'un référentiel logico-scientifique traditionnel (nosographie française et DSM) et d'un référentiel systémique européen.

Au cours du temps II :

- sur une étude clinique complémentaire portant sur deux « cohortes » de sujets appariés. L'ensemble des résultats a été confronté enfin aux observations faites lors d'expérimentations conduites « in situ » par le GEREPS sur « l'inclusion parentale dans le processus d'aide spécialisée et de soin à l'enfant et à l'adolescent accueilli en ESMS ».

(1) Ce questionnaire, progressivement complété et expérimenté, est désormais informatisé. Il pourra donc être utilisé, à des fins d'évaluation comparative élargie et d'exploration des pratiques, dans d'autres établissements.

TEMPS I : APPROCHE STATISTIQUE GLOBALE ET PREMIERES INTERPRETATIONS
(novembre 2015 – février 2016)

I – Quelques premières indications

Compte tenu des objectifs que nous nous sommes fixés nous avons d'abord centré la réflexion sur les troubles de la conduite et du comportement et sur les actes de violence notés dans les dossiers et observés dans les établissements.

1 – À l'entrée dans les établissements toutes les indications de placement en ITEP posées par les instances décisionnelles s'appuient en effet sur deux symptômes prévalents : les « troubles du comportement » et les « difficultés scolaires » (239 cas sur 241). Ces symptômes, systématiquement présents, témoignent en fait de mouvements psychologiques individuels aux causes multiples, non de dysfonctionnements spécifiques directement identifiables. Ils devront donc être interprétés.

- La notion de violence (violences faites à l'enfant et violence de l'enfant) est en revanche très peu présente dans les dossiers d'admission. Pudeur, discrétion, déni, protection des « secrets de famille » certains « actes de violence » sont pourtant rapidement constatés dans les établissements (30 % des cas dans trois ITEP de notre étude, 50 % dans le quatrième). Ces actes restent néanmoins perçus, dans la plupart des cas, comme une composante sociale ou sociétale, un feu brûlant qu'il faut éteindre, plutôt que comme les marqueurs spécifiques d'un dysfonctionnement familial à identifier.

2 – Le déroulement du projet d'aide et de soin résulte évidemment de cette approche première. Il se centre ainsi habituellement sur l'individu isolé, son intériorité troublée et ses comportements déviants. Il est alors très souvent constitué d'actes additionnés lesquels, face aux difficultés rencontrées et à la résistance des symptômes, seront fréquemment multipliés (6 interventions hebdomadaires en moyenne par établissement). Ainsi, la notion de « prise en charge globale », très souvent évoquée face aux troubles de la conduite des usagers, tend-t-elle à se confondre avec une somme d'actions particulières visant l'individu particulier.

3 – Populations accueillies identiques, symptômes comparables, projets d'interventions analogues, seul le fonctionnement quotidien semble donc, on le voit, différencier ici les deux catégories d'établissements (HM et DM). On pourrait donc penser que leurs résultats seront les mêmes. L'examen de ceux-ci montre qu'il n'en est rien.

* Après 4 années de séjour en moyenne, nous constatons en effet que :

- Pour les deux ITEP fonctionnant « hors les murs » (HM)
 - 20 % des sujets sortent sans orientation
 - 60 % sont orientés vers l'enseignement général ordinaire
 - 15 % présentent encore des accès de violence (contre 30% à l'entrée)

- Pour les deux ITEP fonctionnant « dans les murs » (DM)
 - 50 % des sujets sortent sans orientation
 - 40 % sont orientés vers l'enseignement pré-professionnel
 - 30 % présentent encore des accès de violence (pourcentage inchangé par rapport à l'entrée)

II – Deux mécanismes explicatifs

Comment expliquer cette différence ? Deux mécanismes fondamentaux peuvent être ici évoqués :

- D'une part, l'impact d'un « processus de contamination » (répétition à leur insu par les professionnels des comportements familiaux). Ce processus semble en effet exacerbé par les situations de « fermeture institutionnelle ». Il favoriserait alors chez l'enfant ou l'adolescent le développement d'un « conflit de loyauté », lequel le conduirait à demeurer le gardien vigilant de son système premier de référence. Ainsi se trouveraient pérennisés les symptômes qui l'expriment.

On peut même penser, comme nombre d'observations cliniques le montrent, que la corrélation entre « repli institutionnel » et « contamination des pratiques » est telle que *plus un système institutionnel est clos, plus la contamination interpersonnelle devient forte, plus les symptômes individuels résistent et plus le sujet échappe à toute évolution.*

- D'autre part, l'influence favorable des « interactions systémiques » inhérentes aux organisations et au fonctionnement « hors les murs ». Dans ce type d'organisation les mouvements individuels quotidiens du « dedans » vers « le dehors » et « du dehors » vers « le dedans » semblent provoquer en effet, indépendamment des contenus de l'échange, à l'intersection des systèmes, là où se forge l'identité personnelle, des mouvements adaptatifs puissants. Ceux-ci entraîneraient par suite des réaménagements systémiques dont l'effet sur les symptômes pourrait être parfois assez rapide.

Ces données générales méritent évidemment d'être enrichies, analysées et vérifiées par la clinique. Tel a été l'objet de l'étude réalisée au cours du temps II.

Trois objectifs ont été alors visés :

- 1- Comparer les populations des deux échantillons constitués au temps I, afin de voir si ces populations sont réellement analogues ou différentes et si les différences éventuelles pèsent sur l'évolution des sujets ;
- 2- Comparer les projets d'aide, d'accompagnement et de soins aussi que leur développement et leur mise en œuvre afin d'évaluer plus précisément, suivant les situations, le rôle du facteur « désinstitutionnalisation personnalisée » dans l'évolution des sujets ;
- 3- Identifier les individus « résistants », ainsi que le fonctionnement de l'éco-système dans lequel leurs symptômes d'inadaptation sont apparus puis se sont pérennisés, afin de proposer dans ces cas des infléchissements de l'action et d'ouvrir ainsi pour chaque « territoire » d'intervention de la Fondation OVE, des possibilités plus efficaces d'accueil, d'accompagnement, d'éducation spécialisée et de soins.

I – Choix de la population d'échantillonnage et traitement des données

Pour mener à bien cette étude à partir d'une population représentative, la méthode suivante a été retenue :

- 1- Constitution d'une première cohorte de 24 enfants (cohorte C1) fréquentant actuellement l'un des quatre ITEP de référence (voir Annexe I). Cette cohorte a été composée comme suit : 12 enfants tirés au sort dans deux ITEP dits « hors les murs » (C1 HM) puis mise en correspondance terme à terme sur la base de l'âge, du sexe, de la durée de séjour et des indications de placement, pour former des « paires » comparables, de 12 enfants accueillis dans l'un des deux établissements dit « dans les murs » (C1 DM)¹.
- 2- Constitution, suivant la même méthode, afin de mieux étudier le devenir des sujets accueillis, d'une seconde cohorte (C2) de 16 enfants et adolescents issus des établissements fonctionnant « hors les murs » (C2 HM) appariés à 16 enfants ou adolescents issus des ITEP fonctionnant « dans les murs » (C2 DM)(voir Annexe II).

Dans chacun de ces deux groupes de sujets, séparés par la pratique ou non d'une « désinstitutionnalisation personnalisée programmée », nous avons étudié par la méthode statistique dite « du signe » - laquelle permet d'estimer à partir des fréquences d'apparition (signe + et -) la prévalence d'une variable :

- a) Le processus d'élaboration et les caractéristiques du projet individualisé d'aide spécialisée et de soins (diagnostic, traitement, adaptation individuelle aux exigences de l'environnement, etc...).

(1) Un biais statistique ayant affecté la variable « sexe » (3 filles tirées au sort) dans la cohorte C1 HM, aucune fille présente dans les établissements (DM), nous avons été contraints, pour constituer des « paires » comparables, d'abandonner cette variable et de procéder à un nouveau tirage au sort utilisant la « table des nombres au hasard » centré uniquement sur les garçons.

- b) L'évolution et le devenir des enfants et des adolescents accueillis (durée du placement, orientation scolaire et professionnelle, adaptation sociale, etc...).
- Ces données comparatives ont en outre été complétées par un ensemble d'observations cliniques directes (études de cas, actions de formation, suivis d'expérimentations) faites en 2015-2016, en lien avec les professionnels du terrain dans 18 établissements de la Fondation OVE en région Auvergne-Rhône-Alpes (AURA).

II – Les caractéristiques du projet d'aide spécialisée et de soins

1- Une approche essentiellement symptomatique

L'étude comparative des deux échantillons – exception faite de la variable « *maltraitance* » deux fois plus présente dans la cohorte « dans les murs » que dans la cohorte « hors les murs » (épreuve du signe significative) - fait apparaître la grande similitude clinique des populations. La méthodologie de construction du *projet d'aide spécialisée et de soins* semble de même assez proche.

- a) La variable « *troubles de la conduite et du comportement* », présente dans tous les dossiers, apparaît bien d'abord comme un symptôme d'alerte mis en avant par les décideurs (MDPH) ou les différentes structures visant l'admission en ITEP de l'enfant ou de l'adolescent (établissements scolaires, services de soins, services sociaux, etc...). cette variable masque en fait des signes cliniques divers (instabilité, impulsivité, inattention, agressivité, violence, plus rarement inhibition, isolement, etc...) qui devront être mis en évidence puis interprétés pour élaborer un diagnostic différentiel orientant le projet personnalisé d'éducation spécialisée, d'aide et de soins.
- b) Ce diagnostic différentiel – lorsqu'il existe – s'appuie toujours en fait sur les troubles associés. Ceux-ci sont mis en évidence par les professionnels, dans les premiers temps du placement, à partir d'entretiens individuels, d'épreuves psychométriques et d'observations directes du comportement. Violence pulsionnelle, refus du doute, manipulations affectives, sentiment de « toute puissance », délinquance de proximité, « clivage » des représentations, addictions d'opportunité, ces troubles peuvent alors constituer des « indicateurs » privilégiés pour construire un projet d'aide, d'accompagnement et d'intervention spécifique.
- c) Encore faut-il évidemment que ces données soient regroupées, associées puis intégrées au sein d'un éco-système global, qui leur donne place, fonction et sens.
- Or, l'examen des projets d'aide et de soins, comme des interventions qui en résultent, montrent que ce n'est pas toujours le cas, que les projets restent souvent centrés sur *des symptômes individuels* isolés et additionnés, et que les interventions spécialisées consistent alors à confier à des professionnels dédiés, intervenant de manière successive, le soin de minorer l'intensité des symptômes qui altèrent l'efficacité du sujet ou ses relations quotidiennes. Lorsque ces symptômes résistent deux réponses sont habituellement proposées :
- Augmenter la fréquence hebdomadaire de telle ou telle intervention, dont on a constaté paradoxalement qu'elle reste trop peu opérante (« toujours plus de la même chose qui ne marche pas » pour reprendre l'expression de Grégory Bateson) ;
 - ~~Ajouter~~ des interventions aux interventions en faisant appel, par exemple, à une chimiothérapie complémentaire (30% des enfants et des adolescents de la cohorte C1 HM et 60 % des enfants et adolescents de la cohorte C1 DM suivent ainsi un traitement régulier visant, pour l'essentiel, l'instabilité, l'impulsivité, les troubles de l'attention, la violence, les symptômes psychotiques.

Ces traitements justifiés par l'augmentation des troubles sévères de la conduite et de la personnalité en ITEP (40% de troubles violents de la conduite sociale notés dans la cohorte C1 HM et 80 % dans la cohorte C1 DM) favorisent à l'évidence l'acceptation au quotidien par les professionnels des cas préoccupants. Ils diminuent corrélativement les signes de « contamination » qui conduiraient sinon ces professionnels, sous l'effet de l'intensité des symptômes, à reproduire les comportements familiaux, lesquels précisément ont entraîné le placement en ITEP. Mais si ces traitements ne sont pas intégrés dans une démarche globale visant à accompagner le sujet accueilli dans la construction progressive d'un récit personnel d'avenir, s'ils consistent à installer simplement les intervenants du quotidien dans une sorte de confort relationnel cotonneux éradiquant leur créativité, sans doute entraineront-ils une obsolescence progressive de leurs compétences éducatives.

2- Les effets de la « désinstitutionnalisation »

Populations analogues sinon similaires, interventions spécialisées essentiellement symptomatiques dans les deux cas, pourquoi observons-nous alors des différences si notables en comparant l'*adaptation sociale* des sujets issus des deux cohortes appariées (70 % d'adaptation sociale réussie après 3 ans de placement pour les enfants et les adolescents de la cohorte C2 HM, 20 % pour les enfants et les adolescents de la cohorte C2 DM). Mieux, en comparant les résultats et les formes de l'adaptation individuelle des enfants et des adolescents au sein des dispositifs dits « hors les murs », il semble même que l'on puisse observer une adaptation sociale d'autant plus rapide et plus large que le dispositif d'accueil et de prise en charge est lui-même plus ouvert sur le monde extérieur.

Comment expliquer ces mécanismes ? Trois données peuvent y contribuer :

- En premier lieu, le fait que toute « désinstitutionnalisation » affronte chacun, non plus à des situations connues, protégées, un peu artificielles, mais à un système global, incertain connoté par la normalité. Confronté soudainement à cette situation le sujet s'y adapte. Il obéit à la règle qui veut que tout être vivant, pour survivre, s'adapte à son milieu et coopère alors avec ses congénères pour mieux y parvenir. On comprend donc pourquoi tous les professionnels constatent la relative « normalisation » des conduites de l'enfant lorsqu'il sort physiquement de l'institution et le retour de conduites marquées par l'inadaptation lorsqu'il y rentre. Ainsi, de même que l'enfant tend à intégrer la normalité dans l'espace des interactions ordinaires et améliore souvent par-là l'estime de soi, de même s'adapte-t-il à l'espace clos des institutions closes, en acquière les rituels, et y ajoute parfois, avec des conduites « en écart », une relative dépréciation de soi.
- En second lieu la « désinstitutionnalisation » personnalisée, en introduisant le milieu normal externe, complexifie et enrichit de fait l'éco-système au sein duquel vit l'enfant ou l'adolescent. Elle le confronte, non plus à deux systèmes (le système socio-familial de référence et le système institutionnel d'accueil) mais à trois. Aussitôt l'établissement spécialisé change de fonction et de signification. Ni espace parental substitutif d'accueil, ni espace social ordinaire, il devient en effet espace intermédiaire d'aide et d'accompagnement vers l'adaptation. Nulle raison dès lors de voir s'y développer, dans l'affrontement de deux systèmes concurrentiels – celui dysfonctionnel de la famille, celui substitutif de l'établissement – « les conflits de loyauté » que cette dualité entraîne si souvent.

- En troisième le lieu, la « désinstitutionnalisation », mieux que les dispositifs de rattrapage ou de correction des « manques » et des insuffisances individuelles, semble bien favoriser – par ses conséquences systémiques – l'avènement plus rapide du sujet autonome. Elle ouvre en effet la liberté à l'enfant en le plaçant au cœur d'une double rencontre : celle d'une part du système familial et du dispositif spécialisé d'accueil - là où pourront être stimulées et reconnues les compétences individuelles ; celle d'autre part du système familial confronté au dispositif socio-culturel externe - là où se construit, à partir des réussites et des échecs ordinaires, l'identité singulière et le futur autonome de chacun.

III – L'évolution et le devenir des sujets

Cette méthodologie de la « désinstitutionnalisation » élargie, immédiate et ouverte, suffit-elle à enclencher pour tous les enfants ou les adolescents accueillis le processus de réussite adaptative que l'on attend ? Par comparaison avec les dispositifs fonctionnant de manière plus « fermée » son efficacité dans le temps est-elle plus grande ? Les résultats obtenus sont-ils qualitativement différents ? Tels sont les points qu'il nous faut maintenant étudier.

1- Les réorientations précoces

L'étude comparative fait apparaître d'abord, dans les deux échantillons (HM –DM) un pourcentage assez important de réorientation au cours de *la première année* qui suit l'admission : entre 18% (DM) et 25% (HM) des sujets en effet quittent les établissements durant cette période (6 mois – 1 an)(cf. Annexe V).

Si l'on excepte les raisons administratives ou privées (changement de « famille d'accueil, déménagement, etc....) qui représentent environ 5 %des cas, l'étude clinique fait apparaître dans les cas restants (1/6 des enfants et adolescents adressés aux établissements) deux catégories de raisons opposées :

- soit une amélioration très rapide du comportement :

C1 HM : 50 % des cas - C1 DM : 25 % des cas

Cette amélioration spectaculaire s'explique, pour l'essentiel, par la séparation et la stratégie d'accueil (passage d'un fonctionnement de Type I à un fonctionnement de Type II de Gregory Bateson) ;

- soit des troubles sévères de la personnalité et/ou des conduites sociales conduisant souvent à une orientation vers un autre ESMS, notamment chez les sujets les plus âgés:

C1 HM : 50 % des cas - C1 DM : 75 % des cas

Ces « aléas » de l'orientation témoignent nous semble-t-il de l'insuffisance relative d'une méthodologie diagnostique fondée sur la simple reconnaissance des symptômes prévalents, sur l'entretien anamnestique et sur l'observation directe des comportements sans intégrer toujours ces données dans une compréhension globale donnant sens aux dysfonctionnements observés, signification aux conduites parentales et au système qui les pérennise, enfin valeur aux « indicateurs pronostiques » perceptibles dans chaque cas⁽¹⁾.

De tels « facteurs d'alerte » devraient pouvoir contribuer à diminuer le nombre de ces réorientations précoces, soit en évitant le placement, soit en proposant d'emblée – en lien avec les décideurs et les familles – un établissement mieux adapté aux difficultés à traiter, soit en construisant rapidement dans l'établissement d'accueil un projet d'intervention et d'accompagnement spécifiquement adapté.

Notons à cet égard l'importance des réorientations de ESMS à ESMS, lesquelles conduisent souvent à proposer les enfants les plus violents et les pathologies les plus sévères : maltraitances, délinquances, troubles psychiatriques familiaux, etc... aux structures les plus « closes ». Si l'on considère que ces dispositifs peuvent renforcer la « contamination comportementale » entre jeunes, comment ne pas comprendre les difficultés actuelles de certains établissements « fermés » surchargés de cas « lourds ». Et comment ne pas admettre l'urgence de leur apporter la formation méthodologique, l'aide technique et le suivi professionnel qui leur permettraient d'y faire face ?

(1) Nous avons d'ores et déjà ~~mis~~ mis en évidence, au sein de notre groupe de recherche, une dizaine « d'indicateurs » - favorables ou défavorables-pouvant participer « d'une aide à la décision » d'orientation. D'autres sont actuellement en expérimentation. L'ensemble pourra être mis ~~à~~ à la disposition des professionnels au cours de l'année universitaire 2017- 2018.

2- Les évolutions individuelles dans la durée

a) *Entre 1 an et 3 ans de placement*

Persistance des troubles

Cohorte HM : 50 %

Cohorte DM : 75 %

Si nous considérons la nature et l'intensité de ces troubles nous devons noter toutefois :

- Que dans les deux cohortes on signale certes une persistance des troubles mais une diminution de leur intensité.
- Que la violence (violence relationnelle, violence comportementale, colères, etc...) reste la variable la plus discriminante : diminution voire disparition pour la moitié des cas des manifestations violentes constatées à l'entrée dans les établissements « ouverts » (HM) ; maintien des comportements et des affects « violents » dans les établissements « fermés » (DM) (épreuve du signe significative)
- On remarque même, pour quelques cas, dans les établissements les plus « fermés » l'apparition de comportements « violents » chez les sujets qui n'en présentaient pas à l'entrée (ceci confirme le rôle toxique de la « contamination interrelationnelle » évoquée par ailleurs).

b) *A la sortie des établissements :*

- Persistance des troubles

Après 4 années de placement (cf : annexe III)

- cohorte HM : 25 % des cas

- cohorte DM : 50 % des cas

Au-delà de 4 ans, sauf cas exceptionnels, ces données restent constantes. Elles témoignent en fait, le plus souvent, d'une **chronicisation toxique des situations**.

Quels sont ces cas « résistants » quel que soit le fonctionnement du dispositif d'accueil ?

Essentiellement des situations cliniques complexes caractérisées, soit par le fonctionnement paradoxal des relations et des conduites dans le système d'appartenance premier de l'enfant, soit par un rejet intra-familial entraînant des réactions narcissiques brutales lors des séparations, soit enfin par des conduites « clivées » témoignant de sévices réitérés et d'altérations « post-traumatiques ». Tous ces déterminants sont connotés par la violence. Ils appellent des démarches éducatives et thérapeutiques associées, spécifiques, mises en place au plus tôt, impliquant non seulement le sujet mais son entourage familial.

- Progrès indiqués par les professionnels

Après 4 années de placement

- cohorte HM : 75 % des cas

- cohorte DM : 50 % des cas

- L'analyse clinique des dossiers montre que ces progrès ne sont pas univoques.

Ils correspondent en fait, pour les sujets de la cohorte DM, à la diminution sur 4 années de l'intensité des symptômes sans disparition de ceux-ci et pour les sujets de la cohorte HM à une diminution plus rapide (trois années) des symptômes et surtout, dans la moitié des cas, à la disparition totale des troubles connotés par la violence (épreuve du signe très significative).

c) Devenir scolaire et socio-professionnel des sujets (cf : annexe IV)

Cohorte HM

Adaptation scolaire normale : 60 % des cas

Intégration sociale et professionnelle en milieu ordinaire : 70 % des cas

Cohorte DM

Adaptation scolaire normale : 18 % des cas

Intégration sociale et professionnelle en milieu ordinaire : 20 % des cas

Ces résultats confirment les remarques précédentes. Ils témoignent d'une différence qualitative dans les résultats (épreuve du signe très significative). Ils se réfèrent en fait :

- pour les établissements « ouverts » (HM) au milieu normal et à l'adaptation - réussie ou non – des sujets à ce milieu ;
- pour les établissements « fermés » (DM) à une évolution interne, implicitement référée à une population « en situation de handicap ».

CONCLUSION GENERALE

I –Trois résultats à retenir

L'étude statistique et clinique conduite en deux temps successifs, d'abord sur un échantillon de 241 sujets, puis sur deux cohortes d'enfants et d'adolescents « appariés », en vue de comparer l'efficacité sur l'adaptation individuelle d'un fonctionnement en ITEP dit « hors les murs » (HM) rapporté à un fonctionnement plus traditionnel dit « dans les murs » (DM) permet de mettre en évidence trois résultats fondamentaux :

- 1- La réorientation précoce (moins d'une année) dans les deux catégories d'établissements (HM et DM) d'1/6 des sujets accueillis en raison, soit d'une évolution très rapide et très favorable des conduites et de l'efficacité des enfants, soit de troubles psycho-pathologiques sévères pour lesquels les établissements s'estiment désarmés.

Ces erreurs d'orientation tiennent essentiellement rappelons le :

- à une « indication » posée sur la base de la symptomatologie comportementale plutôt qu'à partir d'un diagnostic étiologique différentiel global ;
- à un projet d'intervention spécialisé fréquemment univoque, centré sur l'individu plutôt que sur l'éco-système socio-environnemental et familial dysfonctionnel de référence qui génère et pérennise les symptômes manifestes.

- 2- L'évolution quantitative et qualitative des conduites interrelationnelles et sociales nettement plus favorable aux sujets fréquentant un dispositif « ouvert ». Cette évolution est caractérisée par :

- la disparition des comportements violents durant les *trois premières années du placement*, pour la moitié des cas en institution ouverte contre le *strict maintien des troubles* dans les établissements « fermés » (DM) ;
- l'intégration scolaire et sociale plus aisée au sein du milieu ordinaire : intégration *dans l'enseignement général* pour 60% des sujets dans les établissements « ouverts » contre 20% dans *l'enseignement pré-professionnel* pour les dispositifs « fermés » ; intégration sociale *dans le milieu normal* : 70 % contre 20 % dans les dispositifs « fermés ».

- 3- La persistance dans les deux types de fonctionnement de cas cliniques « résistants » (25 % dans les dispositifs HM, 50 % dans les dispositifs DM). Lorsque ces cas persistent au-delà de quatre années de placement ils semblent d'ailleurs se chroniciser, ce d'autant plus que l'établissement reste « clos » dans son fonctionnement.

II – Six propositions à discuter

L'ensemble des résultats de cette recherche nous incitent dès lors à présenter à la discussion les six propositions suivantes :

- 1- Favoriser l'adaptation organisationnelle et fonctionnelle de tous les ITEP de la Fondation OVE afin de mettre en place progressivement une « désinstitutionnalisation personnalisée programmée » pour tous les enfants et adolescents accueillis ;
- 2- Construire pour chaque enfant ou adolescent dans un délai rapide (2mois) un projet personnalisé d'aide spécialisée et de soins intégrant une analyse du « système dysfonctionnel socio-familial de référence » qui soutient les symptômes individuels d'inadaptation ;
- 3- Impliquer systématiquement les familles, en tenant compte des analyses cliniques, psychométriques et systémiques conduites au préalable, dans l'élaboration et la réalisation de ce projet. Ces « *parcours systémiques diversifiés* » prendraient suivant les cas plusieurs formes : inclusion parentale directe dans le processus d'aide et de soins, méthodologie des « parents prescripteurs », implication parentale différée, thérapies « du raconter », « clivage thérapeutique », etc... Ils mettraient en œuvre des méthodologies d'intervention, des outils interactionnels et des supports interrelationnels pour lesquels les personnels devraient être formés en équipe.
- 4- Procéder à des réévaluations régulières des acquis cognitifs relationnels et comportementaux de chaque sujets, à partir de « *réunions de réseau* » en donnant une importance particulière à la troisième année de placement, afin de procéder alors aux ajustements techniques, méthodologiques et organisationnels nécessaires pour éviter les risques ultérieurs de chronicisation des troubles individuels.
- 5- Conduire, en liaison avec les professionnels volontaires, dans chaque « territoire d'intervention » de la Fondation OVE, des expérimentations ciblées permettant de développer au sein des établissements des « savoir-faire spécifiques » et de fournir ainsi aux décideurs un réseau structuré d'intervenants capables de répondre aux différents besoins locaux.
- 6- Aider les équipes à développer ces spécificités par la mise en place :
 - d'une plate-forme d'information « à distance », (conseils et étude de cas à la demande) visant « l'aide à la décision » des équipes locales et l'information des familles ;
 - d'un dispositif de suivi et d'aide directe de proximité.
 - de formations complémentaires tournées vers l'innovation et la « montée en gamme » des compétences des professionnels de terrain.

Toutes ces innovations pourraient s'appuyer sur des outils déjà forgés et sur des expérimentations simples à promouvoir ; elles pourraient être opérationnelles dans un délai de cinq ans. Elles contribueraient alors, nous semble-t-il, à relever un triple défi :

- le défi de la moitié : réduction de *la moitié des cas d'enfants* aujourd'hui en échec après quatre années de présence en ITEP ;
- le défi de la durée : réduction *d'une année en moyenne* de la durée des placements ;
- le défi de l'inclusion : accueil dans chaque territoire de tous *les enfants et adolescents* actuellement « sans solution ».

Jean-Jacques GUILLARMÉ
Professeur de psychopathologie
Ancien enseignant à l'Université Paris-Descartes
Directeur de recherche (GEREPS) Paris
Le 25 novembre 2016

Nota : Les tableaux figurant si après en annexe ont été élaborés par D. Luciani, psychologue dans le cadre du GEREPS.

ANNEXE I															
2016: Pendant séjour ETABLISSEMENTS HORS LES MURS						2016: Pendant séjour ETABLISSEMENTS INTRA MURS									
Code	Age en 2015	Sexe	Durée du séjour	Diagnostic	Traitements	Contexte familial	Comportements violents	Code	Age en 2015	Sexe	Durée du séjour	Diagnostic	Traitements	Contexte familial	Comportements violents
1	15 ans	Masculin	3 ans	TC + syndrome Dépressif	Infirmier + Psychiat. struct. + Neuropsych. + Inclusion parentale	Rupture des liens affectifs	Oui, par rapport à soi-même/les intervenants et autres personnes extérieures	1A	15 ans	Masculin	3 ans	TC + Syndrome Névrotique	Infirmier + Psychiat. struct. + Psychol. Pas de médicaments	Carences affectives et socio-éduc. Perturbations mentales familiales + ruptures des liens affectifs	Oui, par rapport aux pairs et profs extér.
2	15 ans	Masculin	1 an	TC+Tr. des apprentissages et des fonc. instrumentales	Psychiat. et Psychol. struct. + Psychiat. extér., neuropsychol. + Inclusion parentale + psychomot.	Carences affectives et socio-éduc. Perturbations mentales familiales + ruptures des liens affectifs	Oui, Usage de stups + violences / prof. struct. et profs. extér.	2A	15 ans	Masculin	1 an	TC + TDAH	Psychiat. + Psychol. + Inclusion parentale. Sous CONCERTA	Carences affectives et socio-éduc. Perturbations mentales familiales + ruptures des liens affectifs + Maltraitements	Oui, par rapport aux pairs et profs de struct.
3	13 ans	Masculin	3 ans	TC + TDAH	Psychiat. et Psychol. struct. + Psychiat. extér., neuropsychol. + Inclusion parentale	Carences affectives et socio-éduc. Perturbations mentales familiales + ruptures des liens affectifs	Oui, par rapport aux pairs et profs de struct.	3A	15 ans	Masculin	3 ans	TC+Tr. des apprentissages et des fonc. instrumentales	Psychol. + Groupe TSLA. Pas de médicaments	Carences affectives et socio-éduc. Perturbations mentales familiales + ruptures des liens affectifs + Maltraitements	Pas de comportements violents
4	16 ans	Masculin	3 ans	TC + Autisme(O) + Haut potentiel	Psychiat. Struct.	Carences socio-éduc. Perturbations mentales familiales	Pas de comportements violents	4A	17 ans	Masculin	3 ans	TC isolés	Psychiat. + Infirmier	Carences affectives et socio-éduc. Perturbations mentales familiales + ruptures des liens affectifs + Maltraitements	Oui, Stups + violences par rapport aux pairs et t. profs extér.
5	16 ans	Masculin	1 an 6	TC isolés	Psychiat. et Psychol. struct. + Psychiat. extér.	Carences affectives + rupture des liens affectifs	Pas de comportements violents	5A	16 ans	Masculin	< 1 an	TC + TDAH	Infirmier + Psychiat. RISPEDAL + DEPAKOTE	Carences affectives + carences socio-affectives + Ruptures des liens affectifs	Oui, par rapport aux pairs et profs de struct.
6	15 ans	Masculin	2 ans 3	TC isolés	Psychol. Struct. + Neuropsych.	Carences affectives et socio-éduc. Perturbations mentales familiales + ruptures des liens affectifs	Pas de comportements violents	6A	15 ans	Masculin	2 ans	TC + AUTISME	Psychiat. + Neuropsychiat. + Neuropsychol. Extér.	Carences socio-éduc. Perturbations mentales familiales + ruptures des liens affectifs + Maltraitements	Oui, par rapport aux pairs et profs de struct.
7	15 ans	Masculin	2 ans 3	TC + Tr. des apprentissages et des fonc. instrumentales	Psychiat. et Psychol. struct. + Inclusion parentale	Carences affectives et socio-éducatives	Pas de comportements violents	7A	15 ans	Masculin	5 ans	TC + Hyperactivité + dyspraxies	Infirmier + Psychologue	Perturbations mentales familiales	Pas de comportements violents
8	17 ans	Masculin	3 ans	TC + Tr. des apprentissages et des fonc. instrumentales + déficit écriture	Psychol. struct., neuropsychol., infirmier + Inclusion parentale	Rupture des liens affectifs	Oui, par rapport à soi-même/les intervenants et autres personnes extérieures	8A	17 ans	Masculin	4 ans	TC isolés	Psychologue	Carences socio-éduc.	Oui, par rapport aux pairs + vandalisme.
9	13 ans	Masculin	3 ans	TC + TDAH + Haut potentiel	Psychologue structure + orthophonie	Carences socio-éducatives	Oui, par rapport aux pairs et profs extér.	9A	14 ans	Masculin		TC+Tr. des apprentissages et des fonc. instrumentales	Psychologue	Perturbations mentales familiales	Pas de comportements violents
10	12 ans	Masculin	< 1 an	TC + Tr. des apprentissages et des fonc. instrumentales	Psychiat. et Psychol. Struct.	Rupture des liens affectifs	Pas de comportements violents	10A	12 ans	Masculin	3 ans	TC + AUTISME	Non renseigné	Carences affectives + carences socio-affectives + Ruptures des liens affectifs	Oui, par rapport aux pairs + profs de struct. + profs extér. + vandalisme
11	15 ans	Masculin	2 ans	TC + Tr. des apprentissages et des fonc. instrumentales	Psychiat. + Neuropsychologue	Carences affectives et socio-éduc. + rupture des liens affectifs	Oui, par rapport aux pairs et profs de struct. + profs. extér.	11A	15 ans	Masculin	2 ans	TC+Tr. des apprentissages et des fonc. instrumentales	Infirmier + Psychologue struct. Sous RITALINE	Carences affectives et socio-éduc. Perturbations mentales familiales + ruptures des liens affectifs + Maltraitements	Oui, par rapport aux pairs et profs de struct.
12	18 ans	Masculin	7	TC + Tr. Psychotiques	Psychiat. et Psychol. struct. + Psychiat. extér.	Carences affectives et socio-éduc. Perturbations mentales familiales	Oui, par rapport aux pairs et profs de struct.	12A	17 ans	Masculin	4 ans	TC + AUTISME	Psychiat. + Neuropsychol. struct. + Psychiat. Extér.	Carences affectives et socio-éduc. Perturbations mentales familiales + ruptures des liens affectifs + Maltraitements	Pas de comportements violents

SEMENTS INTRA MUROS										ETABLISSEMENTS HORS LES MURS									
Individu	Age sortie	Sexe	Durée du séjour	Lieu de vie à la sortie	Diplôme obtenu ou Formation Professionnelle	Evolution symptomatologique et adaptative	Individu	Age sortie	Sexe	Durée du séjour	Lieu de vie à la sortie	Diplôme obtenu ou Formation Professionnelle	Evolution symptomatologique et adaptative						
1	(13-15)	Masculin	3 mois	Famille naturelle+suivi socio-judiciaire	CFG	Persistance des troubles et des comportements violents	1A	(6-12)	Masculin	3 mois	Famille naturelle	Pas de diplôme scolaire élémentaire	Amélioration des troubles et du comportement						
2	(16-20)	Masculin	8 mois	Autre ESMS+ suivi socio-judiciaire	Aucun	Persistance des troubles et des comportements violents	2A	(16-20)	Masculin	8 mois	Famille naturelle	Pas de diplôme scolaire en secondaire	Disparition des troubles du comportements pas de troubles associés. Très bonne évolution adaptative						
3	(13-15)	Masculin	1 an	MECS+autre ESMS+suivi socio-judiciaire	Aucun	Persistance des troubles et des comportements violents	3A	(6-12)	Masculin	1 an	Autre ESMS+suivi parental+acc. Thérapeutique	Pas de diplôme scolaire élémentaire	Persistance des troubles dans toutes les prises en charge Diminution des violences / aux pairs et vandalisme. Disparition des comportements violents / à l'extérieur.						
4	(16-20)	Masculin	1 an	Famille Naturelle+autre ESMS	Aucun	Persistance des troubles sans transformation. On note cependant une très légère amélioration en psychothérapie. Pas de comportements violents	4A	(13-15)	Masculin	1 an	Foyer MECS+autre ESMS+PJJ	NON	Pas d'évolution symptomatologique Persistance des troubles. Pas d'évolution adaptative. Persistance des comportements violents						
5	(13-15)	Masculin	2 ans	Autre ESMS+ suivi socio-judiciaire	Aucun	Persistance des troubles et des comportements violents	5A	(13-15)	Masculin	2 ans	Famille naturelle + PJJ	NON	Pas d'évolution symptomatologique Persistance des troubles. Pas d'évolution adaptative. Persistance des comportements violents						
6	(16-20)	Masculin	3 ans	Famille naturelle+service de suite ITEP+service Droit commun	CFG	Persistance des troubles et des comportements violents par rapport aux pairs et vandalisme. Diminution par rapport aux personnes extérieures	6A	(16-20)	Masculin	3 ans	Famille naturelle	CFG = CAP	Inclusion parentale en cours d'évolution Persistance de l'addiction au cannabis. Diminution des actes violents						
7	(16-20)	Masculin	2 ans	Famille naturelle sans orientation	Aucun	Persistance des troubles autistiques	7A	(16-20)	Masculin	2 ans	Famille naturelle	Pas de diplôme scolaire en secondaire	Pas d'amélioration adaptative chez un sujet avec TC sans troubles associés. Persistance des comportements violents						
8	(16-20)	Masculin	3 ans	MECS+suivi socio-judiciaire+PJJ	CFG	Persistance de l'addiction au cannabis et des comportements violents	8A	(16-20)	Masculin	3 ans	Famille naturelle	Pas de diplôme scolaire en secondaire	Diminution des comportements violents chez un sujet avec TC sans troubles associés						
9	(16-20)	Masculin	3 ans	Autre ESMS+ suivi socio-judiciaire+PJJ	Scolarisation impossible	Persistance des troubles malgré de multiples prises en charges. Actes graves de violence dans la structure.	9A	(16-20)	Masculin	3 ans	Appartement dans foyer de jeunes travailleurs	CFG	Persistance de l'addiction au cannabis et des comportements violents						
10	(16-20)	Masculin	3 ans	Famille naturelle	CFG	Très bonne évolution symptomatologique et amélioration ++ des comportements	10A	(16-20)	Masculin	3 ans	Famille naturelle	NON	Pas d'amélioration adaptative chez un sujet avec TC sans troubles associés. Persistance des comportements violents						
11	(16-20)	Masculin	3 ans	Famille naturelle	en CFA	Bonne évolution tant sur le plan symptomatologique que sur celui des comportements	11A	(16-20)	Masculin	3 ans	Famille naturelle+ ESMS+ PJJ	NON	Pas d'évolution symptomatologique Persistance des troubles. Pas d'évolution adaptative. Persistance des comportements violents						
12	(16-20)	Masculin	3 ans	Lieu de vie+ suivi socio-judiciaire+PJJ	Scolarisation impossible	Peu d'amélioration sur le plan symptomatologique et persistance desactes de violences et de vandalisme	12A	(16-20)	Masculin	3 ans	Famille naturelle	Orientation vers CAP	Bonne évolution symptomatologique Diminution des actes de violences						
13	(16-20)	Masculin	4 ans	Famille naturelle	CFG+CAP	Bonne évolution sur le plan symptomatologique et disparition des actes violents	13A	(16-20)	Masculin	4 ans	Famille naturelle	Non faible niveau scolaire	Persistance des troubles. Diminution des actes violents						
14	(16-20)	Masculin	4 ans	Famille naturelle+suivi socio-judiciaire	CFG	Persistance des troubles et des comportements violents	14A	(16-20)	Masculin	4 ans	Famille naturelle	Orientation BAC PRO	Disparition des troubles du comportements. Très bonne évolution adaptative						
15	(16-20)	Masculin	4 ans	MECS+foyer ASE	aucun	Persistance des troubles et des comportements violents	15A	(16-20)	Masculin	4 ans	Famille naturelle +accomp thérapeutique et professionnel	CFG	Diminution de l'addiction. Très bonne évolution symptomatologique et disparition complète des actes de violence						
16	(16-20)	Masculin	6 ans	Famille naturelle+suivi socio-judiciaire+PJJ	CFG	Bonne évolution sur le plan symptomatologique et disparition des actes violents	16A	(16-20)	Masculin	5 ans	Famille naturelle	CAP	Bonne évolution symptomatologique. Disparition des actes de violences						

ANNEXE III

ETABLISSEMENTS INTRA MUROS		ETABLISSEMENTS HORS LES MURS	
INDIVIDU	EVOLUTION SYMPTOMATOLOGIQUE ET ADAPTATIVE	INDIVIDU	EVOLUTION SYMPTOMATOLOGIQUE ET ADAPTATIVE
1	Toujours à l'ITEP. Diagnostic de déficience légère posé il y a un an par le CHU. Les troubles toujours présents. Peu d'évolution dans ce domaine. Continue à se blesser dès que échéance importante pour lui arrive. Réorientation vers un IME demandée mais difficile car il a 18 ans. L'ITEP a prolongé sa prise en charge pour une orientation en ESAT	1A	Diminution importante des troubles. L'inclusion parentale reste toujours très difficile. En MECS pendant le séjour à l'ITEP. Scolarisé en collège ordinaire puis CAP
2	Est dans un autre ITEP depuis septembre 2015. Pas de nouvelles	2A	Peu d'informations. Finit sa dernière année de CAP
3	Les TC sont en nette évolution. A quitté l'ITEP en juillet 2015. Est actuellement en 2ème année de CAP agent de restauration. Son apprentissage se passe très bien. Suivi ponctuel du service de suite de l'ITEP. Grosses difficultés scolaires nécessitant des adaptations pour le CAP	3A	En famille d'accueil pendant séjour. Gros travail d'inclusion parentale avec la maman et la fratrie. Bonne scolarité en milieu ordinaire. Est actuellement en 3ème générale. La relation aux autres a beaucoup évolué mais reste compliquée.
4	Aucune nouvelles	4A	Est chez sa mère. Est arrivé totalement déscolarisé. Insertion difficile en collège ordinaire avec l'ITEP. Est actuellement au lycée. Relation aux autres toujours difficile. Inclusion parental très complexe.
5	Toujours à l'ITEP. Séjour en psychiatrie pour adulte depuis janvier 2016. Retour progressif à l'ITEP depuis JUIN. Internat séquentiel (2 nuits /semaine) depuis septembre, le reste du temps en psychiatrie. Scolarisé en interne	5A	Stabilisé au niveau des troubles psychiques grâce à son traitement et l'arrêt de sa scolarité. A obtenu son CAP. Travaille dans une école maternelle. Est animateur périscolaire avec contrat de 25H
6	Hospitalisation qq semaines en pédopsychiatrie en janvier 2016. traitement par injections une fois par mois. Troubles psychiatriques++ mais bonne réaction au traitement. Toujours à l'ITEP scolarisé en interne	6A	Pas de problème de comportement. Scolarisé en BAC pro au lycée
7	Entrée CAP agriculture en septembre 2016. Suivi ponctuel de l'ITEP	7A	Aucune information
8	Persistance et même aggravation des troubles. Le jeune décroche de +en+ avec l'ITEP et se renferme sur lui-même. Totalement passif face aux propositions. Toujours accompagné par l'ITEP dans le cadre d'un suivi externalisé. Travail avec la famille et équipe socio-pro. pour le mobiliser sur des projets extérieurs.	8A	Sorti cet été, travaille actuellement. A obtenu un CAP. Résultats très satisfaisant de l'inclusion parentale
9	Toujours accompagné par l'ITEP en internat séquentiel. Grosses difficultés d'apprentissages et peu de mobilisation du jeune dans ce domaine. Evolution positive dans le domaine pré-professionnel. Pourra travailler en milieu ordinaire mais ne peut pas passer de CAP. Concernant le TC, évolution très lente. Nombreuses périodes d'absences qui restent inquiétantes. Addiction au tabac.	9A	Les rapports avec les jeunes de son âge restent très conflictuels et la scolarité très compliquée. Est scolarisé en lycée agricole. Bénéficie d'une prise en charge dans un autre ITEP
10	Diagnostic d'Autisme Asperger posé par psychiatre de l'ITEP en 2015. demande de réorientation vers SESSAD Autisme mais pas encore de place donc retour en famille auprès de parents qui le soutiennent et continuent le travail commencé à l'ITEP pour trouver une voie professionnelle adaptée à leur fils. Evolution du jeune sur plan socialisation pendant son séjour à l'ITEP. Mais à sa sortie, semble souffrir d'isolement	10A	Persistance des troubles du comportement. Poursuite du traitement pour troubles de l'attention, et du suivi psychologique. Est actuellement scolarisé en 3ème de SEGPA.
11	Toujours pris à l'ITEP mais dans un cadre externalisé (classe DIMA). Quelques incidents de comportement depuis la rentrée mais scolarité maintenue. Diminution des troubles du comportement, plus de stabilité d'attention et de mobilisation. Poursuite du travail éducatif avec retour à l'internat une semaine par trimestre. travail d'inclusion parentale bénéfique avec la mère qui voit également beaucoup d'évolution au domicile.	11A	Persistance des actes délinquants dans la vie quotidienne et des troubles du comportement. En contrat de qualification professionnelle dans un restaurant pour devenir commis de cuisine
12	Toujours à l'ITEP. Scolarisé en interne	12A	