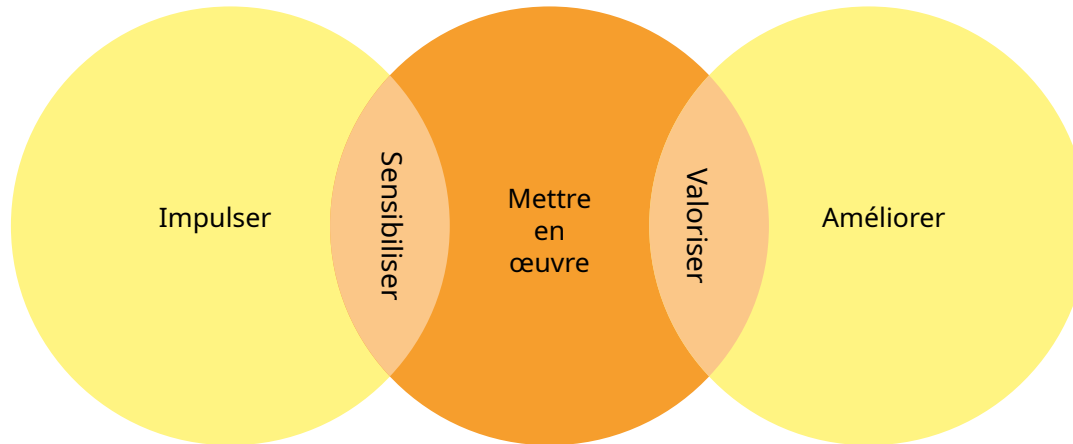


MOMENTS ET ACTEURS CLÉS



PRINCIPAUX ACTEURS

- Responsables territoriaux et responsables de services
- animateurs de la démarche (cadres des structures concernées mais extérieurs à la situation analysée, professionnels extérieurs formés, instance dédiée...)
- Les deux catégories d'acteurs

IMPULSER	SENSIBILISER	METTRE EN ŒUVRE	PUBLICISER ET VALORISER	AMÉLIORER les pratiques, les organisations et les coopérations
<p>Qu'elle s'engage en anticipation d'événements graves ou en réaction à l'un d'eux, la démarche de retour sur événement dramatique démarre par une réflexion sur le sens et l'intérêt de ce travail.</p> <p>Il s'agit de définir le cadre, les objectifs et l'éthique de la démarche, et d'envisager des possibles en termes de construction et d'organisation du travail (périmètre, personnes ressources, méthodes, outils...). Il est profitable que ces éléments soient pensés en anticipation, en considérant que la méthode envisagée pourra être réappréciée pour s'adapter à la complexité des événements et situations réels.</p>	<p>Les premières personnes à sensibiliser sont celles pressenties pour porter et mettre localement en œuvre la démarche, afin de clarifier les attendus et fédérer autour du projet.</p> <p>Dans un second temps, le sens et l'éthique de la démarche devront être explicités aux participants de chaque retour sur événement dramatique.</p>	<p>La mise en œuvre du retour sur événement se fait sous la responsabilité des personnes choisies pour animer la démarche. Celles-ci :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ajustent la méthode de travail à la complexité de l'événement à analyser. ■ Collectent et rassemblent le matériau à analyser (possiblement issu de dossiers et documents professionnels, d'entretiens individuels avec les/des personnes impliquées dans la situation, ou de séances d'élaboration collective). ■ Construisent l'analyse et rédigent un rapport d'analyse. <p>Collaborative, cette étape de mise en œuvre nécessite une implication des participants et, au besoin, des personnes ayant impulsé la démarche (notamment pour ajuster la méthode et apporter des éclairages utiles à l'analyse).</p>	<p>L'analyse est restituée aux participants et peut :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Être enrichie des retours de ces derniers. ■ Servir de base de travail pour une élaboration collective de propositions et préconisations. ■ Être partagée au-delà du groupe des participants (communications sur les enseignements tirés, en respectant l'anonymat). <p>Les ODPE peuvent intervenir en soutien, pour valoriser notamment l'intérêt du retour sur événement dramatique.</p>	<p>L'analyse et les éventuelles préconisations constituent une ressource pour l'élaboration, par les responsables territoriaux et des services concernés, d'un plan d'actions opérationnelles.</p> <p>Ce plan répond aux problèmes identifiés dans l'analyse de la situation et mentionne les personnes pilotes, la temporalité et les indicateurs pour l'évaluation.</p> <p>Le plan est ensuite mis en œuvre, suivi et évalué.</p>

EXPÉRIENCES DE DÉPARTEMENTS

Dans un service départemental a été mise en place une instance dédiée, pluridisciplinaire et ayant la responsabilité du pilotage de la démarche de retour sur événement dramatique.

La première analyse de situation s'est déroulée en plusieurs étapes :

1. Collecte et analyse des écrits sur la situation (rapports et notes des travailleurs sociaux). Cette analyse a permis :

- de construire et de renseigner des outils : une carte sociale des acteurs (ayant conduit à identifier 37 intervenants autour de la famille depuis que celle-ci était « connue » des services), une chronologie, une carte des alertes ;
- de construire la trame des entretiens individuels pour l'étape suivante, constituée de « questions évaluatives » pour confronter quelques hypothèses de dysfonctionnements aux discours et récits des professionnels impliqués.

2. Entretiens individuels auprès des acteurs de la prise en charge (incluant les enseignants, médecins, assistants sociaux, professionnels des services départementaux, professionnels et cadres de l'AEMO, etc.), organisés trois mois et demi après l'événement et conduits par des binômes membres de la commission dédiée (directeur enfance-famille excepté). Sur les 37 identifiés, 20 intervenants ont été interviewés.

Avant que ne leur soient posées des questions sur l'événement, toutes les personnes interviewées ont été rassurées sur l'intention du retour sur événement – soit une recherche de causes organisationnelles, et non de responsabilités individuelles.

3. Renseignement d'un arbre des causes, à partir du matériau recueilli. L'outil rend compte de cinq niveaux de causes pour un constat donné. Pour exemple, un constat était que « *le niveau de déficience des parents n'a pas été suffisamment perçu* » (les professionnels s'étant plutôt focalisés sur le défaut d'hygiène).

4. Rédaction d'un rapport d'analyse. Le rapport n'a été finalisé qu'après restitution et échange avec les différents acteurs de l'accompagnement, qui avaient été sollicités pour le retour sur événement dramatique. Une restitution a également été faite à la magistrate, qui y a convié deux collègues magistrats. Le rapport a été diffusé aux cadres de l'ASE et de l'association gestionnaire du service d'AEMO. Les constats ont donné lieu à cinq recommandations formalisées et à un plan d'action. Ce faisant, la commission est « *passée de l'arbre des causes à l'arbre des objectifs* », chacun de ces objectifs étant ensuite décliné en actions opérationnelles. Des personnes ont été désignées pour piloter les actions. La commission prévoit de les réunir au bout d'un an pour évaluer la mise en œuvre de ces actions.

Dans un autre département un retour sur événement dramatique a été organisé, qui comportait :

1. Une lecture des dossiers de l'ensemble des services concernés par la situation (service social, PMI et ASE) à partir duquel a été construit un document panoramique et chronologique des interventions.

2. Une journée et demie de réunions dialogiques avec l'ensemble des intervenants, organisée selon le mode de travail suivant : le groupe a procédé à la lecture de la chronologie en s'arrêtant sur chaque moment de la situation, les acteurs de chaque intervention décrivant toutes les actions accomplies et étant interpellés par les participants sur ce qui pouvait manquer, les animateurs émettant également des hypothèses pour faire émerger la réflexion collective.

3. La rédaction d'un compte-rendu détaillant quelles interventions ont eu lieu, quelles hypothèses ont été construites et ce qui pouvait être dit de l'intervention en termes d'information sur la situation, de gestion technique, de compréhension et d'analyse puis de transmission de la situation. Le compte-rendu a été adressé aux participants, chacun pouvant apporter commentaire ou correction et renvoyer le document. Un plan détaillé de « note de service » a été élaboré sur cette base, puis l'ensemble des participants ont été à nouveau réunis pour construire ensemble la note de service révisant les modes de faire (l'animateur de la démarche mentionnant l'importance de construire ensemble le correctif des actions analysées). Cette note été renvoyée à tous les acteurs pour correction et amendement, avant sa diffusion.

4. La transmission d'une copie du compte-rendu et de la note au président du conseil départemental, à l'élu en charge de la protection de l'enfance, de la PMI et de l'action sociale, et au directeur général des services, pour partager la vigilance avec les décideurs politiques et administratifs.