



**DÉCLOISONNER LE FONCTIONNEMENT D'UN ITEP POUR
S'ENGAGER DANS UNE RELATION DE SERVICE AVEC LES
JEUNES ET LEURS FAMILLES**

Damien HILAIRE

2008

cafdes



Remerciements

A ma femme et mes enfants pour leur soutien inconditionnel.

A Mr Louis CONTANT pour son travail d'accompagnement et de guidance.

A Mr Bernard DUTILLEUL pour l'apport de son expertise sur la fonction de Direction.

A tous les professionnels de l'ITEP des Salins de Brégille pour avoir participé directement ou indirectement à ce travail ainsi que pour leurs encouragements.

Sommaire

Introduction	1
1 L'ITEP des Salins de Brégille, un établissement cloisonné interrogé par l'évolution des besoins des usagers et la mise en conformité avec le nouveau cadre réglementaire	3
1.1 Les enfants souffrant de difficultés psychologiques : une population hétérogène difficile à qualifier	4
1.1.1 Un handicap invisible aux conséquences dramatiques	5
1.1.2 L'ITEP des Salins de Brégille et son inscription territoriale.....	9
1.1.3 Les enfants accueillis à l'ITEP des Salins de Brégille.....	10
1.1.4 En synthèse	13
1.2 Un cadre réglementaire qui a progressivement évolué vers la reconnaissance d'une population spécifique et modifié à la fois notre vision de l'accompagnement.....	14
1.2.1 Les lois N°75-534 et 75-535 du 30 juin 1975 traduisent une politique solidaire et nationale en faveur du handicap tout en favorisant son cloisonnement.....	14
1.2.2 Les annexes XXIV du décret N°89-798 du 27 octobre 1989 et sa circulaire N°89-17 du 30 octobre 1989 : des textes fondateurs pour l'affirmation de droits aux usagers mais qui entretient pour les I.R une certaine ambiguïté.....	16
1.2.3 La loi N°2002-02 du 02 janvier 2002 : Une (r)évolution utile et nécessaire	17
1.2.4 La loi N°2005-102 du 11 février 2005, l'apparition d'une philosophie nouvelle : le droit commun et l'égalité de traitement.....	18
1.2.5 Le décret N°2005-11 du 6 janvier 2005 : le passage des IR aux ITEP :.....	19
1.2.6 La Circulaire N°2007-194 du 14 mai 2007, une clarification des missions et des moyens dévolus aux ITEP :.....	20
1.2.7 En synthèse	21
1.3 L'ITEP des Salins de Brégille et son environnement	21
1.3.1 L'ITEP et son association gestionnaire : l'association les Salins de Brégille (cf. annexe 2).....	21
1.3.2 Le personnel de l'ITEP des Salins de Brégille	23
1.3.3 L'ITEP et ses partenaires.....	27
1.4 Conclusion partielle.....	28
2 Transcender les limites de l'institution pour changer nos relations avec les personnes accueillies et nos partenaires	29

2.1	Evoluer vers un dispositif ITEP en décloisonnant les services ou comment redonner de la mobilité institutionnelle	29
2.1.1	Quelques définitions	29
2.1.2	Une population difficile qui rigidifie le cadre institutionnel	30
2.1.3	Un concept aux contours flous, « la mobilité »	32
2.1.4	Le décloisonnement synonyme d'efficacité et de qualité ?	35
2.2	Développer une véritable relation de service	36
2.2.1	Le concept général	37
2.2.2	La relation de service, un nouveau mode de relation avec les enfants et leurs familles	39
2.2.3	La relation de service, un concept qui pénètre l'institution	42
2.3	Management, interdisciplinarité et politique de réseau.....	45
2.3.1	Manager le changement.....	45
2.3.2	S'emparer de la notion d'interdisciplinarité.....	48
2.3.3	La politique de partenariat.....	50
3	Modifier l'organisation pour optimiser le fonctionnement institutionnel et favoriser l'émergence de la relation de service.....	53
3.1	Le changement en interne pour s'engager dans une relation de service.....	54
3.1.1	Les principes généraux	54
3.1.2	S'appuyer sur les compétences des enfants.....	57
3.1.3	Prendre en compte les attentes des parents.....	59
3.1.4	Favoriser la participation sociale	60
3.2	Le changement en interne pour favoriser le décloisonnement	63
3.2.1	Les principes généraux	63
3.2.2	Une organisation ouverte tournée vers les besoins des enfants.....	66
3.2.3	Définir un management de proximité pour articuler le collectif professionnel avec l'individu.....	71
3.3	Le changement vis-à-vis de l'environnement ou comment favoriser et valoriser les relations partenariales	73
3.3.1	Les relations DDASS-ITEP, ou entrer dans l'ère dite du « gagnant-gagnant »....	74
3.3.2	Créer le « Cercle des Partenaires »	76
	Conclusion.....	79
	Bibliographie.....	81
	Liste des annexes.....	I

1. Annexe 1 : Etude des enfants accueillis à l'ITEP sur trois années scolaires	I
2. Annexe 2 : Historique de l'Association des Salins de Brégille et de l'ITEP des Salins de Brégille	XI
3. Annexe 3 : Partie financière du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.....	XV

Liste des sigles utilisés

- **AIRe** : Association des ITEP et de leurs Réseaux.
- **ARH** : Agence Régionale Hospitalière.
- **ARS** : Agence Régionale de Santé.
- **ASE** : Aide Sociale à l'Enfance.
- **CAFS** : Centre d'Accueil Familial Spécialisé.
- **CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce.
- **CDAPH** : Commission Départementale des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
- **CDES** : Commission Départementale de l'Education Spécialisée.
- **CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.
- **CREESDEV** : Centre Régional d'Enseignement et d'Education pour Déficients Visuels.
- **CVS** : Conseil de la Vie Sociale.
- **DGAS** : Direction Générale de l'Action Sociale.
- **GCSMS** : Groupement de Coopération Social et Médico-Social.
- **GIPEC** : Gestion Individuelle Prévisionnelle des Emplois et Compétences.
- **IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales.
- **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
- **I.R** : Institut de Rééducation.
- **I.R.P** : Instances Représentatives du Personnel.
- **ITEP** : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique.
- **MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées.
- **PAUF** : Plan Annuel d'Utilisation des Fonds de formation.
- **PMI** : Protection Maternelle et Infantile.
- **PPA** : Projet Personnalisé d'Accompagnement.
- **PRIAC** : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.
- **RASED** : Réseau d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficulté.

- **SESSAD** : Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile.
- **TEP** : Thérapeutique, Educatif et Pédagogique.

Introduction

Depuis bientôt six ans, j'exerce la fonction de Directeur-adjoint à l'Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique des « Salins de Brégille » situé à Besançon dans le département du Doubs. Cet établissement accueille des enfants âgés de 4 à 18 ans souffrant de difficultés psychologiques. Les 83 enfants bénéficiant d'un accompagnement à l'ITEP sont répartis sur quatre services en fonction de leur problématique personnelle. Géré par l'association « Les Salins de Brégille », l'établissement emploie 70 personnes couvrant les champs : administratif, logistique, éducatif, thérapeutique et pédagogique.

La capacité d'accueil relativement conséquente de l'établissement donne à ma fonction de Directeur-adjoint un aspect riche et varié. Je participe ainsi à la réalisation de l'ensemble des tâches afférentes à la fonction de direction comme le positionnement stratégique de l'établissement dans son environnement et la mise en conformité avec les dispositions légales.

C'est ainsi que je fus particulièrement concerné par les multiples modifications légales intervenues au cours des six dernières années.

Nous avons alors du rapidement nous imprégner de ces textes pour mettre en place leurs diverses dispositions. Cela a représenté un travail conséquent qui a mobilisé activement les professionnels.

Aujourd'hui, je crois pouvoir affirmer que nous sommes en conformité avec les politiques publiques et notre environnement.

Pourtant, lorsque l'on étudie avec acuité les différents textes de lois, force est de constater que nous devons encore faire évoluer notre établissement. Cette évolution devra concerner tant la participation et la place du binôme enfant-parent que l'ouverture de ses services pour proposer des prestations innovantes. Il me semble, en effet, que le statut des personnes accueillies a considérablement évolué. Chaque institution doit respecter et promouvoir la mise en œuvre des droits des usagers.

L'expression de leurs besoins et les moyens d'y répondre s'imposent à nous. Ainsi, les réponses ne sont plus standardisées mais personnalisées ; d'où la nécessité de questionner notre organisation sur sa capacité à proposer des prestations innovantes.

Dans un établissement tel que l'ITEP des « Salins de Brégille », cela sous entend la fin d'un fonctionnement institutionnel où chaque équipe et service travaillent côte à côte au profit d'un fonctionnement qui privilégie le parcours des enfants.

Pour cela, mon action portera sur la mise en place d'une organisation novatrice permettant de développer des réponses spécifiques à chaque enfant. Il conviendra donc d'adopter une posture managériale différente centrée sur la promotion individuelle des enfants, de ses parents et des salariés. Enfin, pour que la place centrale des usagers ne demeure pas qu'un vœu, je souhaite, au travers de cette réorganisation, repenser la

participation des enfants et de leurs familles dans le fonctionnement institutionnel. De cette manière, j'ambitionne que l'ITEP se positionne progressivement comme un prestataire de service vis-à-vis de l'enfant et de sa famille.

Bien évidemment ces aspirations peuvent paraître démagogiques et risquent de provoquer, chez les professionnels, de fortes résistances.

J'envisage donc d'utiliser comme des leviers facilitant le changement, la participation des salariés à la réalisation du projet, un échelonnement dans la planification des actions et enfin une évaluation régulière de la pertinence des orientations retenues.

Devant de tels risques de résistance, je tenterai, au cours de la première partie, de réaliser un diagnostic complet de l'institution pour repérer rapidement les facteurs qui peuvent ou freiner ou faciliter sa réalisation.

Il portera plus particulièrement sur la spécificité de la population pour ainsi mieux connaître ses besoins, l'évolution de notre cadre réglementaire et l'inscription de l'ITEP dans son environnement.

Puis, je tenterai d'éclairer, dans le cadre de la deuxième partie, des principes qui me sont peu familiers. Ils concernent les concepts de décloisonnement, de développement de la relation de service et l'optimisation du travail en partenariat.

La troisième partie décrira, enfin, la traduction de ces préceptes en de multiples actions. Elles concernent la place qu'occuperont les enfants et leurs familles dans le fonctionnement institutionnel, les stratégies de management des professionnels et la poursuite de l'ancrage de l'ITEP sur le territoire.

Au final, j'ai tenté de définir un projet global qui répond aux besoins des enfants et aux priorités définies sans omettre que nous participons à une mission de service public et que nous nous adressons à des personnes vulnérables et en souffrance.

Les différents aspects de ce projet ont été retenus et validés par le Conseil d'Administration et la Direction Générale.

1 L'ITEP des Salins de Brégille, un établissement cloisonné interrogé par l'évolution des besoins des usagers et la mise en conformité avec le nouveau cadre réglementaire

L'ITEP des Salins de Brégille est un établissement que l'on peut qualifier de dynamique. Depuis sa création en 1973, il s'est toujours attaché à favoriser le principe de recherche-action. C'est ainsi que l'établissement a, tout au long de son histoire, fait évoluer ses pratiques et les prestations proposées pour mieux répondre aux besoins de la population accueillie. Mais aujourd'hui, nous nous trouvons confrontés à un tout autre enjeu qui vient bousculer nos valeurs et nos fondements éthiques. Nous devons désormais accompagner l'enfant et sa famille pour qu'ils participent activement à la construction du projet personnalisé d'accompagnement. En conséquence nous devons proposer des prestations sur mesure. Cela ne sera possible qu'en assouplissant notre organisation pour que les quatre services ne fonctionnent plus côte à côte mais de concert. En créant ainsi un dispositif ITEP, chaque enfant bénéficiera de prestations ajustées issues du fruit de la négociation entre les parents et l'institution et basées sur l'évaluation de ses besoins.

Les conditions de mise en place d'un décloisonnement, pour aboutir à l'instauration effective d'un dispositif, est un projet qui nécessite d'établir au préalable un diagnostic précis.

Cette analyse portera tout d'abord sur la population accueillie au sein des ITEP puis j'étudierai plus particulièrement celle de l'ITEP des Salins de Brégille.

J'aborderai ensuite la question des politiques publiques et de leurs éventuelles adéquations avec le projet présenté.

Enfin, j'appréhenderai la dimension environnementale, interne et externe, de l'établissement. Par cette approche tridimensionnelle, je veux repérer les points d'appui qui s'offrent à moi pour impulser par la suite le changement à opérer.

Le diagnostic ainsi établi donnera une base de réflexion et une validité à mon projet. Il s'inscrira alors dans une dimension de satisfaction des besoins et répondra ainsi à la mission d'intérêt général et d'utilité sociale, éléments qui doivent sous-tendre notre action.

« L'exercice permettra [...] de se rendre compte de la diversité des métiers, des savoir-faire accumulés de longue date, des pratiques révélatrices de l'ingéniosité et de l'intelligence des acteurs pour s'adapter et faire face aux contraintes extérieures. Ces ressources pointées, identifiées, valorisées, seront de nature à influencer voire à modifier l'environnement. A côté de ses forces, l'organisation a inmanquablement des faiblesses

qui devront être pointées et analysées de la même façon. Ces faiblesses signent tout autant les manques que les marges de progression possibles pour l'organisation. »¹

1.1 Les enfants souffrant de difficultés psychologiques : une population hétérogène difficile à qualifier

Les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques accueillent une population difficile à spécifier.

Avant le décret du 6 janvier 2005 modifiant les conditions techniques d'accueil des ITEP, les IR, tels qu'on les nommait, dépendaient des annexes XXIV du décret du n° 89-798 du 27 octobre 1989. La définition de la population accueillie s'attachait à définir non pas une pathologie mais les conséquences des troubles du comportement : « *les établissements et services [...] prenant en charge des enfants et adolescents dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant la normale, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité* »². Cette définition précise que le caractère premier d'une orientation vers ce type d'établissement est la manifestation d'un comportement contraire à une norme sociale sans qualifier la nature de ces troubles. Cette imprécision aura comme conséquence l'accueil d'une population hétérogène ou seule l'associabilité demeure le signe d'appartenance.

Nous sommes donc face à une population que l'on peut désigner comme étant en rupture avec :

⇒ Son milieu familial ou les transgressions renvoient les parents à leur propre incapacité « d'être parent ». Ils sont alors eux aussi en situation de souffrance, renforçant bien souvent celle déjà antérieure à la naissance de leur propre enfant. Les parents se sentent alors coupables de faire appel à des solutions de séparation mais aussi coupables de ne pas être de bons parents dans le regard de la communauté d'adulte. Quant aux enfants, ils se sentent eux aussi coupables de faire souffrir leurs parents et de les disqualifier aux yeux du reste de la société.

⇒ Son milieu scolaire. Si les annexes XXIV insistent sur le fait que les troubles du comportement perturbent gravement la scolarité, c'est que bien souvent le milieu scolaire

¹ Patrick Lefèvre, *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2006. Partie 3, Chapitre 11, Paragraphe 7.

² L'annexe XXIV du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV Bis, XXIV Ter au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements sociaux et médico-sociaux.

est à l'origine des signalements. En effet l'école, par son caractère collectif et universel, exclut les individualités en marge qui perturbent l'apprentissage du collectif. Ajoutons que l'école réactive l'expression symptomatique, elle renvoie douloureusement l'enfant à son vécu d'échec et le pousse à mettre en jeu ses stratégies défensives que l'on peut qualifier de fuite en avant caractérisées par des passages à l'acte transgressifs « *Si je ne réussis pas à l'école ce n'est pas parce que je ne peux pas mais parce que je n'écoute pas.* »³

L'ITEP est alors sollicité pour intervenir auprès de ces enfants « perturbateurs » pour proposer des solutions (ou simplement répondre à l'obligation scolaire qui s'impose à l'Education Nationale ?) à ces exclus du système. Cette image d'élève perturbateur demeurera comme l'un des principaux freins au retour progressif de l'enfant dans un système ordinaire. Néanmoins, la loi 2005-102 du 6 février 2005, avec sa philosophie de « l'école pour tous » et avec l'obligation de l'inscription permanente de l'élève au sein de son école de référence, permet de lever en partie ces obstacles.

⇒ Le décret précise également que les enfants accueillis en Instituts de Rééducation ne relèvent pas de la déficience intellectuelle, le critère d'efficacité intellectuelle devient alors un facteur déterminant l'orientation vers nos instituts.

1.1.1 Un handicap invisible aux conséquences dramatiques

A) Une population en grande difficulté

Le rapport de l'IGAS de 1999 insiste sur « le caractère extrêmement complexe et divers de la notion de troubles du comportement qui rend délicate toute définition précise et univoque, tant au plan médical qu'administratif. Ni véritables « déficients mentaux » ni intrinsèquement « psychotiques », ni simples « cas sociaux », les jeunes souffrant de troubles du comportement se situent à la lisière de multiples domaines d'intervention et relèvent la plupart du temps, simultanément ou alternativement, de différents types de prise en charge : sociale, éducative, médico-psychologique et parfois judiciaire.

Ces enfants souffrent de carences d'apprentissages dues aux relations à l'environnement, à une dynamique de croissance particulière ou encore à certaines formes de psychopathologies. »⁴

Les enfants souffrant de troubles du comportement posent donc un véritable problème de santé publique par son expression symptomatique et ses conséquences d'exclusion.

³ Propos tenus par un enfant accueilli à l'ITEP.

⁴ Michel Gagneux et Pierre Soutou, *Rapport de l'IGAS sur les instituts de rééducation*. Paris, janvier 1999. p. 5.

Il était donc indispensable, pour les professionnels de l'enfance et l'autorité de tarification de clarifier la population cible et de définir plus précisément les missions des ITEP.

Dans ce contexte, la DGAS a mené, en collaboration avec l'association AIRe, un travail d'écriture d'une annexe pour ainsi « sortir » des annexes XXIV, surtout adaptées aux Instituts Médico Educatifs.

Ce long travail a abouti à la rédaction du décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques. Ce décret a comme première vertu de définir précisément le public visé même si elle rend également compte de sa très grande complexité : *« 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, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé »*⁵.

Cette définition permet donc, non seulement d'inscrire la population dans le champ du handicap (dimension reprise par la définition du handicap dans la loi 2005-102 où le terme de handicap psychique apparaît clairement) mais de ne pas les enfermer totalement dans ce champ. En effet, la notion « d'engagement dans un processus handicapant » permet d'inscrire l'enfant dans une dynamique d'évolution et non dans un contexte enfermant. Par ailleurs, de ce concept se détache également la dimension de parcours, d'étape, où l'ITEP apparaît comme une période dans le parcours de vie de l'enfant.

Le décret apporte également des précisions quant aux prestations délivrées. Il fait référence à la nécessité de mettre en place des actions conjuguées et adaptées à la gravité des difficultés inscrites durablement dans le fonctionnement psychique de ces enfants. Cette dimension est fondamentale car elle les distingue des enfants qui souffrent de troubles réactionnels (troubles contextuels qui apparaissent, en général, à la suite d'événements familiaux). Dans ce cas, un suivi ambulatoire en psychothérapie ou dans le cadre du RASED permettra à l'enfant de passer ce cap difficile et momentané. Globalement nous accompagnons donc des enfants avec des problématiques variées dont les principaux points communs sont les difficultés de socialisation notamment au niveau scolaire.

⁵ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des ITEP.

B) Les nosographies médicales pour mieux spécifier leurs troubles

Nous avons pu voir toute la complexité que porte le diagnostic de difficultés psychologiques. Cependant, le fait de poser un tel diagnostic est important car il permettra à la CDAPH de chaque MDPH d'orienter les enfants vers nos ITEP.

Les nosographies médicales tentent de décrire au mieux les pathologies pour faciliter leur diagnostic, leur connaissance. Pour autant, celles-ci sont nombreuses et complexes.

Dès 1947, les politiques sociales ont cherché à cerner les troubles dits du caractère et du comportement en demandant des études en vue d'une classification.

Ces classifications se sont suivies les unes les autres, en se réactualisant et nous nous trouvons aujourd'hui en présence de plusieurs classifications françaises ou étrangères sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour tenter de spécifier les troubles du comportement.

o La classification nord américaine (DSM IV) : elle opère un rapprochement très important avec les problèmes contextuels et environnementaux. Ici « *le mot comportement présente la particularité d'être connoté assez négativement, soit au titre d'un effet négatif (perturbateur), soit au titre d'une action négative sur le milieu (antisociale)* ». ⁶

o La classification internationale des handicaps version 2 (CIH 2) de l'OMS : elle tente de se rapprocher d'une logique situationnelle en rajoutant les facteurs environnementaux aux facteurs personnels de déficience/incapacités le tout provoquant des désavantages (= situation de handicap d'après le schéma de Wood).

o La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent révisée en 2000 (CFTMEA-R 2000) : mise au point par Roger MISES et Nicole QUEMADA en 1994, est composée de deux axes dont le premier privilégie une orientation diagnostic basée sur la clinique psychopathologique. Dans son deuxième axe, elle a ouvert des facteurs contextuels. L'approche psychoaffective dynamique proposée par Roger MISES est intéressante et rend bien compte de la réalité psychopathologique des enfants que nous accueillons. Pour lui, l'évaluation clinique des troubles du comportement « *impose une approche élargie ou les données essentielles pour la délimitation de la nature de la pathologie s'appuie sur les essais de compréhension de l'histoire et l'organisation interne d'un sujet, ressaisie dans ses rapports actuels avec son environnement* » ⁷. De façon

⁶ Claude Bouchard, Approche clinique et psychopathologique des troubles du comportement. In *Les Instituts de Rééducation Pour qui ? Pour quoi faire ?* Colloque de l'Association AIRE. 1996, Rennes. Châteaubourg : AIRE, 1996. p 20

⁷ Roger Mises, Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, classification des handicaps et troubles du comportement. Idem., p. 14.

générale et en référence avec cette classification, les enfants accueillis à l'ITEP souffrent de pathologie limite à dominante comportementale.

Pour autant aucune nosographie n'épuise la question posée par ces usagers et les difficultés que nous rencontrons pour les repérer précocement. C'est ainsi que les conditions diagnostiques deviennent optimales lorsqu'elles sont menées de façon conjointes et coordonnées avec un pédopsychiatre et l'équipe pluridisciplinaire.

C) Origine et expression symptomatique de cette pathologie

Les enfants suivis en ITEP expriment leur mal être, leur souffrance psychique. Ce mal-être s'explique par des difficultés d'ajustement réciproque avec leur environnement. En effet, ces enfants ne bénéficient pas de la sécurité psychique interne suffisante pour pouvoir se confronter à l'extérieur. Car affronter le monde extérieur c'est prendre le risque de vivre l'échec or celui-ci est synonyme, pour ces enfants insécurisés, d'un effondrement dépressif.

Ce narcissisme défaillant voit son origine dans une pathologie du lien entre l'enfant et son milieu familial. En cas de rupture précoce de ce lien ou lorsque celui-ci n'est pas opérant, l'enfant ne trouvera pas chez ses parents cette sécurité interne qu'il acquiert par ses regards ou ses attentions permanentes.

Parfois même, ce lien sera pathologique et les conséquences sur son assise narcissique seront graves.

Pour les personnes environnantes, l'enfant adoptera, bien souvent, un comportement qui paraîtra à l'inverse de ce qu'il vit. Il se montrera soit comme un être tout puissant et dans la maîtrise chimérique de son entourage ; soit inhibé et replié sur lui-même. Dans les deux cas, ce sont des stratégies adaptatives et défensives pour protéger cette personnalité fragile et insécurisée.

La difficulté du travail en ITEP est que ces enfants rejouent ce qu'ils vivent sur le plan de leur économie psychique. Ils vont ainsi nous questionner, indirectement, sur la permanence nécessaire du lien que nous allons construire avec eux. Ainsi, ils vérifieront, grâce à un environnement contenant, la continuité du lien :

Peuvent-ils devenir des êtres sociaux capables de relation et d'interaction avec leur environnement ?

Une transgression ou un échec aboutit-il forcément à la négation de soi ?

Ainsi, c'est dans un travail de lien, de continuité et de valorisation mené par les adultes de l'ITEP que l'enfant pourra initier sa construction psychique dans un sentiment de relative sécurité.

1.1.2 L'ITEP des Salins de Brégille et son inscription territoriale

A) Quelques données chiffrées

Quatre ITEP sont implantés dans le département du Doubs, avec un total de 137 places autorisées (comprenant internat, semi-internat et CAFS) et 39 places autorisées⁸ en SESSAD.

Le taux d'équipement départemental, de 0,84 place pour 1 000 enfants, est inférieur au taux national de 1 pour 1 000⁹.

Peu d'éléments nous permettent d'affirmer que l'offre de places en ITEP, sur le département du Doubs, est adaptée aux besoins exprimés. Néanmoins, la MDPH relève que peu d'orientations ITEP restent sans solution.

Les chiffres édités chaque année par la PMI du département permettent d'affirmer que 200 enfants sont orientés vers des consultations spécialisées pour des troubles du comportement à la suite des visites médicales proposées à destination des enfants âgés de 4 à 5 ans¹⁰. Néanmoins ce chiffre n'est que peu significatif car les ITEP sont destinés à accueillir les enfants en situation de grande souffrance psychique. Pour la plupart des enfants repérés, un suivi ambulatoire et momentané sera suffisant. Le CAMSP départemental précise quant, à lui, que environ 30% des enfants (chiffres qui concernent seulement les enfants âgés de plus de trois ans) qui sont orientés chez eux chaque année le seraient pour des difficultés psychologiques.

B) La couverture du département par les quatre ITEP

La couverture géographique des places en ITEP est assurée de façon très inégale.

En effet, 70% des places couvrent le bassin de population de Besançon et ses environs (dans un rayon de 45 kilomètres) alors que le bassin de Montbéliard comprend quasiment le même nombre d'habitants.

De plus, toute la partie Est du département, qui est une zone de faible densité et accidentée, n'est couverte, en proximité, par aucun des quatre ITEP.

En conséquence, la couverture du département est assurée de la manière suivante :

- L'ITEP des Salins de Brégille accueille en majorité des enfants du secteur géographique de Besançon et ses environs, mais aussi des enfants du secteur de Montbéliard, de Pontarlier et de la Haute-Saône.

⁸ Rapport, *Structures pour l'enfance inadaptée et les adultes handicapés financés par l'Assurance Maladie en 2005*, CRAM Bourgogne et Franche-Comté, édité en février 2007.

⁹ Enquête DREES, *Les jeunes accueillis en Instituts de Rééducation*. Ed Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement. N°466 Février 2006.

¹⁰ Conseil Général du Doubs, *Les bilans de santé à l'école maternelle 2005-2006*. Besançon : Conseil général, mars 2007.

- L'ITEP des Erables situé à Novillars (à 15 km à l'est de Besançon) accueille des enfants de Besançon et de ses environs, de Montbéliard, du Territoire de Belfort et de Pontarlier.
- L'ITEP des Granges Narboz à Pontarlier accueille des enfants de Pontarlier et du secteur de Morteau.
- L'ITEP de St Exupéry à Montbéliard accueille des enfants du secteur de Montbéliard et du Territoire de Belfort.
- L'ITEP de Courtefontaine, dans le nord du Jura, accueille des enfants du sud du département du Doubs.

C) Le schéma départemental

Actuellement en cours de réécriture, ses orientations devraient nous être transmises prochainement. Cependant, en raison de notre participation aux groupes de réflexion, je suis en mesure de citer quelques pistes qui confirment la validité de mon projet :

- L'importance de développer des coopérations pour proposer des solutions aux enfants le plus en difficulté.
- Couvrir le territoire Maïche-Morteau en augmentant le nombre de places SESSAD pour l'ITEP situé à Pontarlier.
- Proposer des modalités d'accompagnement innovantes en modifiant l'organisation des établissements (internat modulé, possibilité d'accueillir un enfant en urgence en cas de rupture avec son milieu familial ou scolaire).

1.1.3 Les enfants accueillis à l'ITEP des Salins de Brégille

Au cours des trois dernières années, nous voyons que environ 90% des enfants accueillis souffrent, comme déficience principale de « pathologies limites à dominantes comportementales »¹¹. Cela signifie que l'ITEP des Salins de Brégille répond à sa mission première en terme d'accueil de population, telle que définie dans le décret n°2005-11 du 6 février 2005.

Cela s'explique par la place clairement repérée de l'ITEP dans le paysage médico-social départemental et par notre procédure d'admission.

Celle-ci se déroule sous la forme d'un entretien mené successivement par le pédopsychiatre de l'ITEP et le Directeur ou son Directeur-adjoint. Au terme de celui-ci, nous procédons à une évaluation croisée du besoin de l'enfant et des souhaits exprimés par les parents. Ce n'est qu'à son terme que le Directeur prononce l'admission de l'enfant.

¹¹ D'après les indicateurs médico-sociaux transmis chaque année à l'autorité de tarification pour les années 2004, 2005 et 2006.

Le respect de notre agrément, dans la particularité de la population accueillie, est important. Cela permet de sécuriser les équipes sur leur savoir-faire tout en leur permettant de le développer. Il contribue également à la sécurité de l'accompagnement des enfants car on ne peut occulter les risques de maltraitance engendrés par l'accueil d'enfants déficients ou souffrants de troubles de la personnalité graves face à des enfants offensifs et insécurisés.

A) Quelques données chiffrées : Etude portant sur trois années scolaires (cf. annexe 1)

La durée moyenne de l'accompagnement d'un enfant en Internat, Semi-internat et Accueil Familial Spécialisée est de trois ans, deux ans pour un enfant suivi par notre SESSAD.¹²

➤ **Territorialisation** : l'ITEP des Salins de Brégille, pourtant situé sur Besançon, voit l'origine de son recrutement beaucoup plus étendu puisque plus d'un tiers des enfants accueillis étaient domiciliés, au cours des trois dernières années à plus de 45 km de l'ITEP. Nous couvrons ainsi une partie de la disparité de la couverture géographique, mise en relief par le schéma départemental. Ce constat est important en terme de coût de prise en charge (transport) mais aussi en terme de modularité des réponses (qui devient difficile à organiser).

➤ **Origine des demandes** : si les familles représentent la part la plus importante dans les saisines de la MDPH, l'école est à l'origine de plus d'un tiers des demandes. Parfois même, le maintien d'un enfant dans son école d'origine est directement conditionné à la mise en place d'un accompagnement par l'ITEP. Les écoles sont donc des partenaires avec lesquels nous travaillons fréquemment. Cette situation apparaît d'autant plus nettement que la loi n°2005-102, en plus de prioriser la scolarité en milieu ordinaire, oblige désormais l'inscription de chaque enfant au sein de école de référence. Les écoles ainsi démunies face à ces enfants difficiles mettent une certaine forme de pression aux parents pour que ceux-ci fassent les démarches en vue d'une réorientation.

➤ **Les partenaires** : dans plus d'un tiers des cas, l'ITEP intervient avec d'autres partenaires autour de l'enfant. Parmi ceux-ci, l'Aide Sociale à l'enfance représente pour la moitié des situations, un partenaire opératoire. Cela ne va pas sans conséquence puisque les parents demeurent nos interlocuteurs pour construire le projet personnalisé de l'enfant. Nous devons donc nous questionner sur notre façon d'amener ces familles, qui ont besoin de suppléance parentale, à participer à l'accompagnement de leur enfant.

➤ **Les familles** : les lois n°2002-02 et n°2005-102 insistent sur la participation des familles à la fois lors de l'élaboration du projet de leur enfant et à la vie de l'institution. Néanmoins, cela peut parfois se révéler être de véritables « incantations » face à des

¹² Indicateurs Médico-sociaux. Idem.

familles éloignées, en situation souvent précaire (pour pratiquement 50% de celles-ci) et lorsque seulement un tiers de nos enfants vivent avec leurs deux parents naturels.

L'ITEP doit donc se questionner sur sa manière de permettre à ces parents de ne pas se sentir dépossédés de leurs enfants tout en leur assurant le respect de leurs droits.

➤ **Un décroisement nécessaire** : celui-ci devra s'opérer à deux niveaux :

○ *En interne* : d'après l'étude portant sur les années scolaires 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008, les réorientations d'un service à l'autre sont nombreuses. Que ce soit en cours d'année ou en fin d'années, c'est environ 30% des enfants qui sont amenés à changer de service au sein de notre institution. Bien souvent ce mouvement, et particulièrement entre deux années scolaires, est synonyme soit d'une progression de l'enfant soit d'une dégradation de sa situation familiale ou scolaire.

○ *En externe* : l'ITEP doit composer de plus en plus avec des partenaires intervenant régulièrement dans la situation de l'enfant. Nos partenaires principaux sont l'ASE (plus de la moitié des enfants pour lesquels nous assurons un accompagnement à plusieurs) et surtout l'Education Nationale puisque seulement 30 à 35% des enfants suivis sont scolarisés au sein de notre Unité d'Enseignement. Cette ouverture sur l'extérieur rend, de ce fait, prioritaire la formalisation de nos partenariats.

B) La place des parents, une participation difficile à obtenir mais sans cesse recherchée

Même s'il est parfois difficile de les impliquer dans l'accompagnement de leur enfant, leur participation est toujours recherchée. Les parents sont bien souvent en demande de compréhension des troubles. Le travail de l'équipe pluridisciplinaire sera donc de les accompagner dans leur cheminement de parents, de les soutenir, de les conseiller mais aussi de les valoriser dans leur rôle.

Ils sont le plus souvent démunis face aux symptômes exprimés. A cela s'ajoute une grande culpabilité car la cellule familiale est bien souvent le premier sujet d'exploration pour les professionnels de la petite enfance. Les attitudes parentales peuvent se distinguer de deux manières : le rejet, en réaction aux nombreuses transgressions, ou le « collage » pour compenser leur trop grande culpabilité. Dans tout les cas et quel que soit le mode d'expression, de réels risques de maltraitance (physiques, morales, ou par omission) sont à craindre sans l'intervention d'un tiers médiateur. L'évaluation interne montre néanmoins que nous devons, à l'avenir, améliorer la qualité de leur participation durant le parcours institutionnel de leurs enfants. Cela passera, pour partie, par l'ajustement des réponses institutionnelles en fonction des besoins et demandes qu'ils expriment.

C) Une exigence d'ajustement des réponses

Les enfants que nous suivons ont besoin d'un accompagnement global et personnalisé. L'ITEP, en proposant un accompagnement personnalisé sur le plan thérapeutique, éducatif et pédagogique, tente de répondre à cette exigence. Chaque service propose cette articulation des trois pôles. Néanmoins, notre difficulté actuelle est la faible porosité entre les services. Un enfant reste ainsi à la charge de son unité de rattachement pour l'année scolaire sans qu'il puisse profiter d'une activité dispensée par une autre unité. La demande des équipes et la nécessité de personnaliser nos réponses font que nous devons modifier notre structure organisationnelle telle qu'elle existe aujourd'hui :

Un service de Soins Educatifs à Domicile accueillant 30 garçons et filles de 4 à 18 ans. L'enfant reste dans ses milieux naturels. Nous intervenons auprès des parents, et de l'enfant, par des visites à domicile et en milieu scolaire. L'enfant vient dans l'établissement pour des activités éducatives, de loisirs, de soutien scolaire, des rééducations ou psychothérapies, en soirée, les mercredis, pendant les vacances scolaires. A ce jour, 23 places sont financées, et 7 le sont sur des crédits non pérennes reconduits depuis 3 ans.

Un Semi-Internat de 18 places (dont 6 réservées à des enfants du service C.A.F.S.), pour garçons et filles de 4 à 16 ans. Il s'agit là de recevoir à la journée des enfants en graves difficultés scolaires, comportementales, ou ayant des troubles des apprentissages. Par des techniques éducatives, pédagogiques, et un soin psychologique, nous cherchons à réconcilier ces enfants avec les apprentissages, pour rejoindre une scolarité ordinaire.

Un Centre d'Accueil Familial Spécialisé, de 17 places (dont 6 réservées pour des enfants du semi-internat), pour garçons et filles de 4 à 18 ans qui ont besoin d'une prise de distance d'avec leur milieu naturel. Leur jeune âge, ou la nature de leurs troubles font préférer une vie dans un milieu familial à un séjour en collectivité.

Un Internat de 24 places accueillant des garçons de 7 à 16 ans. Deux groupes de 9 enfants vivent dans l'établissement. Un groupe de 6 enfants, plus autonomes, est installé dans une maison en ville. L'Internat accueille des enfants en situation relationnelle très perturbée. Il permet une prise de distance provisoire avec le milieu naturel. Une vie communautaire et socio-thérapeutique est proposée à l'enfant.

1.1.4 En synthèse

La population accueillie au sein des ITEP est complexe et polymorphe tant dans la forme d'expression des symptômes que dans les besoins d'accompagnement.

Cette population, à la marge de nombreux dispositifs, oblige les établissements à proposer des interventions coordonnées avec d'autres partenaires.

Par ailleurs, la dynamique de progression des enfants en difficulté psychologique, demande aux professionnels d'évaluer leurs actions pour ajuster sans cesse leurs réponses.

Ainsi, le décroisement se pose comme une nécessité que je dois, en tant que directeur, développer.

La notion de relation de service, instaurée avec les usagers et leurs familles s'avère à priori complexe et nous amènera à modifier certaines de nos pratiques pour transversaliser nos réponses et faciliter la participation des enfants et de leurs familles.

1.2 Un cadre réglementaire qui a progressivement évolué vers la reconnaissance d'une population spécifique et modifié à la fois notre vision de l'accompagnement

Le secteur médico-social a vu, au cours des six dernières années, se modifier totalement son cadre législatif et réglementaire. Dans ce contexte, les ITEP apparaissent comme les grands gagnants de ces changements. En effet, s'ils avaient, semble-il été autrefois les « oubliés » des annexes XXIV, ceux-ci se trouvent désormais en « avance » sur ses partenaires de l'éducation spécialisée avec l'aboutissement du décret spécifique à destination des ITEP.

Ainsi, ma fonction de direction au sein d'un tel établissement m'amène à observer précisément l'évolution de ce cadre afin d'en déterminer les principaux enjeux ainsi que les évolutions conceptuelles pour adopter, dans un deuxième temps, une véritable stratégie prospective préalable à toute mise en place de dynamique de changement.

« La dimension d'innovateur [...] situe le manager dans sa capacité à anticiper et à prévoir les transformations, à être à l'écoute des environnements internes et externes, à rechercher l'information stratégique. »¹³

A travers l'étude de ces lois, nous verrons comment a évolué la notion d'accompagnement, comment nous sommes passés de la notion d'assistance à celle de l'accompagnement personnalisé et négocié.

1.2.1 Les lois N°75-534 et 75-535 du 30 juin 1975¹⁴ traduisent une politique solidaire et nationale en faveur du handicap tout en favorisant son cloisonnement

La loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées avait pour ambition de former un ensemble cohérent de droits, de services, de prestations et d'institutions couvrant les principaux aspects de la vie des personnes handicapées. A partir d'une logique de discrimination positive (puisque'il fallait d'abord être reconnu

¹³ Patrick Lefèvre, *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p. 173.

¹⁴ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

handicapé), les personnes pouvaient prétendre au bénéfice de cette politique d'obligation et de solidarité nationale.

Le chantier était alors vaste et tout était à construire, la priorité était donnée à la création de service pour couvrir des besoins importants. L'effet négatif de cette loi est qu'elle a durablement cloisonné le « monde du handicap ».

Pour le secteur de l'enfance, quelques grands principes étaient alors énoncés :

A) L'intégration et l'éducation, deux dimensions antagonistes ?

L'article 1 précise « ...*l'intégration sociale, l'accès aux sports et aux loisirs, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi et la garantie minimum de ressources du mineur et de l'adulte handicapé, constituent une obligation nationale.* »¹⁵

Parallèlement la loi impose le principe de l'obligation éducative pour les personnes handicapées. Il est précisé que cette obligation peut être assurée en milieu ordinaire ou en milieu spécialisé après décision de la CDES. « *Les enfants et adolescents sont soumis à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une éducation ordinaire, soit, à défaut une éducation spéciale, déterminée en fonction des besoins particuliers de chacun d'eux par la commission instituée à l'art.6.* »¹⁶

Nous voyons poindre le premier hiatus entre ses deux articles, celui d'une intégration affirmée et déjà remise en cause par l'existence de deux systèmes d'éducation fonctionnant en parallèle.

B) Des parcours linéaires et enfermants

Pour chaque handicap il existe une solution souvent identifiée par une institution. La question du devenir, des passerelles ou de la sortie se pose alors aux professionnels et aux familles. En réalité celles-ci relèvent de la bonne volonté, voire de la pugnacité de chacun des acteurs. C'est ainsi que la sortie de l'éducation spécialisée, au profit de l'éducation ordinaire, résultait bien souvent d'un travail de collaboration volontariste et actif entre les acteurs sans que celui-ci soit porté par des dispositions légales claires autres que des intentions.

Les enfants suivis par l'éducation spécialisée se trouvaient alors stigmatisés.

On assistait ainsi à des effets de filière que les CDES, malgré leurs objectifs d'orientation et de coordination des deux systèmes, ne pouvaient éviter.

C) Une évaluation du handicap centrée sur la personne

Cette logique aura eu pour effet un véritable enfermement symbolique de l'individu vis-à-vis de sa participation à la vie de la cité. L'utilisation de la CIH, évaluation médicale

¹⁵ Art.1 loi du 30 juin 1975 n°75-535.

centrée sur la personne, comme référence aura eu pour effet d'éluider la question de son environnement.

La personne handicapée devra se sortir de son handicap et acquérir les compétences identiques aux autres élèves pour pouvoir intégrer le système d'éducation ordinaire.

1.2.2 Les annexes XXIV du décret N°89-798 du 27 octobre 1989 et sa circulaire N°89-17 du 30 octobre 1989 : des textes fondateurs pour l'affirmation de droits aux usagers mais qui entretient pour les I.R une certaine ambiguïté

Le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989, rénovant les annexes XXIV du décret du 9 mars 1956 modifié et sa circulaire d'application n°89-17 du 30 octobre 1989, relatifs à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés par les services d'éducation spéciale vont au-delà des deux textes précurseurs de 1975. Ces deux textes apportent des précisions sur les droits des usagers avec des moyens pour pouvoir les mettre en application (projet individualisé, prise en charge par une équipe pluridisciplinaire, prémices de l'évaluation).

A) Une nouvelle notion, la reconnaissance de droits pour les usagers

Les Annexes XXIV du décret n°89-798 du 27 octobre 1989, dans son article 2, réaffirment l'intégration comme obligation nationale prévue par les lois de 75 en précisant que « *...la prise en charge tend à assurer l'intégration dans les différents domaines de la vie...* ».

Elles préconisent la mise en place pour chacun d'un projet individualisé dans le cadre d'une prise en charge globale, assurée par une équipe pluridisciplinaire qualifiée et spécialisée.

Les familles seront positionnées comme des acteurs incontournables de la prise en charge de leur enfant. Les familles devront être « *...accompagnées...* »¹⁷ et « *[...] associées, autant que possible à l'élaboration du projet individuel, pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation...* »¹⁸.

En d'autres termes, **l'usager sera replacé au cœur du dispositif.**

B) Une définition de la population accueillie qui entretient une confusion

Nous avons vu précédemment que le législateur avait donné une définition imprécise de la nature du handicap qui amenait les enfants à être orientés vers un I.R.

¹⁶ Chapitre.1^{er}, Art.4 loi du 30 juin 1975 n°75-534.

¹⁷ Art.2 Annexes XXIV du décret n°89-798 du 27 octobre 1989.

¹⁸ Art.3. Idem.

Ainsi, les enfants accueillis en I.R occupaient de ce fait, aux yeux des législateurs, une **place particulière qui se situait entre les difficultés sociales et le handicap**. Ce manque de définition a permis aux établissements concernés de construire leurs propres références et outils de pilotage. En contrepartie, les I.R ont souffert d'un manque de lisibilité auprès de l'autorité de tarification, des partenaires mais aussi des familles.

1.2.3 La loi N°2002-02 du 02 janvier 2002 : Une (r)évolution utile et nécessaire

La loi du 2 janvier 2002 s'inscrit dans la logique du décret de 1989. Elle dote les établissements médico-sociaux d'outils pour concrétiser la mise en œuvre des droits des usagers et renforce les autorités de tarification dans leurs missions de contrôle et de suivi des institutions.

A) Un mythe fondateur, les droits des usagers

La loi 2002-02 développe ce principe énoncé dans le décret n°89-798 du 27 octobre 1989. Celle-ci va par ailleurs beaucoup plus loin puisqu'elle décrit précisément sept droits fondamentaux pouvant être garantis par la mise en application de sept outils.

Si chacun connaît aujourd'hui précisément les droits et outils énoncés, ce qui nous intéresse dans cet exposé ce sont les conséquences qui s'en dégagent.

En effet, la personnalisation de l'accompagnement se concrétisera notamment par le droit pour l'utilisateur d'avoir un projet individualisé qui tient compte de son âge et de ses besoins. Ce projet devra être établi en respectant le consentement éclairé de la personne. Celle-ci devra participer de façon directe et/ou par l'intermédiaire de son représentant légal à la conception et à la mise en place de son projet d'accueil et d'accompagnement.

Les usagers et leurs besoins exprimés doivent primer sur les institutions.

B) Un texte qui incite à la coordination et la coopération

Si les dispositifs de pilotage des structures médico-sociales sont clairement énoncés, il apparaît également la nécessité, pour les institutions médico-sociales, de diversifier leurs modes d'accompagnement.

Ainsi, la personne n'a plus à s'adapter à un dispositif, c'est celui-ci qui doit trouver les modalités d'accompagnement singulier.

Par ailleurs, la coordination et la coopération sont introduites par de nouvelles procédures entre les établissements et services. L'objectif est de favoriser la complémentarité et de garantir la continuité des projets individualisés d'accompagnement dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés. Des conventions ou des groupements de coopération peuvent être établies entre les établissements ou services médico-sociaux ou avec des établissements de santé.

Le décloisonnement des établissements avec les partenaires extérieurs devient possible, un travail de réseau est proposé pour dispenser une continuité dans l'accompagnement des usagers.

1.2.4 La loi N°2005-102 du 11 février 2005, l'apparition d'une philosophie nouvelle : le droit commun et l'égalité de traitement

Déjà dans son appellation, la loi n°2005-11 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, montre une évolution théorique nouvelle, celle du droit commun. Ainsi, l'objectif prioritaire dans l'accompagnement des enfants souffrant de troubles du comportement sera leur participation à la vie de la cité : *« toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de la citoyenneté. »*¹⁹

C'est dans cette démarche que s'inscrivent les dispositions relevant de la scolarité des personnes handicapées et du droit à compensation.

A) Une définition du handicap précise avec des principes éthiques fondamentaux

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 livre une définition du handicap dès son second article : *« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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 substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

La notion « situation de handicap » est ainsi définie comme une résultante et non plus comme une causalité.

De ce fait, l'objectif d'intervention auprès des personnes en situation de handicap sera de diminuer ou de dépasser cette restriction à la participation sociale.²⁰

On peut donc dire que *« [...] les services rendus à la personne possèdent une visée promotionnelle : ils visent à favoriser leur participation sociale. »*²¹

B) L'école « de tous » « pour tous »

C'est plus précisément dans le décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap et dans la circulaire n°2006-126

¹⁹ Art.2 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005.

²⁰ Jean-René Loubat, *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2007, 2^{ème} édition. p.26.

²¹ Ibid.

du 17 août 2006 relative à la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation que se trouvent les nouvelles modalités d'accueil des enfants handicapés au sein de l'école ordinaire.

Désormais, *« l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité »*²².

Ainsi, l'obligation éducative définie dans la loi du 30 juin 1975 est revue dans la loi 2005-102 au profit du principe de l'obligation scolaire en milieu ordinaire pour tous.

Elle encourage le passage du milieu spécialisé au milieu ordinaire en favorisant un travail de complémentarité entre professionnels, concrétisé dans le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). L'enseignant référent sera le garant du PPS mais plus largement du parcours de l'enfant. Les parents devront être à l'origine du projet et consultés à chaque fois que le PPS sera revu, notamment à l'occasion de la réunion de l'Equipe de Suivi de la Scolarisation (ESS). L'ESS sera alors convoquée et coordonnée par l'enseignant référent. Enfin on ne parle plus « d'insertion » mais « d'inclusion ». Ce changement de terme donne un effet dynamisant au parcours de la personne en situation de handicap, il permet de sortir également des dimensions normatives et oblige, « in fine », la société à s'adapter à l'individu et non l'inverse.

C) Le droit à compensation pour avoir les moyens de vivre avec un handicap

*« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Cette compensation consiste à répondre à ses besoins [...] »*²³.

La prestation de compensation prend en compte l'ensemble des besoins des personnes en situation de handicap. Ils sont définis à partir du projet de vie énoncé par la personne handicapée et ses représentants légaux puis ils sont évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et inscrits dans un plan personnalisé de compensation.

Le projet personnalisé d'accompagnement, défini dans nos institutions, devra venir dans la continuité de celui-ci.

1.2.5 Le décret N°2005-11 du 6 janvier 2005 : le passage des IR aux ITEP :

Le décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Institut Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques a pour vocation de clarifier le cadre général des IR devenu désormais ITEP.

²² Art.2, 3° de la loi n°2005-102.

²³ Art.11 de la loi n°2005-102.

En plus d'apporter une définition des enfants accueillis, celui-ci précise des éléments importants qui touchent aux fondements mêmes de l'accompagnement proposé en ITEP. C'est ainsi qu'il affirme que le soin global de l'enfant voit son essence dans l'articulation de l'accompagnement thérapeutique, éducatif et pédagogique.

Si la circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989 avait oublié la dimension éducative ; « *l'institut de rééducation se doit d'être un cadre tout autant thérapeutique que pédagogique afin d'éviter que l'enfant ou l'adolescent ne s'enferme dans la filière inéluctable du handicap* », le décret ITEP soulève définitivement toute ambiguïté.

Ajoutons que les ITEP disposent non plus d'une équipe pluridisciplinaire mais « *interdisciplinaire qui conjugue des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques sous la forme d'une intervention interdisciplinaire réalisée en partenariat avec les équipes de psychiatrie de secteur, les services et établissements de l'Education Nationale et, le cas échéant, les services de l'Aide Sociale à l'Enfance et ceux de la Protection Judiciaire et de la Jeunesse* ».

Ainsi, l'évolution des politiques publiques vient servir l'idéologie qui prône l'individualisation des prises en charge et la transversalité des actions. En d'autres termes, les ITEP doivent proposer des projets personnalisés singuliers pouvant faire appel à des partenariats interinstitutionnels.

1.2.6 La Circulaire N°2007-194 du 14 mai 2007, une clarification des missions et des moyens dévolus aux ITEP :

La circulaire vient compléter le décret n°2005-11 pour ce qui concerne le caractère opérationnel des établissements concernés.

« *L'indication d'orientation en ITEP [...] ce sont les difficultés psychologiques [...] qui constituent le premier élément d'indication vers l'ITEP [...] les manifestations perturbent la scolarisation et la socialisation [...] il s'agit de symptômes liés à des difficultés psychologiques importantes qui perdurent* ».

« *Les enfants, adolescents ou jeunes concernés [...] sont en situation ou risque de désinsertion familiale, scolaire ou sociale.* ».

« *L'ITEP conjugue des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques sous la forme d'une intervention interdisciplinaire.* » « *L'ITEP développe des coopérations [...] avec les secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [...] si besoin elles sont à instaurer avec l'ASE, la PJJ ou tout autre partenaire.* »

Les ITEP ont pour mission d'accompagner une population exprimant des souffrances psychiques importantes. Ils doivent proposer un contexte global de soin. C'est à partir de l'articulation thérapeutique, éducative et pédagogique que les enfants bénéficieront d'un cadre soignant et opérant. Enfin, la complexité de la population accueillie nécessite que

les ITEP travaillent en réseau avec notamment la pédopsychiatrie, l'Aide Sociale à l'Enfance et la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

1.2.7 En synthèse

L'étude des textes de loi spécifique au secteur montre une évolution progressive de la place de l'utilisateur au sein de nos institutions. De personnes handicapées, ceux-ci sont devenus acteurs avec des droits reconnus. Les familles sont également largement concernées.

La promotion des droits des usagers, leur participation à l'élaboration de leur projet et à la vie institutionnelle (CVS), la contractualisation, l'évaluation de la qualité, la place prépondérante des familles et le développement de coopérations amènent indéniablement les directeurs d'établissements à mettre en œuvre une véritable réflexion autour de l'instauration de relation de service avec les personnes accueillies.

Par ailleurs, les lois spécifiques qui encadrent les ITEP doivent nous amener à repenser notre travail d'une façon beaucoup plus souple et moins cloisonnée.

Il faudra développer ainsi des modalités d'accompagnement alternatives, globales et évolutives dans le respect du projet de l'enfant.

L'articulation des trois pôles TEP deviendra le tronc commun à partir duquel chaque enfant se verra construire des réponses ajustées et élaborées avec ses parents.

Ainsi, de 1975 à 1990, les politiques sociales ont structuré le secteur médico-social sur une logique de moyens où l'accompagnement des enfants en IR se construisait sur une logique de placement.

A partir de 1995, à cette culture d'établissement qui se traduisait par l'affectation d'un individu à une structure va se substituer une culture de service personnalisé où l'intérêt de la personne accueillie devra primer sur l'intérêt de l'établissement.

1.3 L'ITEP des Salins de Brégille et son environnement

1.3.1 L'ITEP et son association gestionnaire : l'association les Salins de Brégille (cf. annexe 2)

L'Association des Salins de Brégille est née sous l'impulsion d'une personne pour répondre à un besoin de santé publique émergent. Au fil de son histoire, l'association s'est à la fois développée et structurée. Elle compte aujourd'hui 800 salariés (répartis de façon équivalente sur ses pôles géographiques) avec des activités sanitaires et médico-sociales.

Si l'histoire est en elle-même assez proche de nombre d'associations de notre secteur, son héritage est encore prégnant actuellement. Son implantation singulière, sur les deux départements du Doubs et du Var, l'illustre parfaitement.

Actuellement, l'association jouit d'une image locale très positive, fondée sur son histoire, la qualité des prestations délivrées et les personnes qui composent son Conseil d'Administration.

Lorsqu'on analyse l'évolution historique de l'ITEP, nous constatons que l'ITEP s'est construit, à l'image de son association gestionnaire, selon trois temps (cf. annexe2) :

A) Un temps de création, de 1973 à 1979

Au cours de ces six années, l'établissement a vu ses agréments évoluer régulièrement. Ceux-ci étaient alors modifiés au gré des propositions émises par l'équipe de direction. L'équipe dirigeante était alors animée par la volonté de trouver des réponses singulières dans un domaine où les références étaient quasi inexistantes. C'est ainsi qu'ils ont pu s'inspirer d'expériences innovantes tout en les adaptant au contexte démographique et sociologique.

B) Un temps de structuration, de 1980 à 2003

L'établissement possédait depuis 1979 les quatre services qui le constituent encore aujourd'hui. Les divers arrêtés relatifs à nos agréments allaient constamment dans le sens d'une évolution progressive de notre capacité d'accueil. Au cours de ces vingt années, l'établissement a alors connu sa première mise en conformité avec les annexes XXIV du décret de 1989, celle-ci avait d'ailleurs abouti à la réalisation d'un projet éducatif, thérapeutique et pédagogique validé en 1993. L'établissement s'est alors fortement ancré dans le paysage départemental et régional ce qui entretenait son image d'institution novatrice.

C) Un temps de rationalisation, de 2003 à ce jour

Le premier fait marquant qui caractérise cette période fut, selon moi, le redéploiement (demandé par notre autorité de tarification) de places de Semi-Internat vers notre SESSAD. Cette extension répondait alors aux orientations du schéma départemental 2003-2007, validée par l'étude de besoin que nous avons menée. Ainsi, l'option du développement n'était plus de mise, le redéploiement, malgré un besoin toujours constant de places en semi-internat comme sur les autres services, devenait le préalable à cette extension. L'établissement est également entré dans l'ère de la qualité (autre élément qui contribue à la rationalisation) en procédant à son évaluation interne en novembre 2006. Depuis, la cellule Qualité de l'établissement, appelée QUALITEP, propose à la direction l'élaboration et le suivi du plan d'amélioration de la qualité.

Actuellement, la mise en place de fonctions transversalisées, au niveau de l'association telle que la fonction technique et logistique, œuvre également dans le sens du découplage et de la rationalisation des coûts.

Le siège assurait déjà la fonction comptabilité et gestion pour les établissements, la fonction ressource humaine devrait être prochainement créée.

La mise en place d'un Pôle de Gestion Médico-sociale illustre également ce temps.

Effectif depuis avril 2008, il concerne pour le moment la fonction management de l'ITEP et du CREESDEV (Centre Régional d'Education et d'Enseignement Scolaire pour Déficients Visuels).

La deuxième étape dans la construction de ce Pôle devrait concerner les fonctions logistiques et supports sans toucher le cœur des activités.

1.3.2 Le personnel de l'ITEP des Salins de Brégille

A) La culture de l'interdisciplinarité

Nous avons vu dans le décret n°2005-11 et sa circulaire d'application n°2007-194 que la particularité des ITEP portait sur cette nécessaire articulation des trois pôles éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques. C'est l'articulation de ce triptyque qui donne à l'ITEP sa dimension soignante.

L'ITEP des Salins de Brégille était déjà historiquement constitué de ces trois pôles ce qui aura rendu beaucoup plus aisée sa mise en conformité.

L'institution a développé son activité et son organisation autour de cette articulation, construisant ainsi son identité sur la culture de l'interdisciplinarité.

Il se compose à ce jour de :

- Une équipe de Direction composée de trois ETP et de 2,66 ETP chargés de l'administratif.
- Une équipe Thérapeutique composée de Médecins, de paramédicaux et de psychologues pour, au total, 4,8 ETP.
- Une équipe éducative de 38,55 ETP répartis de la manière suivante :
 - L'équipe éducative d'internat composée de 14,5 ETP, de 3 Maîtresses de Maison et d'un Surveillant de Nuit.
 - L'équipe éducative du Semi-Internat composée de 4,5 ETP.
 - L'équipe éducative des Services Extérieurs, assurant le suivi des enfants SESSAD et CAFS, composée de 4,55 ETP et de 11 Assistantes Familiales.
- Des professionnels pédagogiques à hauteur de 5 ETP dont un Professeur 'Education Physique et Sportive et quatre enseignants spécialisés mis à disposition par l'Education Nationale.
- Personnels d'entretien composé de 4,33 ETP.

Pour assurer cette articulation, la place donnée au partage des informations et à l'organisation est prioritaire. C'est ainsi que sont instituées nombre de réunions réparties selon trois catégories :

- *Relatives à la communication et à l'organisation* : ce sont des réunions cycliques (hebdomadaires, mensuelles ou trimestrielles) et à destination d'une catégorie de professionnel ou de service. Seule la réunion institutionnelle s'adresse à tous.
- *Relatives aux situations d'enfants* : réunions de points qui sont organisées à la demande ou de synthèse qui sont planifiées à l'année.
- *Relatives à la réflexion* : sur l'analyse des pratiques pour les équipes ou sur l'élaboration de nouvelles conceptions de travail.

B) L'articulation avec l'Education Nationale

L'ITEP possède, en son sein, une unité d'enseignement. Quatre enseignants spécialisés sont mis à disposition par l'Education Nationale pour dispenser l'enseignement et la préformation professionnelle aux enfants qui ne peuvent être scolarisés au sein du système classique.

Cette mise à disposition est matérialisée par une convention en date du 05/09/1978 signée entre le préfet de département du Doubs, l'inspecteur d'académie et l'Association « les Salins de Brégille ».

La particularité de notre établissement est que chaque classe est encadrée par un binôme indissociable enseignant-éducateur spécialisé. Cela permet de garantir quotidiennement la conjugaison de l'accompagnement éducatif et pédagogique et de proposer aux enfants des espaces éducatifs lorsque les apprentissages scolaires leurs deviennent insupportables.

Cette collaboration est à la fois positive et fructueuse et les enseignants, les éducateurs et les enfants en tirent pleinement satisfaction. La difficulté principale se situe au niveau de l'absence de temps de décharge pour permettre à la directrice d'école d'assurer ses fonctions de soutien et de guide pédagogique vis-à-vis de ses collègues.

La directrice d'école se trouve ainsi dans l'impossibilité de remplir pleinement ses fonctions.

C) Une équipe de direction proche des équipes

Ce n'est seulement qu'en septembre 2004 qu'un poste de Chef de Service Educatif, plus spécialement rattaché à l'équipe du Semi-internat, fut créé à l'ITEP.

Auparavant et historiquement, l'équipe de Direction était composée d'un binôme Directeur (trice)-Directeur adjoint.

Celui-ci participait alors à l'ensemble des réunions et portait une attention particulière à la bonne santé des équipes.

Ce binôme de Direction, légitimé par une expertise approfondie des troubles des enfants, a laissé une image solide et bénéfique de proximité et de soutien des équipes.

Cette proximité, au-delà d'une idéologie qui habitait les personnes en fonction, trouvait son fondement dans les raisons suivantes :

a) *Une population accueillie difficile ayant des symptômes capables de « contaminer » les adultes*

Nous avons pu voir au début de cette première partie la spécificité des symptômes exprimés par les enfants accueillis. Leur capacité offensive, l'attaque du cadre fréquente et violente éprouvent ardemment les professionnels encadrants. Ces enfants ont de plus une capacité inconsciente à nous faire vivre ce qui leur fait souffrance, ils nous renvoient leurs angoisses et leurs impuissances. Eviter le « burnout » est donc une préoccupation constante pour les cadres dirigeants.

Parmi les nombreuses mesures pare-feu instaurées, nous prôtons la proximité des cadres de direction auprès des équipes. Ainsi, nous sommes, en plus de notre présence importante sur site et aux réunions, prêts à répondre aux fréquentes sollicitations. Celles-ci sont de l'ordre d'un besoin d'écoute, de recherche de réponse aux situations complexes, mais aussi de repositionner le cadre institutionnel en réponse aux transgressions des enfants.

b) *La transversalité, un préalable à la qualité de l'accompagnement*

Le binôme de direction assure à la fois des fonctions de direction et des fonctions de chef de service. Le directeur assure la gestion directe des équipes médico-psychologiques et paramédicales, les assistantes familiales, les personnels administratifs et la supervision de l'économiste lui-même chargé de l'équipe d'entretien. Le directeur-adjoint assure quant à lui la gestion des équipes éducatives.

Par ailleurs chacun assure, une référence de direction pour une trentaine d'enfants de services différents. Le directeur référent devient alors, par sa constance, un des fils conducteur du parcours institutionnel de l'enfant (au même titre que le psychiatre, les psychologues et les intervenants paramédicaux), contrastant avec son éducateur référent qui est amené à changer lors du passage de l'enfant sur un autre service de l'ITEP.

L'arrivée du chef de service éducatif, plus particulièrement rattaché au semi-internat, a modifié la répartition dans le management des équipes. Il assure le suivi de l'équipe éducative et le projet personnalisé d'accompagnement des enfants relevant du semi-internat. Il est, enfin, responsable de l'accompagnement complexe des enfants accueillis à la journée.

De cette façon, le cloisonnement des services se trouve transcendé par la vision globale de l'enfant et de l'institution portée par l'équipe de direction.

Le besoin de proximité sera prioritaire. La réorganisation de l'équipe de direction, suite à la création du Pôle médico-social, prendra en compte cet impératif tout en contribuant au décloisonnement des services.

D) Les personnels de l'ITEP, la recherche d'un équilibre précaire

Pour l'équipe de direction, la construction des équipes de professionnel à l'ITEP des Salins de Brégille, est une préoccupation constante. Il nous faut revisiter chaque année les équipes éducatives dans l'objectif d'aboutir à un juste équilibre entre la pérennité et le renouveau, l'inexpérience et l'expérience, le changement redynamisant et la mixité des équipes. La particularité de cette recherche trouve son fondement dans la culture de l'institution, la complexité de la population accueillie et la structuration des équipes de professionnels.

a) *Des professionnels expérimentés mais qui se renouvellent*

La relative bonne santé de l'institution tout au long de son histoire et sa localisation urbaine ont eu comme conséquences de limiter le turn-over particulièrement celui des équipes éducatives. Ainsi, environ **50% des salariés ont plus de 10 ans d'ancienneté et 70% ont plus de 40 ans**. Nous sommes donc face à des personnes expérimentées, qui ont acquis une véritable professionnalisation. Notre préoccupation porte sur la transmission des savoir-faire puisque d'ici 10 ans, **nous aurons à renouveler 37% des effectifs**. Nos pistes de travail devront donc porter sur les modalités de recrutement et la transmission des savoirs des plus anciens aux plus jeunes tout en facilitant le parcours des personnes en fin de carrière.

b) *Une identité professionnelle centrée sur une identité de service*

L'identité professionnelle des équipes éducatives s'est d'abord construite en rapport avec l'appartenance à leur service de rattachement. Si l'équipe de direction et l'équipe thérapeutique interviennent de façon transversale, nous nous retrouvons fréquemment confrontés, lors des mouvements de personnels éducatifs, à des résistances.

Le mouvement permettait, dans la majorité des cas, d'éviter l'épuisement des professionnels qui se trouvent en permanence au contact des enfants. C'est ainsi que le SESSAD, qui donne une relative souplesse de fonctionnement et une grande diversité des interventions, propose une solution efficace de mouvement pour les professionnels qui ressentent le besoin de se redynamiser.

Je proposerai des solutions pour retravailler la question de l'identité afin que la culture institutionnelle prime sur les particularismes professionnels.

Par ailleurs, la question de la formation et de la transmission devra être également abordée.

c) *Une professionnalisation favorisée par l'établissement*

Face à notre population difficile, il convient de favoriser la formation en cours d'emploi et l'embauche de professionnels motivés.

Pour ce faire, l'ITEP des Salins de Brégille développe une forte politique de formation de ses salariés. Sur les personnes présentes actuellement, **30% des professionnels éducatifs** ont bénéficié de la formation continue pour obtenir leur diplôme professionnel et **deux des cadres de direction** ont bénéficié d'une formation qualifiante au cours de leur exercice professionnel.

A noter également que l'accueil des stagiaires est à la fois une de nos priorités (avec plus de 20 stagiaires accueillis par an toutes formations confondues) et notre principale source de recrutement. En effet, **30% des professionnels éducatifs ont fait leur stage à l'ITEP** avant leur embauche.

Je prévois de réaliser un plan de formation précis et de positionner l'ITEP comme site qualifiant auprès des organismes de formation œuvrant dans notre champ.

1.3.3 L'ITEP et ses partenaires

Nous savons que les ITEP sont au carrefour de l'accueil d'enfants ou adolescents pouvant relever de différents champs d'intervention (psychiatrie, protection de l'enfance en danger, établissements pour déficients, scolarité adaptée et spécialisée,...).

Le projet d'établissement affirme l'engagement de l'institut dans l'accueil et l'accompagnement d'enfants et d'adolescents qui peuvent relever de ces différents champs, en mettant en œuvre les coopérations et conventions nécessaires à une intervention conjointe.

A) L'Aide Sociale à l'Enfance

Ce sont des partenaires privilégiés des ITEP lorsque les enfants accueillis bénéficient parallèlement de mesures d'assistance éducative (travailleuse familiale, aide éducative administrative, aide éducative en milieu ouvert, placement en famille d'accueil). Les services de l'ASE ont pour fonction de suppléer les parents dans leur rôle éducatif. Hormis dans les cas de délégation d'autorité parentale au service gardien, les parents demeurent des acteurs incontournables dans l'accompagnement des enfants.

B) La pédopsychiatrie

Les services de pédopsychiatrie (hospitalier, CATIJ, CGI, CMPP) se situent en amont, conjointement ou en aval des ITEP. Si leur rôle dans l'intervention précoce apparaît clairement, ils proposent également des accompagnements spécifiques pour les enfants en très grande souffrance où la dimension thérapeutique est la plus prégnante. Les services de pédopsychiatrie apporteront, dans ce cas, un soutien individualisé en complément des actions articulées des ITEP. Une convention de partenariat entre l'ITEP et la pédopsychiatrie est en cours de rédaction.

C) L'éducation Nationale

L'établissement a son histoire ancrée dans une collaboration active avec le milieu scolaire. Celle-ci se traduit sous la forme d'intégration individuelle, partielle ou complète mais également sous forme d'intégration collective (écoles primaires, collèges).

Néanmoins, et malgré les textes incitant de plus en plus à l'intégration scolaire, une réelle résistance de l'Education Nationale s'opère lorsqu'il s'agit d'enfants à troubles du comportement. Nous tentons donc de prévenir et d'éviter cette sortie du milieu scolaire ordinaire, mais également d'accompagner un retour en scolarité de droit commun après un passage en établissement spécialisé.

D) Les Institutions Médico-sociales

Il s'agit ici essentiellement de coopérations avec d'autres ITEP. En effet, nous avons pu constater avec nos collègues des autres ITEP du département que certains enfants « limites » représentaient ce que l'on peut appeler les « patates chaudes », que chaque institution se passe après avoir essayé, sans succès, de partager un bout d'histoire et de chemin avec eux. Se partager l'accompagnement de l'enfant, sans rupture consommée mais en intervenant à plusieurs est une réponse adaptée chez certains enfants qui ne peuvent se poser au sein d'un seul établissement sans réveiller de fortes angoisses ou des réactions de violences insupportables tant vis-à-vis d'eux-mêmes que des autres. L'enfant peut ainsi utiliser ces multiples espaces pour montrer des images différenciées et ne pas s'enfermer dans un seul mode de relation.

Il existe également un travail de collaboration à l'échelon régional centré sur la mise en œuvre de stratégie pour les équipes de direction et d'amélioration de l'accompagnement des enfants. Ce travail initié entre les directeurs d'établissements depuis 1998 existe également pour des groupes de travail interinstitutionnels à destination des équipes éducatives, thérapeutiques et pédagogiques.

1.4 Conclusion partielle

L'ITEP des Salins de Brégille est un établissement que l'on peut considérer comme étant en conformité avec les différentes lois. Il a, à ce titre, reçu en juillet 2008 l'agrément de la DDASS pour sa mise en conformité avec le décret n°2005-11. Par ailleurs, l'évolution de ses agréments et son inscription dans le territoire répondent aux besoins repérés et inscrits dans le schéma départemental et le PRIAC. Je pense néanmoins que l'organisation institutionnelle est encore trop centrée sur une logique de développement des quatre services, ce qui limite l'élaboration personnalisée des modalités d'accompagnement.

Il s'agit d'entrer progressivement dans l'ère de la relation de service.

2 Transcender les limites de l'institution pour changer nos relations avec les personnes accueillies et nos partenaires

Le diagnostic énoncé auparavant permet d'orienter l'analyse de mon institution et de présenter les points positifs qui seront à la base du projet de changement et les points faibles qui seront des axes de vigilance destinés à être améliorés.

L'analyse se présente donc comme un préalable qui orientera la définition de ma stratégie de changement. *« L'environnement est un espace de contraintes et d'opportunités qui ne définit pas toujours la stratégie, mais qui en accompagne l'élaboration. [...] L'analyse de l'environnement concurrentiel autant que la planification stratégique ne constituent pas des réponses satisfaisantes, dans la mesure où elles peuvent éliminer ou réduire la part d'imagination et de créativité de l'entreprise que lui permet son expérience. Il y a donc toujours un travail de déconstruction et de reconstruction à réaliser qui permet d'envisager des perspectives et de ne pas se limiter à une seule analyse rationnelle. »²⁴.*

Dans cette optique, l'analyse portera tout d'abord sur les concepts de « dispositif » et de « décloisonnement » et sur leurs traductions en termes d'organisation au sein d'une institution médico-sociale.

Puis, je me propose d'étudier la notion de relation de service, de sa conception à sa mise en œuvre.

Je terminerai enfin cette deuxième partie en abordant la question de l'interdisciplinarité et du partenariat.

2.1 Evoluer vers un dispositif ITEP en décloisonnant les services ou comment redonner de la mobilité institutionnelle

2.1.1 Quelques définitions

A) Un dispositif

Le dispositif est ²⁵ : *« Ensemble de pièces constituant un appareil, une machine ; Ensemble de mesures constituant une organisation, un plan. »*.

La notion de dispositif prend ici tout son sens dans un ensemble. Ainsi la juxtaposition de plusieurs éléments ne constitue pas en elle-même un dispositif, il faut donc appréhender, pour aboutir à sa réalisation, deux dimensions que sont la cohérence et l'organisation.

²⁴Patrick Lefèvre, *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p. 95.

²⁵ Définition du dictionnaire Petit Larousse.

Par la mise en place d'un dispositif, j'entends proposer une organisation et un fonctionnement institutionnel cohérent qui s'inscrit dans un ensemble représenté par l'ITEP.

Pour Daniel GACOIN : « [...] *La notion de dispositif d'action sociale s'inscrit comme une conséquence de la décentralisation [...] En donnant compétence et légitimité aux collectivités locales, la décentralisation a contribué à faire entrer l'action sociale dans une dimension politique et territoriale.* ». ²⁶ Le terme de dispositif met ainsi en exergue la nécessité d'entretenir des relations dynamiques entre l'établissement, le territoire et les usagers. Les personnes accueillies et les instances politiques sont ainsi mises en avant. La conception de dispositif médico-social implique, en substance, de construire une organisation institutionnelle facilitant la participation des usagers tout en prenant en compte leurs droits et besoins, de s'impliquer activement au sein de son territoire et de se soumettre à l'arbitrage du politique.

B) Le décloisonnement

D'après le Petit Larousse, le décloisonnement ou l'action de décloisonner consiste à : « *Enlever les obstacles qui isolent certaines activités les unes des autres.* ». Il faut ainsi identifier ce qui fait obstacle ou freine l'ouverture et la mobilité institutionnelle.

Leur recensement se trouvant dans la première partie, je m'attacherai donc ici à étudier la raison de leur persistance et les recours possibles pour les résoudre.

2.1.2 Une population difficile qui rigidifie le cadre institutionnel

Les établissements confrontés à des populations difficiles ont tendance à proposer des cadres stricts avec des règlements précis.

Le but avoué étant de protéger les professionnels et de donner des repères aux enfants en réponse à leurs nombreuses transgressions. Néanmoins de tels principes comportent de vrais risques.

Paul FUSTIER distingue « *l'agressivité qui vise à nuire de façon très spécifique à l'objet, éventuellement à le détruire, surtout à le faire souffrir* » de la « *violence fondamentale où le statut et le sort de l'objet extérieur ne revêtent qu'une importance secondaire* » ²⁷.

Dans nos institutions, nous sommes surtout confrontés à la « violence fondamentale ». Ce sont des actions sans destinataire et les équipes ont généralement conscience de cela. Cette violence fondamentale serait « *un instinct de survie, peu différent de la pulsion d'autoconservation. [...] L'individu ne cherche qu'à se préserver, à se maintenir vivant, et*

²⁶ Daniel Gacoïn, *Conduire des projets en action sociale*. Paris : Dunod, 2006. p. 52

²⁷ Paul Fustier, *Le travail d'équipe en institution*. Paris : Dunod, 2004. p. 102

non pas à nuire à un objet extérieur clairement différencié »²⁸, les personnes accueillies réagissent ainsi pour se protéger de la peur d'être détruites.

Face à cela, les équipes vont réagir et s'en protéger en développant en miroir des conduites d'autoconservation avec la mise en place de « *techniques de survie* »²⁹ pour résister à la violence sans réagir violemment.

L'inconvénient est que ces techniques de survie prennent le pas sur les tâches primaires de l'institution. Dès lors la « *satisfaction du travail bien fait, le plaisir que donne la réalisation d'une tâche, ne sont plus possibles. [...] Il s'y substitue un effet plus archaïque, le soulagement d'être encore en vie.* »³⁰.

Si cette situation ne condamne pas l'institution à l'impuissance, elle lui confère néanmoins un immobilisme et une perte de son objet premier qu'est le soin de l'usager. Le fonctionnement institutionnel donne alors une part importante aux règlements et à la solidarité d'équipe.

Toujours selon l'auteur cité, il existe deux types de règlement³¹. En fonction de la prééminence du climat de violence, nous assisterons à une oscillation entre ces deux règlements sachant que plus la violence sera prégnante et plus on assistera à une crispation règlementaire de type deux :

➤ **Règlements de Type 1** : ceux qui expriment, concrétisent et donnent figure à une règle fondatrice à partir de laquelle une institution s'est mise en place.

➤ **Règlements de Type 2** : ceux qui sont construits pour servir de défense contre la violence. Ils sont de types défensifs et préventifs à l'émergence de situations pouvant amener à une expression de la violence. Un recours excessif à ceux-ci peut nourrir un idéal d'une institution incassable.

Le risque d'une telle vision inconsciente et collective est de favoriser les passages à l'acte violent chez les personnes accueillies, car le soin c'est de « *réserver à la personne la possibilité d'une sortie digne de la crise. L'écrasement violent n'amènera qu'un retour de crise plus violent encore.* »³².

Survivre à ce climat de violence, ce n'est pas exercer des représailles mais plutôt accepter d'être atteint par cette violence. Car se venger, c'est remettre la personne violente dans ses actes et donc dans sa toute-puissance.

Quant à la notion de solidarité d'équipe, elle permet de protéger chacun de ses membres contre la violence, pour faire corps et être incassable. Cependant ces mécanismes

²⁸ Ibid.

²⁹ Idem., p. 103.

³⁰ Idem., p. 104.

³¹ Idem. pp. 106-114.

³² Jacques Danancier, *Evaluer et prévenir la violence*. Paris : Dunod, 2005. p. 124

d'autoconservation empêchent les professionnels de comprendre les raisons de ce passage à l'acte.

J'envisage, pour réaliser le projet de décloisonnement, d'apporter de la souplesse au cadre institutionnel pour que l'enfant puisse entrer et sortir du cadre sans que ce soit reconnu comme une grave transgression. Cela ne se fera qu'en ayant le souci de préserver la solidarité des équipes et d'injecter régulièrement de la réflexion qui permettrait aux équipes (face aux passages à l'acte des usagers) d'adopter une position « méta ». Par ailleurs, je préconise d'instaurer un véritable débat avec les professionnels et les enfants accueillis autour des différents règlements.

2.1.3 Un concept aux contours flous, « la mobilité »

La mobilité, préalable nécessaire au décloisonnement, est à appréhender au niveau des usagers, de l'institution et des professionnels.

A) La mobilité au niveau des usagers

Nous avons vu, en première partie, que les enfants accueillis à l'ITEP sont en grande souffrance. Les difficultés psychologiques, à l'origine de leurs troubles du comportement, compromettent leurs capacités d'adaptation et donc leur socialisation.

Ces enfants souffrent, entre autre, de rigidité psychique qui les bloque dans la sécurisation de leur psychisme.

Ainsi, tout fait nouveau réveille une peur archaïque de destruction de soi. Chaque situation pouvant les amener à être en situation d'échec les renvoie à leurs craintes de ne pas être aimés.

Ce narcissisme défaillant les empêche de se projeter vers un avenir et limite ainsi fortement leur potentiel d'intégration sociale et scolaire.

De ce fait, l'enjeu de la mobilité se situera également au niveau des usagers.

C'est en développant des aptitudes psychiques souples et sécurisées que l'enfant sortira de ce processus handicapant.

Mettre en œuvre une institution fluide, qui favorise la mobilité entre ses services permettra aussi à l'enfant de se projeter plus facilement dans cette dimension qui lui fait défaut. Le mouvement et le changement généré sera alors perçu comme quelque chose de positif et un objectif inconscient à atteindre pour lui.

B) La mobilité au niveau de l'institution

Les établissements médico-sociaux se sont surtout développés dans une logique expansive (création de services supplémentaires, augmentation de leur capacité) au gré des expérimentations et besoins repérés.

Cette logique ne prévaut plus actuellement. En effet, « *les établissements et services,*

*longtemps portés par leur légitimité institutionnelle, ont intégré un management ouvert face à la gestion des incertitudes et ont développé des organisations par projet plus fluides, capables de mieux s'adapter, obéissant à une prise en compte renforcée de la demande et des besoins, développant des politiques managériales plus offensives, dans un champ devenu concurrentiel et exigeant des réponses innovantes ».*³³

Les enjeux, pour nos institutions aujourd'hui, sont donc non plus de se développer quantitativement (puisque la plupart arrivent au terme de leur développement et que les besoins sont beaucoup mieux couverts) mais qualitativement.

Cela passera donc par une plus grande mobilité que l'on peut situer à deux niveaux :

➤ **Mobilité entre les services** : le développement de réponses de plus en plus souples et adaptées à la problématique de l'utilisateur contribue à une plus grande fluidité de l'accompagnement des usagers. Ainsi, nous ne devons plus raisonner selon des logiques de service opérationnel mais selon des logiques de parcours. En conséquence, nous devons faciliter les passages entre les services mais aussi innover par des formules d'accueil mettant à contribution plusieurs services voire, également, plusieurs établissements. Des aménagements de prise en charge, de type séquentiel, sont également des pistes à explorer.

Le principal obstacle à ce changement réside dans la tarification des activités et le nombre de places agréées. La structure budgétaire de l'internat, du semi-internat et de l'Accueil Familial Spécialisé est une tarification par prix de journée avec de surcroît un coût différent par service. Ainsi le passage d'un enfant d'un service à l'autre entraîne indéniablement des conséquences financières que le Directeur ne peut ignorer. Par ailleurs, l'agrément définit un nombre d'enfants précis que l'on doit respecter.

Mon projet de décloisonnement m'amènera à négocier, avec l'autorité de tarification, l'obtention d'une dotation globale pour le budget de fonctionnement et un agrément global pour tout l'ITEP.

➤ **Management par projet** : comme nous avons pu le voir plus avant, un management par projet semble répondre plus efficacement aux contraintes actuelles. Il apporte une plus grande souplesse de mise en œuvre et une meilleure adéquation aux besoins. Un projet est également, par définition, évolutif. Il ne peut s'inscrire dans la durée qu'au terme d'une évaluation aboutie et positive.

J'ajouterais que la loi 2002-02, en affirmant la nécessité de mettre en place plusieurs projets, tous en relations les uns avec les autres, avait déjà amené les managers à repenser leurs organisations. Tous ces projets sont imbriqués dans un système

³³ Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2003. p. 125

pyramidal, allant du sommet, -représenté par le projet associatif-, à la base, -représenté par le projet personnalisé de l'utilisateur-. Ce système a provoqué l'émergence d'un management fondé sur le « *compromis et la négociation* »³⁴ car chaque projet résulte d'une élaboration collective qui requiert la participation, selon le cas, des administrateurs, des salariés ou des usagers.

La mise en mouvement d'une institution m'amène à repenser un nouveau mode de gouvernance de l'établissement. Avec la mise en place d'un management par projet, c'est également la place des professionnels et de l'équipe de direction que je dois faire évoluer. La notion de responsabilisation des personnes sera selon moi une des pierres « fondatrices » pour la réussite de ce projet.

C) La mobilité au niveau des professionnels

La mobilité, au niveau des salariés est « *une question relative au destin personnel et à la capacité de trajectoire et de projet professionnel* »³⁵.

Mes propos s'attacheront ici à étudier la mobilité des professionnels à deux niveaux :

➤ **La mobilité des professionnels dans un objectif de parcours professionnel :**

La mobilité s'inscrit « *dans des mutations généralisées du travail et de l'emploi, et dans l'idée même d'intégration sociale et professionnelle. Elle est aujourd'hui un concept porté par les organisations et les entreprises, comme par les associations. Elle pose la question du rapport de l'homme à son destin, au temps et à l'espace, à la conception de l'engagement et de la responsabilité.* »³⁶. Ainsi la mobilité professionnelle est une résultante plurifactorielle que le manager devra, avec le salarié, élaborer au cours de son parcours dans l'établissement. Elle touche à la fois « *la qualité des établissements et les trajectoires professionnelles des acteurs.* »³⁷. Ce changement permettra aux professionnels de maintenir leur dynamisme et de développer des compétences. De cette manière cela permet de ne pas rester « *ancré sur des habitudes professionnelles qui vont nécessairement induire des routines préjudiciables à tous* »³⁸. La mobilité, dans un objectif de parcours professionnel, s'envisage soit par des mouvements internes d'un service à l'autre ou entre établissements de la même association, soit en favorisant l'accès à un emploi différent chez un tout autre employeur.

En conséquence, l'employeur devra, à la fois, connaître précisément le professionnel et ses aspirations, s'informer régulièrement sur les filières professionnelles et les parcours

³⁴ Ibid.

³⁵ Idem., p. 299

³⁶ Idem., p. 300.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

de formation et entretenir un réseau de professionnels capables de le conseiller et de l'orienter.

➤ **La mobilité transversale des personnels, favoriser les mouvements entre services dans l'objectif de répondre aux besoins des usagers :**

La mise en mouvement d'une institution doit se faire au niveau des usagers mais aussi au niveau des personnels.

L'agrément globalisé en terme d'accueil des enfants amènera forcément à des mouvements de personnel d'un service à l'autre surtout pour les fonctions qui ne sont pas jusqu'alors transversalisées.

Il faut donc créer une nouvelle identité professionnelle, centrée sur l'institution et non plus sur des fonctionnements de service.

La référence institutionnelle deviendra alors l'articulation des trois pôles éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques. Cela signifie que les personnes qui appartiennent à l'une des trois équipes devront acquérir un socle de compétences communes.

Nous entrons donc dans une logique de gestion individuelle et prévisionnelle des emplois et compétences (GIPEC). Dans ce contexte, l'équipe de direction intégrera cette dimension car la mobilité des personnels est une question qui touche à la fois la qualité des établissements et les trajectoires professionnelles des acteurs.

L'instauration d'une GIPEC m'amènera à proposer des outils précis pour sa réalisation. Favoriser le parcours individuel dans un tout institutionnel est un défi qui m'amène à repenser l'organisation de l'institut, sa culture mais aussi son inscription dans le territoire.

2.1.4 Le décroisement synonyme d'efficience et de qualité ?

Le décroisement s'est en premier lieu traduit, dans le cadre des politiques publiques, par la décentralisation. Rapprocher les opérateurs institutionnels des usagers est une première forme de décroisement. Ce moyen avoué pour promouvoir l'exercice de la citoyenneté a néanmoins montré des limites car les processus de décentralisation ont été à chaque fois accompagnés d'un renforcement des dispositifs de contrôle. De plus, elle n'a pas annihilé les inégalités d'équipement par territoire.

Ajoutons que les politiques sociales n'ont jamais appréhendé leurs actions dans le sens d'une action globale œuvrant à l'amélioration de la santé puisque la loi hospitalière de 1970 a créé un cloisonnement puissant entre le secteur sanitaire et médico-social.

Les ordonnances Juppé de 1995 ont marqué un premier tournant dans l'ère de la décentralisation. Avec la création de l'ARH, l'échelon régional était retenu en lui attribuant une autonomie décisionnelle et de pilotage, le rapprochement entre le sanitaire et le médico-social était également préconisé.

Ce n'est qu'en 2002 avec la loi n°2002-02 que le secteur médico-social bénéficie d'une transformation. Cette loi a initié l'autonomie des autorités de contrôle et de tarification pour accompagner les établissements médico-sociaux en instaurant, par exemple, la planification des actions (avec notamment les schémas départementaux) et la définition d'outils de pilotage tels que les dispositifs de contrôles.

Malgré cela les réformes s'avèrent insuffisantes et le Rapport élaboré par Philippe RITTER en janvier 2008, au sujet de la création des ARS, pointe précisément l'exigence d'un décloisonnement³⁹. Il est nécessaire, selon lui, qu'il s'opère à plusieurs niveaux⁴⁰:

- Entre les structures et les acteurs, c'est-à-dire entre les différents réseaux (service de l'Etat, Assurance maladie et ARH) et les opérateurs de santé.
- Entre le niveau central et le niveau territorial.
- Entre les établissements sanitaires et médico-sociaux pour proposer une meilleure offre et une continuité de soins. Il préconise également, dans un souci de réponses adaptées à l'offre, un transfert de moyens du secteur sanitaire vers le secteur médico-social.
- Entre les opérateurs de la santé et les usagers.

Il précise par ailleurs, que le dispositif de santé en France serait beaucoup plus efficient en décloisonnant les acteurs, les décideurs et en mettant en place des outils de pilotage adaptés dans une logique de territoire représenté ici par la région.

Le décloisonnement de l'ITEP, pour aboutir à l'effectivité d'un véritable dispositif de soin centré sur l'enfant, s'accompagnera d'une réforme du management de l'institution tout en se dotant de nouveaux outils de pilotage où l'évaluation de la qualité des prestations prendra tout son sens.

2.2 Développer une véritable relation de service

Nous constatons aujourd'hui dans notre secteur que la « *notion d'offre de services succède à l'idée de production de services.* »⁴¹.

Cela s'explique par le fait que les « [...] établissements se confrontent désormais à une demande de l'environnement qui oriente l'émergence des besoins, des attentes et des réponses qui peuvent être proposées. [...] l'économie d'environnement a pris le pas sur une économie de marché et de production, pour s'inscrire dans la porosité des espaces liée à l'offre et la demande. »⁴².

³⁹ Philippe Ritter, *Rapport sur la création des agences régionales de santé*. Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Janvier 2008. 61 p.

⁴⁰ Idem., p.13.

⁴¹ Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p.180.

⁴² Ibid.

Cette nouvelle notion demande néanmoins à être analysée tant au niveau de son concept qu'au niveau de son impact sur la relation avec les usagers et leurs familles. J'étudierai par la suite les changements qu'elle occasionne au sein de l'ITEP.

2.2.1 Le concept général

Faire évoluer la logique actuelle vers une logique de « relation de service » implique que celle-ci soit centrée sur le bénéficiaire, sa famille, ses besoins. Elle privilégie « *la consultation, la négociation et la contractualisation.* »⁴³. Cette démarche est un changement culturel important, difficile à mettre en œuvre, car les équipes craignent que cette logique de marché vienne modifier leurs pratiques et les éloigner de l'éthique institutionnelle centrée sur le bien-être de la personne accueillie.

C'est donc un changement profond que je me propose d'initier avec comme levier l'application des textes de lois et l'exigence d'une nouvelle perception de la triade enfants-parents-institutions.

A) Une nouvelle éthique de l'accompagnement qui transcende les textes de lois :

L'étude des textes de lois effectuée en première partie nous montre que le cadre légal qui encadre notre secteur a progressivement évolué.

En effet, nous pouvons situer le premier levier amenant notre secteur à se vivre comme prestataire de service avec la mise en place de la contractualisation. Cette dimension nous engage dans une « *nouvelle relation entre prestataires et clients, moins stigmatisante et davantage négociée.* »⁴⁴. Le contrat rééquilibre ainsi une relation jusqu'alors dominée par la puissance institutionnelle face à la dépendance des personnes accueillies et de leurs familles. Par ailleurs « *La réaffirmation du projet d'établissement, de la personnalisation des prestations au travers d'un projet et d'un plan personnalisé pour chaque bénéficiaire, l'exigence d'un livret d'accueil, d'une charte éthique ou encore d'une démarche qualité, rentrent dans le cadre d'une excellence de services et d'une exigence de lisibilité des projets et des fonctionnements des opérateurs.* »⁴⁵. Ainsi la loi n°2002-02, avec la loi n°2005-102 en affirmant la nécessité d'élaborer des réponses et un plan de compensation en lien avec le projet de vie de la personne en situation de handicap, sous-tendent fortement l'instauration d'une relation de service.

Le dirigeant d'établissement devra s'appuyer sur les textes de lois comme des leviers initiateurs du changement. Le changement culturel que cette logique impose est selon moi le principal frein qu'il conviendra de lever en instaurant

⁴³ Jean-René Loubat, *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Op. cit. p. 64.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

notamment un plan de communication ponctué par un débat institutionnel tout en s'appuyant sur une équipe de direction chargée de relayer cette nouvelle philosophie.

B) Un secteur jusqu'alors protégé devenu concurrentiel

Plusieurs dispositions font que les établissements du secteur médico-social se trouvent aujourd'hui en situation concurrentielle :

- La mise en place des indicateurs de convergence tarifaires⁴⁶.
- L'instauration d'une planification des coopérations inter établissements, créations, extensions voire fermeture des établissements par le biais des schémas départementaux.
- Les priorités régionales définies par les PRIAC et qui déterminent les enveloppes régionales limitatives de crédits.
- Le pilotage national par la CNSA de la politique de création de services et des priorités budgétaires.
- La répartition par les DDASS d'enveloppes budgétaires dites « fermées ».
- Pour les établissements, un redéploiement de moyens quasi systématique avant de déposer tout projet de création ou d'extension d'un service.

Au final, nous comprenons que la priorité, pour les autorités de tarifications, est une gestion rationnelle et efficiente des moyens face aux besoins repérés. Néanmoins, la diminution des moyens financiers mais aussi la comparaison des établissements les uns avec les autres font que les projets ne sont plus certains d'aboutir dès lors que le seul besoin est repéré.

Désormais, les établissements doivent être en capacité de monter des projets par redéploiement de moyens internes, de prouver la qualité de leurs prestations comparativement à des établissements identiques et de répondre à des besoins identifiés et planifiés dans le cadre des schémas et des PRIAC.

Enfin, les besoins régionaux sont aujourd'hui définis en un nombre global de places, les opérateurs se retrouvent ainsi en concurrence dès lors qu'ils interviennent dans le même champ de handicap et qu'ils présentent le même projet.

C) Une évolution qui concerne également le fondement des associations

Les associations se voient confier une place bien réelle dans le cadre de la loi n° 2005-102 puisqu'elles sont invitées à siéger à de nombreuses instances stratégiques que ce

⁴⁶ Décret budgétaire n°2003-1010 du 10 octobre 2003.

soit pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou pour définir les priorités politiques⁴⁷.

Pourtant, nous pouvons dire que le secteur associatif vit une « véritable crise »⁴⁸.

Celle-ci peut s'expliquer par le rôle que jouent la plupart d'entre elles. Ce sont à la fois des associations représentant les personnes en situation de handicap et des associations gestionnaires. Ainsi elles se retrouvent dans « une position totalisante [...] freinant l'émancipation des personnes en situation de handicap ».⁴⁹ Les associations gestionnaires « à force de vouloir conserver ces deux registres difficilement compatibles, celui d'entrepreneur et de représentant des consommateurs, risquent d'être taxées de mauvais gestionnaires et mauvais militants »⁵⁰. La sortie de cette crise ne pourra se faire que lorsque la rupture aura eu lieu et en partant « à la reconquête de leur public et de leurs adhérents afin de recouvrer leur légitimité sociale et publique »⁵¹. Cela repositionnera les associations comme des espaces de démocratie sociale.

Le projet présenté sera soumis à l'adhésion de l'association. Nous voyons également que le changement doit aussi s'impulser au niveau de la dynamique associative en s'exprimant notamment par la proposition d'une réflexion autour d'un projet associatif. Cette réflexion devra s'orienter autour de la question de la promotion des usagers et de leurs familles. Par ailleurs, je souhaite proposer une plus grande proximité associative avec la vie de notre établissement.

2.2.2 La relation de service, un nouveau mode de relation avec les enfants et leurs familles

A) Evoluer de la notion de personne accueillie vers celle « d'acteur »

Accepter de passer d'une délivrance de prestation à la proposition d'une offre de service a pour conséquence de changer le statut de celui auquel elle est destinée.

Les établissements doivent engager une révolution culturelle les amenant à passer de la notion de personne accueillie, qui renforce la puissance institutionnelle, à celle d'acteur.

Ce terme implique, en premier lieu, que l'établissement est au service de la personne et que sa participation, à tous les niveaux de la prestation, est fortement recherchée.

La personne acteur est donc régulièrement consultée, elle participe à la construction de son projet personnalisé et son avis est recueilli au sujet des orientations prise par l'institution.

⁴⁷ Article 1 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005.

⁴⁸ Jean-René Loubat, *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Op. cit. p. 69.

⁴⁹ Idem. p. 68.

⁵⁰ Idem. p. 69.

⁵¹ Idem. p. 71.

Par cette nouvelle appellation, on réintroduit un équilibre au bénéfice de la personne.

La loi n°2002-02 contribue pleinement à cette évolution par la création, notamment, le Conseil de la Vie Sociale. Cet organe doit être consulté pour avis sur chaque projet et point d'organisation qui concerne la vie de l'établissement et des personnes. Je tiens néanmoins à préciser que le statut d' « acteur » est différent de celui de client. Ce terme est, à mon avis, à proscrire car il traduit une tendance de libéralisation de l'action sociale où la quantité (plutôt que la qualité) et la satisfaction immédiate de la personne sont prioritaires⁵². La situation de vulnérabilité des personnes accompagnées implique de les aider sans demander de contreparties ou d'intentions (comme dans le cadre de relations commerciales) qu'ils ne peuvent, pour la plupart, nous fournir.

Dans notre situation, les enfants n'ayant pas le droit (au sens juridique) de contractualiser, j'identifierai grossièrement l' « acteur » au binôme parent-enfant. Cela aura comme conséquences d'établir un « véritable partenariat avec les parents dont le point d'orgue est la contractualisation » et espérer passer outre de ce que l'on observe souvent, « la rivalité éducative »⁵³ qui s'exerce souvent entre l'institution et les parents.

Si la place de l'enfant et des parents, a toujours été au centre des préoccupations de l'ITEP, cette dimension n'est pas encore assimilée, tout du moins, dans les mentalités des professionnels encadrants. Rendre l'enfant « acteur » sera bien évidemment plus aisé selon que l'on s'adresse à un jeune enfant ou un adolescent. Les mesures proposées seront donc différentes en fonction de son âge. L'appropriation de cette nouvelle culture se fera au terme d'un travail collectif centré sur l'éthique et les fondements qui sous-tendent nos actions.

B) La relation de service, un objet de transaction qui suscite l'échange et la négociation

Comme nous avons pu le voir précédemment, la rencontre entre un établissement médico-social et une personne en situation de handicap n'est pas spontanée (puisqu'elle est orientée par un tiers, la MDPH) et encore moins équilibrée. Cette situation a longtemps alimenté la toute puissance institutionnelle face à des personnes en situation d'attente voire de dépendance. Le recentrage sur la personne et le rééquilibrage des relations, initiés par les changements législatifs, ont amené à repenser cette rencontre et cette relation.

Désormais, « se situer en tant que prestataire de service nécessite [...] d'accepter de se situer dans le cadre perpétuellement mouvant et négocié d'une relation d'échange et de

⁵² Roland Janvier, Yves Matho, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod. 2004. 3^{ème} Edition. p. 217.

⁵³ Jean-René Loubat, *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Op. cit. p. 74.

ses *aléas* »⁵⁴. Ainsi, le service fait l'objet d'une négociation et généralement d'une contractualisation. Le service représente donc, au sens conceptuel, un objet de transaction dont la forme évolue en fonction d'une négociation permanente, explicite ou implicite, entre le demandeur et l'offreur.

La transaction de service ne peut se mettre en place que si certains principes fondamentaux sont respectés⁵⁵ :

- **La nécessité d'un contrat** : celui-ci permet de positionner clairement les attentes de chacun et les modalités pour atteindre les objectifs.
- **Le bénéficiaire doit être positionné au centre du dispositif** : en plus d'être l'objet de toutes les attentions, celui-ci devra être consulté et informé régulièrement des prestations mise en œuvre et des moyens afférents.
- **Un service relationnel est, de fait, personnalisé** : la standardisation des réponses ne peut aboutir à une relation de service de qualité. La transaction prestataire/acteur aboutira forcément à une réponse adaptée aux attentes et aux besoins de la personne.

Il sera nécessaire de favoriser les échanges sur les besoins et les attentes des enfants et de leurs familles en instaurant une régularité dans leurs modes d'expression. Le Conseil de la Vie Sociale, installé depuis 2003, doit être repensé dans son fonctionnement et sa capacité représentative. L'instauration d'un dispositif ITEP, en décloisonnant les services, contribuera également à répondre plus efficacement au besoin de personnalisation des prestations. Enfin, les réunions de synthèse sont des temps qui, selon moi, devront être repensés. En effet, celles-ci abordent trop souvent les difficultés des enfants et de leurs familles au détriment de leurs potentiels et de leurs attentes.

C) La contractualisation, pierre angulaire et initiatrice d'une relation de service

Le contrat d'accueil a été instauré par la loi n°2002-02 du 2 janvier 2002. Le décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004⁵⁶ a, dans un deuxième temps, fixé son contenu. Néanmoins, son cadre contraignant et l'obligation de le signer dans le mois qui suit l'admission, limitent la pleine portée de cette étape.

Pourtant, « *la contractualisation entérine la progressive extraction de l'action sociale et médico-sociale de son autolégitimation historique pour l'inscrire dans le droit commun des relations de service entre prestataires et bénéficiaires, avec tous les droits et devoirs qui incombent aux parties.* »⁵⁷. Le contrat donne réalité au partenariat, et de manière plus

⁵⁴ Idem. p. 93.

⁵⁵ Idem. p. 94.

⁵⁶ Article L 311-4 du code de l'Action Sociale et des Familles.

⁵⁷ Idem. p. 48.

générale, traduit une exigence de lisibilité et de traçabilité qui modifie fondamentalement les relations entre professionnels, bénéficiaires et leurs familles.

Il formalise la relation prestataire-bénéficiaire au terme d'une élaboration commune (sinon le contrat devient caduque) ce qui repositionne le bénéficiaire comme partenaire⁵⁸.

Dans la réalité et bien qu'elle soit essentielle, les parents investissent peu cette étape. Elle est souvent vécue comme un passage obligé, une formalité de plus qui ne contribue pas à la lisibilité de nos actions.

La pédagogie du contrat est un aspect qu'il ne faut pas négliger. Sa présentation à la famille et à l'enfant est un acte important et forcément accompagné. Son élaboration ne pourra se faire qu'avec leur participation même si cela s'avère difficile.

2.2.3 La relation de service, un concept qui pénètre l'institution

Le concept de « relation de service » est complexe. En plus de l'enfant et sa famille, il concerne également l'institution dans ses principes d'action et son organisation. C'est une dimension qui la traverse, lui donnant une ligne conductrice atteignant par là même ses principaux fondements.

A) La relation de service amène à questionner l'éthique

Il s'agit, en premier lieu, de redéfinir ce que l'on entend par le terme « éthique ». Dans nos institutions il est fréquemment utilisé, souvent galvaudé, il représente souvent le dernier rempart édifié par les équipes pour lutter contre les projets de changement qui leur sont proposés.

Du grec « éthos » qui veut dire mœurs, l'éthique signifie littéralement la science de la morale. Autrement dit, l'éthique dans une institution médico-sociale, questionne les valeurs morales de l'institution, la place qui est donnée à la personne accueillie et sa famille, la considération donnée aux professionnels et enfin la place de l'établissement dans son environnement.

En d'autres termes, l'éthique borde les questions fondamentales qui sont « jusqu'où voulons-nous et pouvons-nous aller ?, comment ? Qu'est-ce qui nous anime ? ».

*« L'éthique doit alors être réinvestie à son vrai niveau qui est celui de l'action : c'est dans l'entreprendre ensemble que réside le sous-bassement éthique des entreprises. »*⁵⁹

Dans un établissement prônant la relation de service, les préoccupations éthiques se situent sur le respect des droits des usagers et de leur famille, le développement d'une politique de bientraitance, la mise en place d'une participation active des usagers et de

⁵⁸ Idem. p. 49.

⁵⁹ Bruno Roche et Francis Marfoggia, *L'Art de manager, éléments pour comprendre, clés pour agir*. Paris : Ellipses, 2006. p. 39.

leur famille à la vie institutionnelle, une personnalisation des prestations argumentée et négociée et enfin la promotion individuelle des parcours des professionnels.

Evidemment, nombre d'établissements médico-sociaux affichent ces principes. Mais l'objectif est bien de sortir de la simple incantation pour lier les principes à l'action.

La mise en place d'outils spécifiques permettra d'assurer ce lien tout en contribuant à la transmission de cette éthique.

L'ITEP a été fondé sur des valeurs fortes centrées sur le bien-être de l'enfant, la prise en compte de sa souffrance et la volonté d'accompagner leur famille. Nous ne devons donc pas engager une révolution culturelle mais plutôt une appropriation de ces nouveaux principes. La difficulté première consistera à sortir la relation de service de sa connotation péjorative sans tomber dans les travers du mercantilisme (c'est-à-dire aboutir à une attitude strictement centrée sur l'efficacité). L'élaboration d'une charte éthique de l'établissement, avec les équipes de professionnels et les membres du Conseil de la Vie Sociale, permettra de fédérer les professionnels autour de cette réflexion.

B) Le respect des droits des usagers est un moyen d'aborder la question de la bientraitance

Depuis la loi n°2002-02, la lutte contre la maltraitance dans les établissements médico-sociaux est clairement affirmée. Il est vrai que le secteur semble particulièrement concerné en accompagnant des personnes en situation de vulnérabilité. Le concept de bientraitance apparaît en mars 2007. Il est longuement développé par Philippe BAS alors Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille⁶⁰.

Cette étape est importante car la maltraitance, en plus d'être combattue, doit guider la réflexion des institutions autour de bonnes pratiques, c'est le principe de la mise en œuvre de la bientraitance. Ainsi, à la différence de la lutte contre la maltraitance, celle-ci s'élabore en amont, avec une dimension prophylactique. D'ailleurs, le plan de Philippe Bas propose entre autre de développer et de « *diffuser les bonnes pratiques, en sensibilisant et en formant les personnels, en les aidant à faire évoluer leurs comportements pour améliorer la qualité de vie des résidents et leur propre travail.* »⁶¹ Selon moi, la mise en place d'une relation de service contribue à la bientraitance car elle impose de remettre la personne au cœur de la dynamique institutionnelle. Il faudra donc,

⁶⁰ Philippe Bas, *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*. Paris. Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille. 30 p.

⁶¹ Idem. p. 4.

en premier lieu, permettre à l'utilisateur d'exercer ses principaux droits pour initier le développement de pratiques bienveillantes.

L'ITEP des Salins de Brégille est déjà fortement sensibilisé à la lutte contre la maltraitance. En effet nous sommes fortement exposés à cette difficulté par la population que nous accueillons en raison de ses fréquents passages à l'acte mais aussi par son origine sociale et familiale (nous accueillons nombre d'enfants qui ont subi des actes de maltraitance physique, psychique voire sexuelle). De plus, l'association a développé un protocole de lutte contre la maltraitance qui engage l'établissement dans la mise en œuvre d'actions de formation et de procédures de signalement. Dans ce contexte, je souhaite faire évoluer cette réflexion en organisant une journée de formation centrée sur le respect des droits des usagers.

C) La démarche qualité pendant de la relation de service

La loi n°2002-02 introduit et met en lien les notions d'évaluation et de démarche qualité : « *Les établissements et services [...] procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.* »⁶².

Déjà mise en place depuis longtemps dans le secteur marchand, la démarche qualité trouvait sa justification dans un secteur hautement concurrentiel pour attirer le client et faire la preuve d'une délivrance de prestation de qualité.

Dans notre secteur, son apparition est consécutive au renforcement des droits des usagers, à la rationalisation des moyens financiers et à la planification des dispositifs.

Elle s'inscrit dans une logique où le service rendu répond à la fois aux besoins et attentes du bénéficiaire.

La démarche qualité et l'évaluation des prestations sont donc indissociables de la relation de service puisqu'elles contribuent à l'adaptation aux besoins.

« *A cet égard, la perspective est bien évidemment de relier la qualité à un ensemble d'objectifs, que l'on entend tenir et pour lesquels on s'engage.* »⁶³.

La démarche qualité nous amène, parallèlement, dans une logique de circularité puisqu'elle nécessite d'évaluer la réalisation des objectifs fixés et dans le cas contraire de développer des procédures pour les atteindre.

C'est pourquoi nous parlerons, dans le secteur médico-social, plus aisément de démarche d'amélioration continue que de démarche qualité. En effet « *travailler sur l'humain ne serait pas compatible avec l'édification de modèles normatifs d'interventions.* »⁶⁴

⁶² Loi n°2002-02 du 02 janvier 2002. Art. 22, section 5.

⁶³ Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p.62.

⁶⁴ Ibid.

Au final, « *la démarche qualité, [...] relève d'un choix de fonctionnement, d'un engagement stratégique et professionnel qui se traduit par un certain type d'organisation, par la mise en place de procédures opérationnelles déterminées et leur mesure de contrôle.* »⁶⁵

Enfin, la démarche qualité suppose de capter la satisfaction du bénéficiaire de la prestation, de la rechercher, il convient donc de l'observer.

Actuellement la démarche d'amélioration continue engagée à l'ITEP est satisfaisante puisqu'elle aborde tous les champs que nous avons pu voir précédemment. Il nous reste cependant à améliorer le questionnaire de satisfaction.

2.3 Management, interdisciplinarité et politique de réseau

2.3.1 Manager le changement

Développer la mise en place d'un dispositif ITEP et promouvoir une relation de service, supposent une posture managériale différente. Puisque l'établissement possède tous les outils et services en son sein, c'est bien par l'élaboration d'une nouvelle organisation et une pratique de management innovante que le projet verra son aboutissement.

A) Les bases d'un management moderne

Le manager pouvait autrefois s'appuyer sur l'autorité pour gérer l'institution et initier les projets de changement. Or nous assistons, au sein de notre société, au discrédit de l'autorité. En effet, « *la crise d'autorité, telle qu'elle se déploie dans les trente dernières années, révèle le passage d'une logique d'obéissance et de fidélité à une logique de consentement et de mobilité.* »⁶⁶. Il est important que les managers intègrent aujourd'hui, pour le développement de projet, le temps du débat avec le collectif institutionnel.

L'adhésion au projet ne s'obtiendra que lorsque celui-ci répondra à « *une mythologie, une symbolique, autrement dit un sacré à partir duquel l'entreprise assure son identification psychoaffective.* »⁶⁷. Bien évidemment le sacré se construit sur la base de l'histoire de l'établissement, de sa culture et de son contexte environnemental (politiques publiques, partenaires, territoire, etc....) et le manager devra travailler à sa construction.

⁶⁵ Jean-René Loubat, *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Op. cit. p. 319.

⁶⁶ Bruno Roche et Francis Marfoglia, *l'Art de manager, éléments pour comprendre, clés pour agir*. Paris : Ellipses, 2006. p. 8

⁶⁷ Idem. p. 10.

Par ailleurs, il semble que « *l'analyse systémique* » est la « *méthode la plus appropriée pour étudier l'entreprise d'aujourd'hui* »⁶⁸ en raison de sa complexité et de son côté organique même si ce système est artificiel. Par cette approche et conformément à la définition d'un système⁶⁹, le manager doit chercher à « *comprendre quelles relations les éléments entretiennent les uns avec les autres.* »⁷⁰.

Le manager devra donc agir, pour toute réalisation de projet, sur les relations entre les salariés et le bénéficiaire (ainsi que sa famille), les relations entre professionnels et celles de l'établissement avec son environnement.

Enfin, le manager doit faire vivre le principe d'ordre et d'unité qui assurent à la fois la structuration du champ et la fluidité de ce qui circule entre ses pôles. Pour cela, il peut s'appuyer sur trois principes structurants :

➤ **Le principe d'unité** : « *La résistance à la désagrégation vient de l'adhésion au sacré et c'est la réactivation du sacré qui lui confère son pouvoir d'unification.* »⁷¹

➤ **Le principe d'identité**⁷² : « *Au même titre que les individus, l'organisation a besoin de s'identifier.* ». Cette identité peut se construire par la mise en œuvre « *d'un univers symbolique* », par une définition des « *valeurs de l'entreprise* » et par une réflexion sur le « *positionnement dans l'environnement* ».

➤ **Le principe de finalité**⁷³ : seules la croyance et l'adhésion peuvent rendre possible l'action. Cette croyance s'articule autour de trois axes :

- « *La conviction de son propre perfectionnement* » : permettre aux salariés d'avoir conscience des acquis obtenus au cours de leurs pratiques et participer à leurs développements.
- « *La compréhension des enjeux globaux de l'établissement* » : il faut pour cela lutter contre la parcellisation des tâches par le partage d'une vision d'ensemble.
- « *L'expérience du travail comme d'une activité libératrice* » : cela suppose que le manager vise à la mise en commun des talents tout en recherchant l'épanouissement de chacun d'entre eux.

Il conviendra de proposer au débat institutionnel le projet exposé. Cela nécessitera de définir, au préalable, un « sacré » beaucoup plus centré sur la promotion de l'utilisateur et de ses droits que sur les principes de son accompagnement. Je serai également attentif à ce que l'approche systémique enrichisse la culture psychanalytique de l'établissement. Dans ma méthode de management, cela se

⁶⁸ Idem. p. 43.

⁶⁹ Définition de Joël de Rosnay : Un système est un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but.

⁷⁰ Idem. p.45.

⁷¹ Idem. p. 37.

⁷² Idem. pp.37-40.

⁷³ Idem. pp. 40-42.

traduira par une action sera centrée sur les différents niveaux de relations qui animent l'institution (entre les services, entre les professionnels et de l'établissement avec son environnement) sans modifier les prestations.

B) Manager le changement, un exercice difficile

Impulser le changement, dans toute entreprise, est toujours difficile à obtenir. Il est l'objet de l'attention de tout manager et ce thème ne pourrait être éludé tant sa complexité trouve sa source dans nombre de paramètres. Néanmoins, mon ambition ne porte que sur l'énoncé de quelques pistes de réflexions données par les auteurs précédemment cités.

La première difficulté provient du fait que « *la stabilité des systèmes ne pose pas en elle-même de problème, elle favorise même leur survie et leur longévité.* »⁷⁴

Une autre difficulté repérée est que « *la solution que les hommes adoptent le plus souvent pour produire un changement se présente en réalité comme un renforcement du problème.* »⁷⁵. Il faut donc, pour impulser un véritable changement, agir non pas sur les éléments (car ils accentuent en réalité les problèmes) mais sur les relations. C'est ce que l'on peut retenir, en d'autres termes, d'une vision systémique. Cela induit que le manager ait à la fois une vision interne que l'on peut qualifier d'opérationnelle et une vision extérieure capable de déjouer l'illusion⁷⁶.

Par cette attitude, le manager assure sa fonction qui consiste à sortir l'organisation du statisme qui la guette sans que le dynamisme, qu'il a pour tâche d'entretenir, conduise l'institution à l'éclatement.

En quelque sorte, pour impulser le changement, il faut que la personne responsable de la structure puisse provoquer un « *déséquilibre vertueux* », qu'il contrôle et qui participe au projet. Ce déséquilibre correspond, en réalité, à une mise en crise. Cette crise doit être constructive, elle doit contribuer à « *maintenir la réactivité et le dynamisme* »⁷⁷.

Donc en résumé, « *le cœur du travail du manager consiste à menacer l'équilibre du système pour équilibrer par les principes d'ordre. Manager, c'est donc résorber sans cesse la crise que l'on entretient.* »⁷⁸

La mise en place d'un projet dans une institution médico-sociale s'accompagne très souvent de résistance mais aussi, plus gravement, de crise institutionnelle. L'évolution que je propose risque de susciter des tensions importantes.

Plutôt que de tenter de les éviter (car cela semble inéluctable), je propose de baliser très précisément le projet dans l'objectif de rassurer les professionnels. Je

⁷⁴ Idem. p. 50.

⁷⁵ Idem. p. 52.

⁷⁶ Idem. p. 55.

⁷⁷ Idem. p. 68.

⁷⁸ Idem. p. 60.

souhaite mettre en place, après le temps du débat collectif, des commissions de travail autour de ces questions afin que les salariés puissent s'approprier le projet. De cette façon, j'espère déjouer les risques de résistance et permettre aux personnes de faire évoluer le projet avec elles.

2.3.2 S'emparer de la notion d'interdisciplinarité

A) Définition

La notion d'interdisciplinarité est apparue dans le décret ITEP n°2005-11 du 6 janvier 2005. Dans ce contexte, il convient d'explicitier de terme tout en restant en lien avec la précision lexicale du décret.

Une équipe interdisciplinaire est composée de personnes possédant des formations différentes. Elles existent la plupart du temps dans des environnements complexes tels que les soins de santé.

L'interdisciplinarité est l'art de faire travailler ensemble des personnes issues de diverses disciplines scientifiques. L'intérêt est de parvenir à un but commun en confrontant des approches différentes d'un même problème.

L'introduction de cette notion est de fait rendue indispensable par le besoin d'articuler les trois pôles thérapeutique, éducatif et pédagogique. Elle ne peut s'obtenir que par la rencontre, l'échange et la confrontation, se démarquant ainsi de la notion de pluridisciplinarité.

A la différence de l'approche transdisciplinaire, l'interdisciplinarité n'impose pas que chaque profession se confonde dans une méthodologie commune.

Prendre en compte la dimension d'interdisciplinarité impose de développer des espaces permettant la rencontre entre les professionnels tout en favorisant l'expression du particularisme de chacun. On peut donc considérer que c'est un exercice périlleux mais également incontournable. L'atteinte de cet objectif sera possible à partir d'une réflexion sur l'organisation des temps de rencontre et sur son mode d'animation.

B) L'équipe, un « mythe fondateur » du secteur médico-social

S'il y a une notion transversale à tous les établissements sociaux et médico-sociaux, c'est bien celle de l'équipe. C'est une « *représentation portée par l'histoire et la culture des établissements. Elle a peu à peu constitué une référence symbolique, désignant tantôt un espace de communication, tantôt un lieu d'identité et d'appartenance, un élément dynamique qui tisse le lien social et l'échange entre les professionnels au sein d'une*

institution. »⁷⁹. Mais construire une équipe ne se décrète pas et ce n'est surtout pas qu'une somme d'individus qui travaille ensemble, l'équipe apporte une plus value dans l'accompagnement et dans le fonctionnement institutionnel. « *Le passage de la compétence individuelle à la compétence collective suppose des qualités spécifiques de l'organisation qui permette une capitalisation des compétences à un niveau collectif. Cette exigence renvoie à la notion d'entreprise apprenante ou d'entreprise qualifiante.* »⁸⁰. Mettre en place une entreprise apprenante relève de l'action du manager. Il tentera de développer une structure qui s'adapte à son environnement et qui affiche comme principe la formation et la qualification. L'employeur aura, parallèlement, l'objectif de gérer de manière optimale les emplois et compétences et de responsabiliser les personnels pour favoriser l'amélioration de leurs outils de travail.

Mais pour lui, la question ne s'arrête pas là, il doit également œuvrer pour que cette équipe produise. Cette dimension n'est pas simple car l'équipe peut parfois bloquer l'expression des compétences individuelles, être « *guettée par le risque de l'autojustification, de la reproduction, de la totalité du discours et de la pensée.* »⁸¹

Pour qu'une équipe fonctionne comme un collectif d'efficacité dynamique, il est donc nécessaire de créer une culture et des valeurs communes, assurer un management de proximité, permettre à l'équipe de fonctionner hors de la hiérarchie, donner des axes de réflexion avec un suivi de leurs productions et enfin cadrer leurs temps de rencontre.

L'ITEP est composé de professionnels d'horizons divers qui ont développé des identifications professionnelles fortes. Ils ont de plus, pour la plupart, une ancienneté importante. Rendre l'équipe efficiente est donc une de mes priorités d'actions puisque cela relève pour partie d'une bonne organisation institutionnelle. Dans le cadre des parcours individuels des professionnels, les moyens qui se présentent à moi sont la construction cohérente du plan de formation, le développement d'un protocole d'intégration des jeunes professionnels, une formalisation de la politique d'accueil des stagiaires et le développement d'outils destinés à la GPEC. Pour dynamiser les temps de production collectif, j'envisage de qualifier précisément des espaces de rencontre, de définir des principes de gestion des temps de réunion et enfin de clarifier la position des Chefs de service. En tant que cadres de proximité, ils seront chargés de faciliter et de rendre productif le travail d'équipe.

⁷⁹ Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p. 280.

⁸⁰ Geneviève Iacono, *Gestion des ressources humaines*. Paris : Gualino, 2002. p. 158.

⁸¹ Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p. 283.

2.3.3 La politique de partenariat

Le décloisonnement de l'ITEP devra se faire, comme nous avons déjà pu le voir, en interne mais également vis-à-vis des partenaires extérieurs.

Cela m'amène à réfléchir précisément sur le développement des partenariats. Cette dimension est très vaste mais elle semble essentielle dans le secteur qui nous concerne. Ainsi, « *l'action sociale territorialisée repose sur la prise en compte de l'unicité des personnes et sur la nécessité d'une approche de la globalité. Elle introduit la transversalité comme mode de résolution des problèmes et appelle la contribution des acteurs, la mobilisation des ressources disponibles dans un dispositif d'intervention. Elle conduit à penser global et agir local.* »⁸². En tout les cas, en reconnaissant l'existence d'une concurrence, la question des partenariats s'impose aujourd'hui comme une question cruciale pour les établissements médico-sociaux.

A) Définition du partenariat et de ses contours

Nous assistons tout d'abord à une forte incitation, des politiques publiques, à la constitution de partenariats.

La loi n°2002-02 du 02 janvier 2002, dans son article 21, fut la première à recommander la création de réseaux sociaux et médico-sociaux formalisés. Plus récemment, nous avons vu que le rapport RITTER, relatif à la création des ARS, préconisait de développer un réseau de santé autour de l'hôpital. Enfin dernièrement, le rapport LARCHER⁸³, sur la réforme des hôpitaux, propose de développer des « *communautés hospitalières de territoire* »⁸⁴ (où le terme de territoire ne correspond pas à ceux définis par des limites géographiques mais plutôt à des rapprochements de structures hospitalières sur un territoire donné en fonction de l'intérêt dans la réponse apportée aux besoins repérés) pour inciter les établissements de santé à coopérer voire à mutualiser des moyens sur un territoire donné.

Mais le partenariat est polymorphe car il dépend du niveau des relations et de la qualité de sa formalisation.

Nous pouvons définir trois niveaux de partenariat⁸⁵ :

➤ **Le réseau** : « *C'est un ensemble de relations spécifiques, de simples connexions [...] mais pas une entité sociale* ». Le réseau peut avoir des finalités précises ou être un simple filet. Au cœur du réseau : des connexions, un maillage, la possibilité de solliciter des liens ou ressources.

⁸² Idem. p. 55.

⁸³ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, remis au Président de la République, au Premier Ministre et à la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, avril 2008. 102 p.

⁸⁴ Idem. p. 24.

➤ **La coopération** : comprend le fait d'opérer ensemble. Il s'agit d'interventions parallèles ou communes, mais avec un niveau de formalisation précis sur les rôles et modalités d'intervention de chacun.

➤ **Le partenariat** : c'est l'association de deux personnes ou groupe réuni par un projet commun.

Il convient donc à l'établissement de définir, au préalable, le niveau de relation qu'il souhaite établir avec chaque partenaire car de celui-ci dépendra le niveau d'exigence que chacun aura l'un envers l'autre.

Il faut préciser, par ailleurs, que le partenariat ne se décrète pas, il n'est rendu possible que par l'existence d'un intérêt réciproque. En tout état de cause, « *La recherche de partenariat s'insère dans la démarche générale de l'établissement* »⁸⁶ et doit répondre au projet poursuivi.

B) Passer du partenariat au travail en partenariat

Le travail en partenariat ouvre de nouvelles perspectives. Il apporte une plus value dans l'accompagnement des personnes accueillies. Tantôt centré sur la volonté d'apporter une continuité dans l'accompagnement des personnes, tantôt habilité à mettre en commun des moyens matériels ou humains, il permet dans tous les cas de répondre aux besoins de personnalisation et de globalisation des modes d'accompagnement tout en garantissant une rationalisation des coûts. L'utilisateur est donc la pierre angulaire de cette rencontre.

Constituer des relations partenariales ne suffit pas à rendre le travail opérant.

Il faut tout d'abord lever les obstacles et les résistances. « *Le partenariat [...] se heurte à des légitimités, des cultures et des pouvoirs en place qui ne favorisent pas l'initiative de nouveaux rapports entre les acteurs.* »⁸⁷. Sa mise en œuvre relève donc d'une volonté de la direction, il trouve sa base à l'intérieur des institutions et demande d'acquiescer de nouvelles références culturelles voire même éthiques.

La constitution d'un réseau, dans le cadre du projet de décroisement de l'ITEP, passera d'abord par le recensement des liens externes, établis par l'établissement, pour aboutir à l'élaboration d'un plan général de partenariat⁸⁸.

La planification des actions à mener pour aboutir à sa création entre dans mon projet managérial. Elle sera précédée d'un plan de communication à destination des usagers, de l'association, de l'autorité de tarification et des professionnels.

⁸⁵ Daniel Gacoïn, *Conduire des projets en action sociale*. Op. cit. p. 225.

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p. 58.

⁸⁸ Daniel Gacoïn, *Conduire des projets en action sociale*. Op. cit. pp. 226-227.

C) La formalisation et l'évaluation, deux actes incontournables pour dynamiser le partenariat

Après la rencontre et la décision prise de mettre en commun des ressources, viendra le temps de la fidélisation du lien. « *La qualité du lien est à développer dans un principe de continuité* »⁸⁹. Cette dimension de continuité, même si le projet est limité dans le temps, s'envisagera dès la prise de contact. La phase de négociation viendra par la suite. Elles porteront sur le cadre du projet, les modalités des échanges, ses fondements éthiques, son contenu, les moyens mobilisés par chacun, son pilotage, ses modalités de communication et enfin sur son évaluation. Ensuite, la finalisation des négociations débouchera sur le temps de la contractualisation. « *Il ne s'agit pas d'aplanir des difficultés pour travailler ensemble, il s'agit de se mettre d'accord sur un projet commun. [...] la formalisation [...] est déjà une partie intrinsèque de la démarche projet, la contractualisation va au-delà. Elle signale que chacun est engagé [...] dans une mise à disposition et une dynamique institutionnelle adaptée à l'enjeu du projet.* »⁹⁰. La contractualisation pourra prendre plusieurs formes, celle d'une charte éthique, d'une convention, voire même de la constitution d'une structure juridique (comme le propose la formation des groupements de coopération médico-sociaux). Dans tous les cas elle se posera comme un acte institutionnel fort et signifiant sur lequel il est important de communiquer.

La dimension évaluative de ce partenariat ne devra pas être oubliée pour ne pas créer une « coquille vide » qui alourdirait la structure institutionnelle. Les critères d'évaluation, définis lors du temps de la négociation devront être revisités à des temps choisis. Du résultat obtenu, dépendra la reconduction du partenariat. Ainsi, nous espérons améliorer le dispositif et le faire évoluer avec les besoins repérés.

Après avoir défini mon plan général de partenariat, je travaillerai avec les partenaires à la formalisation du réseau selon les trois niveaux de relations que j'aurai retenus. Enfin, puisque le partenariat demeure une ouverture sur l'extérieur, je souhaite proposer la création d'une instance, le cercle des partenaires de l'ITEP. Je veux ainsi développer les relations entre l'ITEP et ses partenaires mais aussi permettre la rencontre des partenaires entre eux. Cette instance qui se réunira une à deux fois par an, aura comme fonction de faire d'abord le point sur les actions engagées et de proposer des pistes d'ingénierie sociale.

⁸⁹ Idem. p. 231.

⁹⁰ Idem. pp. 233-234.

3 Modifier l'organisation pour optimiser le fonctionnement institutionnel et favoriser l'émergence de la relation de service

Mettre en œuvre une dynamique de changement est toujours une étape délicate.

« La qualité des managers réside dans leur capacité à accompagner des évolutions, à en définir la finalité et les objectifs, à en déterminer les étapes et les rythmes, et à identifier les responsabilités et les compétences. »⁹¹.

Je souhaite que celui-ci se fasse dans le cadre d'une démarche pédagogique pour soutenir et rassurer mais aussi pour interroger et solliciter.

Une attention toute particulière sera donnée aux actions de communication, pour informer les professionnels et les usagers, et à la planification, pour donner une visibilité aux actions. A ce titre, la planification de chaque projet sera définie dans un document synthétique se trouvant en annexe n°. J'ajouterai que la planification intégrera, de surcroît, le fait que de nombreux groupes de travail sont actuellement en cours dans le cadre de la réalisation du plan d'amélioration de la qualité (notamment sur la question de la bientraitance). C'est pourquoi je propose d'étaler dans le temps la stratégie d'action que je souhaite mettre en œuvre pour éviter d'épuiser les professionnels dans une démarche de réflexion incessante.

Le projet de changement qui se dessine devra porter autour de trois axes majeurs.

Le premier concerne les personnes accueillies et leurs familles. J'aborderai plus précisément les moyens que je souhaite déployer pour faire vivre, ce qui est sous tendu par la relation de service, à savoir la transaction, la réponse aux besoins et le respect de leurs droits.

Le second portera sur l'organisation institutionnelle et les professionnels de l'ITEP.

Enfin, le dernier axe concerne la stratégie d'ouverture de l'établissement sur l'extérieur avec la définition de nouvelles procédures pour formaliser les relations de l'ITEP avec son environnement.

Michel CROZIER : *« nul n'est hostile au changement pour peu qu'il y trouve un intérêt. »⁹²*

⁹¹ Patrick Lefèvre, *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p. 183.

⁹² Ibid.

3.1 Le changement en interne pour s'engager dans une relation de service

Comme nous avons pu le voir dans la deuxième partie, la mise en place d'une relation de service interroge la place des enfants et de leurs familles ainsi que nos pratiques.

Il s'agira, sans tomber dans l'excès qui consisterait à libéraliser les prestations, de repenser la nature de nos actions ainsi que la place des enfants et de leurs familles dans le champ institutionnel.

3.1.1 Les principes généraux

Cette partie du projet est, selon moi, délicate à construire car elle touche aux représentations, que se font les professionnels, de la relation d'aide.

Je souhaite en effet passer de la logique d'enfant sujet, autour duquel gravitent toutes les attentions des salariés de l'institution, à celui d'acteur, reconnu par l'expression de ses besoins et par sa participation tant à l'élaboration de son projet qu'à la vie institutionnelle.

Il conviendra de faire entendre aux professionnels que ce ne sont pas leurs compétences et leurs savoir-faire qui sont mis en doute et de les aider à conceptualiser une place différente pour l'enfant et sa famille. Le projet de l'enfant devient alors le centre de nos réflexions et l'objet central de la transaction au sein de la triade enfants-parents-institution.

Dans ce contexte, je repère un risque de résistance important qui m'amène à développer une acuité toute particulière sur la stratégie que je vais adopter.

A) Elaborer un plan de communication adapté

« Pour que le projet ne reste pas lettre morte, il doit être communiqué et si possible défendu. »⁹³. La communication, à destination des salariés, sera élaborée, finalisée mais également ouverte et responsabilisante. Plus que par la présentation du projet, c'est par son argumentation que j'espère obtenir l'adhésion des équipes à celui-ci⁹⁴.

Les instances représentatives du personnel, et plus particulièrement les Délégués du Personnel (et parce que c'est la seule instance propre à l'établissement), seront mes premières « cibles ». Je souhaite ainsi les impliquer dès le début de la réflexion. J'utiliserai, dans un second temps, la réunion institutionnelle (réunion mensuelle qui concerne l'ensemble des salariés) pour faire une première présentation. Par la suite, les réunions pédagogiques (trimestrielles pour chaque service) seront l'occasion de traiter de

⁹³ Bruno Roche et Francis Marfoggia, *l'Art de manager, éléments pour comprendre, clés pour agir*. Op. cit. p. 109.

⁹⁴ Idem. p. 115.

cette nouvelle dimension. Le temps viendra alors de constituer un groupe de travail chargé de réfléchir et d'élaborer des réponses.

Le Conseil de la Vie Sociale sera, parallèlement, régulièrement consulté. Puisqu'il se réunit tous les trimestres, je propose que des points d'étape soient inscrits à chaque ordre du jour. De cette façon, le CVS sera chargé de donner à la fois son avis ainsi que des pistes d'amélioration sur les projets en cours.

B) Le management par projet, une méthode qui semble adaptée à ma volonté de faire participer les salariés

La réflexion autour du programme de changement sera pour moi l'occasion d'expérimenter la méthode de management par projet. Ce procédé me paraît intéressant car il fait à la fois appel à la réflexion, la responsabilisation et à la participation des professionnels⁹⁵. Les conditions de réussite d'une telle démarche s'appuient sur les préceptes suivants⁹⁶ :

- Le groupe projet est mobilisé pour répondre à une commande précise et réelle (c'est-à-dire que le groupe a une obligation de résultats sans que ceux-ci ne soient édictés par avance).
- Le groupe projet doit jouir d'une autonomie avérée.
- La commande est préalablement explicitée et cadrée. Cela m'imposera, en premier lieu, d'écrire une lettre de mission notifiant les objectifs poursuivis par le groupe, d'élaborer un pré cahier des charges de la réalisation attendue, de désigner parmi les membres un responsable et d'établir un planning précis (précisant le nombre d'heures dont il dispose et la date de rendu).

Le groupe projet sera composé de personnes volontaires et la désignation du responsable se fera en vertu de ses qualités de réflexion, de rédaction et de mobilisation autour du projet.

C) Utiliser la formation interne pour aider les professionnels à se familiariser avec le projet et à comprendre ses enjeux

Le temps de la formation interviendra en dernier lieu. La construction du contenu pédagogique se fera en fonction des objectifs poursuivis. De ceux-ci dépendront le choix de l'intervenant extérieur. Cette dimension devra être suffisamment anticipée pour que je puisse l'inscrire au Plan annuel de formation (dans le courant du mois de septembre de l'année N-1). J'envisage, par ailleurs, d'impliquer la commission formation, issue du

⁹⁵ Daniel Gacoïn, *Conduire des projets en action sociale*. Op. cit. p. 187.

⁹⁶ Idem. p. 188.

Comité d'Entreprise de l'association, pour définir le cahier des charges et choisir l'intervenant.

L'objectif prioritaire de cette formation est de permettre, aux personnes, de s'emparer de ces nouvelles valeurs.

Cet espace sera encadré par un intervenant extérieur pour assurer la position de « *neutralité relative, de tiers, ce qui permet d'agir dans la distanciation à l'égard de phénomènes institutionnels* »⁹⁷.

Par la suite, je prévois un temps de présentation et d'explication des pistes de réflexion ainsi que des outils élaborés par les groupes projets. En demandant aux membres du groupe du projet d'assurer cette présentation, j'imagine contribuer à leur valorisation et contribuer à la promotion des parcours professionnels individuels.

D) Les thèmes à explorer

Dans la deuxième partie du mémoire, les concepts étudiés m'ont permis d'ébaucher plusieurs sujets de réflexion que je regroupe selon trois catégories distinctes :

➤ **A destination des enfants :**

- Concevoir un référentiel commun, base de la réflexion et de l'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement.
- Modifier le fonctionnement de la réunion de synthèse pour qu'elle s'impose comme un espace de débat et de réflexion centrée sur les potentialités de l'enfant.
- Faire évoluer la notion de référent d'enfant pour aboutir à la notion de coordinateur de projet.

➤ **A destination des parents :**

- Développer une procédure de consultation pour les enfants et leurs parents.
- Initier un groupe de parole pour les parents.

➤ **Pour favoriser la participation sociale :**

- Faciliter l'accès aux documents préconisés par la loi 2002-02 en impliquant les enfants et leurs parents pour la réalisation de pictogrammes et la création d'un support vidéo.
- Mettre en place un Conseil de la Citoyenneté.

Pour concrétiser tous les axes énoncés, je prévois d'étaler leur réalisation sur cinq années. Cette stratégie de planification sera bien évidemment présentée aux professionnels de l'institution dans le cadre de ma stratégie de communication.

Enfin, et pour ne pas diluer mes propos, je choisis de vous présenter plus précisément quelques unes des pistes précitées.

⁹⁷ Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p. 332.

3.1.2 S'appuyer sur les compétences des enfants

Les prestations proposées aux enfants sont trop souvent construites à partir du constat de ce qu'ils ne peuvent pas faire. Cela s'observe surtout pour ceux qui sont en grandes difficultés et pour lesquels l'équipe interdisciplinaire, malgré les séances d'analyse de la pratique, ne peuvent adopter une position distanciée et objective.

Cette situation n'est pas forcément préjudiciable, elle montre que l'équipe garde le souci de l'enfant. Mais cette attitude est au final dommageable car elle l'enferme invariablement dans son symptôme.

A) Elaborer un référentiel commun :

a) *Objectifs recherchés*

Le quotidien d'un ITEP a la fâcheuse tendance à occulter la vision objective des choses et plus particulièrement notre conception de l'enfant. L'équipe et ses temps de réflexion sont alors envahis par les passages à l'acte, l'empêchant d'élaborer un projet adapté et personnalisé. Les réunions sont d'autant plus sclérosées que chaque professionnel se retranche derrière son champ d'intervention. Les particularismes et le clivage entre les catégories professionnelles s'expriment et s'illustrent alors dans les propos utilisés, propre à leur corporation. L'inconvénient majeur est que cela empêche les personnes de se rencontrer.

Pour permettre à l'équipe interdisciplinaire d'être productive, il faut à la fois qu'elle modifie le regard qu'elle porte sur l'enfant et qu'elle dépasse ce « saucissonnage ».

La constitution d'un référentiel commun permettrait à la fois de guider les pistes d'explorations et d'adopter ce langage commun. Ce document recensera les besoins identifiés pour chaque enfant pour que l'équipe envisage ensuite les prestations les plus appropriées. « *Les décisions prises seront par la suite consignées dans le projet personnalisé.* »⁹⁸.

Chaque item renverra à des compétences exprimées par l'enfant. Les équipes pourront ainsi partager et objectiver leur vision de l'enfant. Ce document aura l'avantage de faire à la fois tiers dans la relation enfant-référent tout en leur garantissant une forme d'équité institutionnelle. Ajoutons que ce document sera volontairement dénué de toute distinction de catégories socio-professionnelles pour éviter le clivage dénoncé auparavant.

Le référentiel se composera de deux dimensions :

- Observation clinique de l'enfant.
- Qualifier chacun des champs pour les traduire en savoir-faire et en savoir être.

⁹⁸ Jean-René Loubat, *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Op. cit. p. 247.

Ce document sera ensuite transmis à l'ensemble des personnes inscrites dans l'accompagnement de l'enfant. Il sera réévalué avant chaque réunion de point et de synthèse et servira à l'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement.

b) Elaboration et stratégie

Je constitue, à partir de janvier 2011, un groupe projet pour son élaboration. J'envisage la présentation du référentiel, aux équipes, à l'occasion des réunions pédagogiques de juin 2011.

Le groupe projet se composera de chaque catégorie de professionnel intervenant dans l'accompagnement des enfants. D'une capacité maximum de sept personnes (3 éducateurs spécialisés représentant les 3 services, 1 enseignant, 1 psychologue, 1 psychomotricienne et le pédopsychiatre) il sera animé par un responsable. Après chaque rencontre, je ferai le point avec celui-ci pour évaluer l'effectivité du travail et réajuster, si besoin, les orientations prises par le groupe. J'espère ainsi leur laisser une autonomie suffisante pour définir le contenu du référentiel. J'estime que six réunions de deux heures suffiront pour proposer un référentiel qui sera soumis à l'ensemble des équipes lors des réunions pédagogiques.

J'organiserai ensuite une réunion d'information de 2 heures, animée par les membres du groupe projet, au début du mois de septembre 2011 pour expliquer les modalités d'utilisation de cet outil à l'ensemble des personnes concernées.

En instaurant cette stratégie d'élaboration, je souhaite que le référentiel produit corresponde aux besoins des professionnels qui l'utiliseront. La présentation du référentiel aux équipes, lors des réunions pédagogiques, doit leur permettre à la fois de réagir sur le contenu mais aussi de suggérer des améliorations.

c) Résultats attendus et critères d'évaluation

Par la réalisation de ce référentiel, je souhaite atteindre les objectifs suivants :

- Donner à l'équipe interdisciplinaire une référence pour définir un plan d'action précis qui se traduira en termes d'objectifs et de moyens dans le PPA.
- Permettre l'émergence des besoins de l'enfant et faciliter l'analyse de sa situation.
- Par son aspect descriptif, il fournira des éléments tangibles pour évaluer le parcours de l'enfant.
- Servir de base à l'élaboration des bonnes pratiques institutionnelles.
- Etre utilisé comme un support de discussion et d'évaluation avec les enfants.

Au terme d'une année scolaire d'utilisation, je propose que l'on évalue collectivement l'utilisation de ce référentiel. Celle-ci pourra se faire au cours de la journée pédagogique de juin 2012 selon les critères suivants :

- Facilité d'utilisation par les professionnels.
- Uniformité ou disparité dans la qualité de ses écrits.

- Aide effective pour le déroulement des réunions de synthèse, la réalisation des PPA et l'évaluation du parcours des enfants.
- Compréhension par l'enfant et sa famille.
- Support qui permet d'impulser une vision systémique de l'enfant.
- Satisfaction des personnels, des enfants et de leurs familles.

3.1.3 Prendre en compte les attentes des parents

La loi mais aussi la volonté d'évoluer vers une relation de service m'incite à repenser la place des parents.

A) Une procédure de consultation pour les enfants et leurs parents

a) *Objectifs*

Point phare de la loi n°2002-02, la consultation des enfants et de leurs parents va au-delà d'un simple questionnement, d'une « discussion » entre l'institution et les personnes concernées. « *La consultation s'impose comme une éthique, un processus et une méthodologie incontournables, au cœur de tout projet de promotion, d'accompagnement ou d'insertion sociale.* »⁹⁹. Nous avons déjà initié, dans le cadre de la démarche d'amélioration continue, un temps de consultation des parents en réalisant un questionnaire de satisfaction. Je souhaite désormais développer la consultation sur la question des besoins et des attentes. Grâce à celle-ci, j'espère placer les protagonistes d'égal à égal et valoriser leurs prises de positions. « *La consultation directe des attentes et besoins rend la personne bénéficiaire responsable de ses propos, lui confère un réel statut : celui d'acteur et de citoyen.* »¹⁰⁰. En même temps, l'acte de consultation n'est pas négligeable car il peut remettre en question l'organisation et le fonctionnement d'une institution. Les usagers pourront parfois même exprimer des attentes qui ne seront pas réalisables. Néanmoins, la consultation représente un facteur de progrès pour l'institution, elle participe ainsi pleinement à la démarche qualité. La consultation, par la mise en exergue des besoins et attentes des personnes, enrichira également le projet personnalisé d'accompagnement.

b) *Mise en place et organisation*

Je souhaite que soit créé un guide d'entretien¹⁰¹ pour permettre à chaque professionnel coordinateur de projet de réaliser, à des temps réguliers, la consultation des familles. Pour la consultation des enfants, nous nous trouvons confronté à l'hétérogénéité de leur

⁹⁹ Idem. p. 202.

¹⁰⁰ Idem. p. 205.

¹⁰¹ Idem. p. 207.

âge et de leurs niveaux de compréhension. C'est pourquoi, je préfère engager une réflexion sur la réalisation d'une simple trame synoptique qui aborderait les différents champs de la consultation.

➤ **Constitution d'un groupe de travail** : un groupe projet composé de trois éducateurs spécialisés (un par service), un enseignant, du pédopsychiatre, d'un psychologue, d'une psychomotricienne, une maîtresse de maison et un cadre de direction. Celui-ci serait animé par l'un d'entre eux. Je participerai à une séance en milieu de parcours pour faire le point avec le groupe sur l'avancée du travail et les questions qui peuvent être soulevées. Je rencontrerai le responsable du groupe à sa demande.

➤ **Planification** : le groupe aura six séances de deux heures, de janvier à juin 2012, pour aboutir à la réalisation du guide d'entretien à destination des parents et de la trame synoptique à destination des enfants.

➤ **Mise en œuvre et Evaluation** : ils seront utilisés dès la rentrée 2012-2013 et nous évaluerons leur pertinence au terme de l'année scolaire.

c) Résultats attendus et critères d'évaluation

➤ Faire évoluer l'institution et les prestations proposées en fonction des besoins et attentes énoncées.

➤ Que les résultats de ces consultations apportent une aide efficace à la réalisation du PPA.

➤ Instaurer un climat de confiance et des relations apaisées entre l'ITEP, l'enfant et ses parents.

➤ Permettre à l'enfant de se sentir écouté.

➤ Que les parents se sentent plus impliqués dans le parcours institutionnel de leurs enfants.

Les critères d'évaluation seront les suivants :

➤ Intégrer la dimension de la consultation au sein du questionnaire de satisfaction.

➤ L'évolution du nombre de situations conflictuelles (qui même si elles restent rares, ont des conséquences toujours néfastes pour l'évolution de l'enfant) entre les parents et l'institution.

➤ L'assiduité et la qualité de la participation à ces entretiens.

➤ Le nombre de PPA modifié pour non adhésion des parents.

3.1.4 Favoriser la participation sociale

La participation sociale, plus particulièrement l'expression de la citoyenneté des personnes handicapées, est un axe fort qui a été mis en évidence dans le cadre de la loi

n°2005-102. La participation sociale est, en réalité, très vaste car elle intègre quatre domaines¹⁰² :

- La participation économique qui recouvre, en résumé, le droit de consommer mais aussi de travailler.
- La participation civique qui concerne la connaissance et l'accès aux différents droits mais aussi une meilleure connaissance de son environnement.
- La participation relationnelle ou la possibilité d'accéder à toutes formes de vie sociale.
- La participation culturelle, quant à elle, reprend le fait d'accéder à toutes les formes de culture, d'éducation, de religion mais aussi de spectacle et de création.

Dans le cas d'établissement accueillant des enfants handicapés, nous nous attachons plus particulièrement à la dimension civique et culturelle.

A l'ITEP, nous développons, historiquement, des activités centrées sur la découverte des arts, des spectacles vivants mais aussi des ateliers de création artistique.

C'est pourquoi je souhaite développer, dorénavant, la question de la participation civique des enfants et de leurs parents.

Cela nous impose d'agir à la fois sur les règlements qui régissent le cadre institutionnel, sur la négociation et la personnalisation des prestations et enfin, sur le respect des droits des enfants et de leurs familles.

A) Instauration d'un Conseil de la Citoyenneté

a) Objectifs poursuivis

Les passages à l'acte et les transgressions sont fréquents à l'ITEP.

Cette surexposition nous amène parfois à réagir de façon inadaptée. Face à des enfants en manque de repères éducatifs, il nous paraît évident que la sanction et la réparation participent tous deux, d'une certaine manière, au processus de soin. Nous attachons donc une grande importance à la cohérence de nos réponses face à ces nombreuses attaques du cadre. Pour nous aider, nous avons réalisé, il y a deux ans, une échelle des sanctions. Son objectif n'est pas de standardiser les réponses mais plutôt de donner des repères aux professionnels. Chaque adulte de l'institution se trouve responsabilisé dans l'acte de sanctionner, la direction de l'établissement n'intervenant que pour les actes les plus graves. Néanmoins, à chaque sanction, je me pose toujours la question de sa signification pour l'enfant. Permet-elle à l'enfant de se construire ou seulement de calmer l'exaspération des professionnels ? Seul un travail centré sur la compréhension de la sanction permettrait de répondre à cette question.

Le Conseil de la Citoyenneté pourrait assurer cette fonction.

¹⁰² Idem. pp. 30-31.

Cette instance qui se réunira une fois par trimestre, se composera, notamment de quatre représentants des enfants et de deux représentants des familles. Je l'envisage comme un lieu de débats et de réflexions sur les transgressions et sur les diverses attitudes institutionnelles qui auront été adoptées. J'espère ainsi que les enfants comprennent le pourquoi de l'interdit et mettent des mots sur leurs ressentis. Il pourra également nous aider à définir des sanctions plus appropriées. Ce conseil n'aura pas la même portée qu'un Conseil de discipline et il s'apparentera encore moins à un tribunal. Les sujets qui y seront traités ne feront pas référence à une situation particulière mais reprendront des thèmes généraux : la violence, les insultes.

En impliquant les parents à cette instance, j'ambitionne de les aider à agir dans les situations qu'ils peuvent rencontrer. Ils pourront également s'approprier un peu de la vie de l'établissement tout en s'apercevant que nous ne sommes ni tout-puissants ni incohérents.

b) Mise en œuvre et organisation

Le premier travail portera sur la rédaction du règlement intérieur de cette instance, rédaction que je proposerai à un groupe de travail qui sera désigné, après appel au volontariat, au début de l'année scolaire 2010-2011. Le groupe sera constitué de quatre personnes dont au moins un éducateur et un enseignant.

La finalisation du règlement intérieur se fera au terme de deux réunions de deux heures, dans le courant du mois de décembre 2010.

Le conseil se composera de huit membres et d'un Président réparti de la manière suivante :

- La fonction de Président sera pourvue par un cadre de direction de l'ITEP. Son rôle sera d'animer la réunion, de faciliter la circulation de la parole et il veillera à ce que l'instance respecte ses prérogatives (ni tribunal ni instance revendicative chargée de traiter de dysfonctionnements institutionnels). Enfin, c'est lui qui définira, sur la base des propositions de chaque membre, chaque ordre du jour.
- Deux salariés, membres de l'équipe éducative, thérapeutique et/ou pédagogique. Représentants de l'institution, ils sont porteurs du cadre mais aussi de l'empathie éducative dont tout professionnel doit faire preuve dans notre établissement.
- Quatre représentants des enfants. Ils donneront leurs points de vue sur les thèmes proposés et alimenteront les débats.
- Deux parents. Ils seront élus par leurs pairs pour une année scolaire.

c) Résultats attendus et moyens d'évaluation

- Grace à ce travail, j'espère que chaque sanction soit signifiante et permette à l'enfant de se construire.
- Que les enfants aient confiance dans le collectif et les adultes.

- Impliquer les parents dans les moments parfois difficiles de l'institution.

Au terme de l'année scolaire, je proposerai d'évaluer le dispositif selon les critères suivants :

- Nombre de réunions du Conseil.
- Qualité des échanges et participation de ses membres.
- L'intérêt exprimé par chacun des participants.

3.2 Le changement en interne pour favoriser le décloisonnement

Nous avons vu, dans la première partie, que l'ITEP s'est construit autour de l'identité et du développement de ses services opérationnels. Cette culture, si elle était valable pour assurer sa structuration et l'élaboration de pratiques professionnelles, doit aujourd'hui progresser pour construire des parcours personnalisés.

Le décloisonnement est pour moi, en premier lieu, une posture managériale centrée sur la promotion de l'individu et favorisant la mobilité.

Cette posture doit concerner à la fois les enfants et les professionnels de l'institution. En effet, comment instaurer la mobilité et les projets personnalisés pour les personnes accueillies si nous ne l'appliquons pas également pour les personnels de l'établissement.

En d'autres termes et comme l'explique Patrick LEFÈVRE, cela consiste à développer un « management social » fondé sur le compromis et la négociation tout en prenant en compte les spécificités de l'action sociale et médico-sociale.¹⁰³

Ses principes sont les suivants :¹⁰⁴

- Maintenir une logique non commerciale qui privilégie l'éthique ;
- Assurer les conditions de l'innovation et du développement des services ;
- Contribuer à la qualité des prestations en direction des usagers ;
- Optimiser les ressources humaines.

Le décloisonnement se pose donc comme un principe qui touche à la fois l'organisation institutionnelle, la gestion des ressources humaines, la prise en compte des besoins des enfants et la façon d'incarner la fonction de direction.

3.2.1 Les principes généraux

Le décloisonnement de l'ITEP pour aboutir à l'effectivité d'un dispositif est, depuis un an, un thème régulièrement abordé au sein de différentes instances telles que le Conseil Technique et Scientifique (instance chargée d'assurer une veille institutionnelle, sur ses pratiques et l'évolution du contexte législatif) et les réunions pédagogiques. Celui-ci suscite à la fois intérêt, car la nécessité de décloisonner est issue d'un diagnostic partagé,

¹⁰³ Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p. 125.

et réticence, car les salariés ont peur du concept de mobilité. Face à ces craintes, il convient d'aborder une stratégie particulière qui impliquera chaque instance et niveau de l'institution.

La refonte du management associatif, prônant la mise en synergie des managements par pôle de compétences et des fonctions supports, servira de base sur laquelle je compte m'appuyer. Néanmoins, cette concomitance d'action fait aussi courir le risque que le projet suscite de très fortes résistances. Je pense donc apporter une attention toute particulière sur la stratégie de communication et exposer rapidement les projets qui concernent la dimension des ressources humaines pour que les personnes soient très vite rassurées sur la pérennité de leurs fonctions.

A) S'appuyer sur l'association et les IRP

Le plan de communication est une étape préalable et importante. Il s'apparente à celui que j'ai décrit au cours de la première partie de ce chapitre.

Néanmoins et parce que cet aspect du projet concerne à la fois le champ de l'organisation du travail et l'élaboration d'un plan de formation précis, je propose d'y associer l'association et ses IRP.

En associant le Président et le Directeur Général lors de la première présentation du projet, au cours de la réunion institutionnelle de septembre 2008, j'opte pour une « *communication culturelle* »¹⁰⁵. Elle a pour caractéristique de « *s'appuyer sur la transmission, elle marque l'importance des valeurs, des signes et symboles de reconnaissance.* »¹⁰⁶. Par cette dimension culturelle, j'espère « *créer une mythologie, une symbolique, autrement dit un sacré à partir duquel l'établissement assure son identification* »¹⁰⁷ pour préparer les conditions préalables de l'adhésion. Le décroisement, en permettant l'élaboration de réponses personnalisées, s'inscrit dans le respect des valeurs associatives que sont la dispense de soin pour les personnes en difficulté et la réponse aux besoins repérés.

J'imagine, par la suite, exposer au Comité d'Entreprise les principes puis l'avancée du projet.

B) Mener un questionnement éthique permanent

Dans la deuxième partie du mémoire, j'affirme qu'il est important de mener un travail autour de l'éthique de l'accompagnement induit par la relation de service pour éviter de

¹⁰⁴ Daniel Gacoin, *Conduire des projets en action sociale*. Op. cit. p. 137.

¹⁰⁵ Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p. 348.

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Bruno Roche et Francis Marfoggia, *l'Art de manager, éléments pour comprendre, clés pour agir*. Op. cit. p. 10.

tomber dans une logique marchande incompatible avec notre mission de service public et notre statut d'association loi 1901.

Cette éthique de l'accompagnement devra être intimement liée à l'éthique de direction que je souhaite décrire et formaliser. Celle-ci « *irrigue les choix, les stratégies et les décisions et elle apporte sens et cohérence pour la pratique professionnelle* »¹⁰⁸.

Je propose dans ce cadre de définir, avec les cadres de direction de l'établissement, une charte éthique de l'équipe de direction qui sera par la suite présentée aux salariés de l'ITEP. De cette façon, j'ambitionne que les salariés conceptualisent nos principes et notre positionnement pour qu'ils puissent être à la fois rassurés et capables de se représenter la dynamique de changement qui leur sera offerte.

Puis je constituerai un groupe de travail, composé de quatre personnes (personnel éducatif, paramédical et psychologique, enseignant et logistique) et animé par un cadre de direction, pour rédiger une charte sur l'éthique d'accompagnement au sein de l'ITEP.

La réflexion doit s'inscrire sur du long terme et accompagner la réalisation du projet, c'est pourquoi j'envisage que ce groupe dispose d'au moins une année scolaire pour nous présenter le fruit de sa production.

C) Le manque de reconnaissance des salariés, un mal récurrent dans nos organisations

Un récent sondage montre que le mal principal dont souffrent les professionnels du secteur médico-social est le « *manque de reconnaissance* »¹⁰⁹. L'usure professionnelle ne serait en réalité qu'une analyse erronée du mal être des travailleurs sociaux d'aujourd'hui.

Le concept « *d'épreuve de professionnalité* »¹¹⁰, c'est-à-dire des épreuves qui empêchent de faire correctement leur travail et de continuer à se construire, semble plus adapté. Celui-ci reprend, en réalité, toutes les difficultés que peuvent vivre les professionnels du secteur actuellement :

- Accroissement de tâches administratives.
- Un management trop centré sur des logiques gestionnaires, qui oublie de soutenir les salariés.
- La dimension collective du travail se réduit au détriment de la construction de références théoriques et pratiques.
- Une trop grande autonomie qui isole les personnes.

¹⁰⁸ Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p. 162.

¹⁰⁹ Actualité Sociale Hebdomadaire n° 2562 du 13 juin 2008, Florence Pagneux, *Les travailleurs sociaux souffrent moins d'usure que d'un déni de reconnaissance*. pp. 37-40.

¹¹⁰ Idem.

- Une mauvaise organisation institutionnelle.
- Un raccourcissement conséquent du temps d'accompagnement induit par la logique de performance.

« Au final, l'institution est, dans les discours, la première source de lassitude et d'exaspération »¹¹¹.

Les leviers pour agir sur le sentiment de reconnaissance sont peu nombreux dans notre secteur.

Nos moyens d'agir sur la motivation peuvent être repérés de la façon suivante¹¹² :

- La reconnaissance statutaire et salariale. C'est un levier marginal pour les cadres de direction puisque nous sommes encadrés par une convention collective qui valorise l'expérience et le statut mais pas la motivation.
- Les conditions de travail, sont généralement des sources de satisfaction dans nos institutions puisqu'elles sont éloignées des contingences de productivité.
- La reconnaissance identitaire apparaît comme le facteur sur lequel le directeur a le plus de prise. Cela passera par la reconnaissance des professionnels dans leurs pratiques quotidiennes et nécessitera de laisser un champ d'autonomie et de responsabilisation, de favoriser les échanges et la collaboration constructive et de faciliter l'accès à des actions de formation. Par ailleurs, conduire un travail centré sur l'éthique, la culture institutionnelle et la construction de référentiel concernant les pratiques professionnelles, contribuera, à la fois, à créer un sentiment d'appartenance à l'institution et une reconnaissance de l'identité professionnelle individuelle.

3.2.2 Une organisation ouverte tournée vers les besoins des enfants

Le fonctionnement compartimenté des services a encouragé le développement des pratiques et l'acquisition d'une professionnalisation spécifique de chacun de ses membres. Mais cette organisation freine les perspectives de personnalisation de l'accompagnement.

Pourtant, force est de constater qu'un enfant accueilli à l'internat souffre de problèmes différents de celui qui est suivi par le SESSAD. Cela légitime donc l'existence de plusieurs niveaux de réponses.

En d'autres termes, l'ouverture de l'ITEP ne doit pas aboutir à la disparition de ses services mais plutôt à libérer les champs des possibles autour de la dimension essentielle qui légitime notre existence et notre action : le soin.

¹¹¹ Idem.

¹¹² Bertrand Dubreuil, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 2004. pp.113-115.

A) Les objectifs recherchés

a) *Harmoniser les pratiques jugées positives*

Comme j'ai pu l'expliquer précédemment, les services ont construit leurs pratiques de façon empirique, étayées par des recherches théoriques.

L'inconvénient majeur est que chaque service profite d'un savoir-faire singulier sans pouvoir le généraliser.

La question de l'accueil des enfants est pour moi un exemple flagrant. Elle fait l'objet d'une réflexion permanente pour les équipes d'internat. De celle-ci sont issues des pratiques innovantes qui affichent des résultats probants.

Pourtant, les pratiques développées autour de l'accueil des enfants concernent tout autant le Semi-internat mais cette dimension n'a jamais fait l'objet d'une réflexion poussée alors que le besoin est manifeste.

La personnalisation des prestations et la réponse aux besoins passera donc par l'échange et la transmission de certaines pratiques entre les services.

Les champs que je repère sont les suivants :

Champs concernés	Services concernés	Service apprenant
L'Accueil des Enfants	<ul style="list-style-type: none">○ Semi-internat○ SESSAD	L'Internat
Le travail interdisciplinaire	Le SESSAD et l'AFS	Le Semi-internat
La transmission et la communication	<ul style="list-style-type: none">○ SESSAD○ AFS○ Internat	Le Semi-internat
Le travail d'accompagnement éducatif des familles	<ul style="list-style-type: none">○ L'Internat○ Le Semi-internat	Le SESSAD
La transversalité institutionnelle	<ul style="list-style-type: none">○ L'Internat○ Le Semi-internat○ Le SESSAD et l'AFS	Le service médical, Paramédical et Psychologique
Travailler en partenariat	<ul style="list-style-type: none">○ L'Internat○ Le Semi-Internat	Le SESSAD
Accompagnement spécifique sur les temps extra scolaires	<ul style="list-style-type: none">○ Le SESSAD○ Le Semi-internat	L'Internat

b) *Faciliter les interventions interservices*

Je constate qu'il est de plus en plus rare qu'un enfant bénéficie d'un accompagnement qui ne concerne que le cadre strict d'un service opérationnel de l'établissement.

Le parcours d'un enfant doit, en plus des modifications consécutives aux souhaits des parents, se construire de façon singulière dans des logiques interservices voire même interinstitutionnelles.

Pour répondre à cela, je propose que soit créée une procédure d'accueil particulière, qui serait nommée « La Passerelle ». Elle sera proposée à des enfants pour lesquels nous percevons, dès la procédure d'admission, un besoin d'accompagnement particulier. Cette procédure d'accueil transversale mettra à contribution chaque service sur une période définie au préalable et qui ne dépassera pas au total trois mois.

C'est seulement à son terme qu'il sera décidé, après présentation du PPA aux parents, où l'enfant sera affecté.

c) Dépasser les contraintes imposées par notre système de tarification et nos agréments

Notre procédure de tarification (prix de journée pour l'AFS, l'Internat et le Semi-Internat ; dotation globale pour le SESSAD) et nos agréments représentent des freins indéniables que l'on doit sans cesse considérer. En effet, nous nous retrouvons parfois dans la situation paradoxale de refuser d'admettre un enfant sur le service notifié par la MDPH, faute de places, alors que d'autres services sont incomplets.

Dans ce cas, proposer un autre service irait à l'encontre du respect des droits des usagers, voire même une certaine forme de maltraitance institutionnelle vis-à-vis de l'enfant et de sa famille.

Afin d'éviter ce paradoxe, je proposerai à la DDASS du Doubs d'obtenir une dotation annuelle globale et un agrément unique pour l'ensemble de l'ITEP.

Avec la CDAPH et son équipe pluridisciplinaire, j'envisage de négocier des notifications uniques stipulant « dispositif ITEP ». Le niveau de la prestation sera alors négocié avec les parents, après passage si besoin par « la Passerelle ». Le projet personnalisé d'accompagnement de l'enfant sera par la suite transmis à la MDPH pour décider de sa validité.

B) Mise en œuvre

L'ouverture des services de l'ITEP demeure une priorité qui doit être engagée dès septembre 2008. Sa réalisation n'engage pas, dans un premier temps, de création de postes mais plutôt un ajustement de l'organisation.

La stratégie retenue requiert l'implication des professionnels appartenant à chaque équipe et service.

Les groupes projet seront chargés de définir les nouvelles modalités organisationnelles qui seront, dans un deuxième temps, testées lors d'une phase d'expérimentation.

a) *De septembre 2008 à fin octobre 2008*

➤ **Définir un groupe de pilotage :**

Dès septembre 2008, je constitue un Comité de Pilotage composé de :

Quatre représentants des cadres du Pôle médico-social, un Administrateur, un représentant des parents, un représentant des Délégués du Personnel, un représentant de la Cellule QUALITEP, un représentant du Conseil Technique et Scientifique et un représentant du Comité d'Entreprise. Le Comité de Pilotage aura la charge de définir la stratégie de réalisation du projet, la planification, et de valider les orientations prises. Il aura, par ailleurs, la charge de définir les orientations générales de la formation professionnelle selon une planification pluriannuelle. Charge à moi de construire le PAUF, dès le mois d'octobre 2008 (pour la première année), dans le respect des options retenues.

➤ **Permettre l'échange de pratique entre les équipes :** le Comité de Pilotage aura la charge de choisir, parmi les sujets précités, trois thèmes spécifiques. A partir de ceux-ci, il instituera trois commissions transversales. Chacune d'entre elle se verra attribuer quatre réunions de deux heures animées par un cadre de direction de l'établissement.

Les équipes « apprenantes » auront la responsabilité de produire, au préalable, un écrit définissant les contours du sujet. Cet écrit sera rédigé par une partie des professionnels de l'équipe concernée. Je limiterai à deux heures le temps de préparation de cet écrit.

Ce document se présentera comme un support de réflexion. Il sera complété au cours des réunions, sa version finale participera à la constitution de la première ébauche du guide de bonnes pratiques professionnelles.

➤ **Développer des parcours personnalisés interservices :**

Le Comité de Pilotage procédera à la constitution de deux groupes projet. Le premier aura pour mission de définir le projet thérapeutique, éducatif et pédagogique ainsi que les procédures de fonctionnement du dispositif « la Passerelle ». Le second groupe fixera les bases d'un fonctionnement décloisonné. Les deux groupes auront une composition hétérogène, comprenant entre cinq et sept membres, représentant le plus largement possible les différentes catégories professionnelles.

➤ **Modifier le système de tarification et nos agréments :**

Cette dimension relève essentiellement d'un travail de négociation avec l'autorité de tarification et la MDPH. J'aborderai largement cette question au cours de la dernière partie de ce dossier.

b) *De novembre 2008 à fin avril 2009*

Les trois commissions et les deux groupes projet se rencontreront régulièrement selon le rythme défini par le Comité de Pilotage. Je considère, a priori, que les groupes projet auront besoin d'environ six séances de deux heures.

Le Comité de Pilotage rencontrera tous les mois et demi le responsable de chaque groupe. Il sera chargé de présenter l'état d'avancement des travaux ainsi que les arbitrages qui requièrent sa compétence.

Quant aux Commissions de travail, je pense qu'ils pourront présenter leur référentiel au cours du mois de février 2009.

c) De mai à juin 2009

Les Groupes Projet seront chargés de rédiger les divers documents et procédures. Le Comité de Pilotage validera les supports dans le courant du mois de juin. Il animera ensuite une réunion institutionnelle spécifique où chaque groupe projet et commission présenteront leurs productions.

d) De septembre 2009 à juin 2010

L'année scolaire 2009-2010 se présentera comme une année charnière puisque chaque partie du projet de décloisonnement sera mise en œuvre et évaluée.

C) Résultats attendus et évaluation

Au-delà de la définition de nouveaux principes organisationnels, je souhaite obtenir les résultats suivants :

- Créer une nouvelle éthique institutionnelle.
- Impulser une dynamique de réflexion collective et interinstitutionnelle.
- Poser les bases d'un référentiel de bonnes pratiques.
- Fédérer l'institution autour d'un projet commun.
- Permettre aux familles, aux enfants, aux IRP et aux membres du Conseil d'Administration de participer à l'élaboration du projet et à l'appropriation de cette nouvelle culture.

L'évaluation de la pertinence de ce projet se fera selon des critères précis :

- Cohérence des parcours personnalisés.
- Etude du climat social consécutif à la modification de l'organisation fonctionnelle.
- Plaintes exprimées par les professionnels et notamment recensement du nombre d'arrêts maladie de courte durée.
- Qualité de l'articulation TEP.
- Amélioration des pratiques.
- Amélioration de l'intégration des jeunes professionnels grâce à la réalisation des différents référentiels et procédures.

3.2.3 Définir un management de proximité pour articuler le collectif professionnel avec l'individu

L'importance d'une conception collective du travail ne doit pas nous faire oublier la nécessité d'une gestion personnalisée des parcours professionnels.

L'association a depuis longtemps instauré une réflexion et divers outils qui participent à la gestion prévisionnelle des emplois et compétences. C'est ainsi qu'en 1999, chaque établissement a développé des fiches de postes par fonction, travail qui a permis d'engager par la suite la réalisation d'une trame unique pour mener des entretiens individuels d'évaluation.

La plupart de ces outils auraient besoin d'être réactualisés et les procédures, pour partie, redéfinies. C'est pourquoi, la direction générale souhaite engager, dès l'an prochain, une réforme de notre politique de gestion des ressources humaines. A cet effet, l'embauche d'un Directeur des Ressources Humaines, rattaché au siège social, est prévue pour la fin de cette année.

Au niveau de l'établissement, mon niveau d'action portera sur l'articulation de la dimension collective (ce que l'on appelle couramment les équipes) avec la dimension individuelle.

Je considère que ce lien est garanti par le management de proximité. Dans le contexte de la mise en place du Pôle Médico-Social, je compte utiliser l'opportunité de la réforme du management et de l'embauche d'un nouveau Chef de Service, pour définir un nouvel organigramme fonctionnel et hiérarchique ainsi que le niveau de délégation de chaque cadre de proximité.

A) Les objectifs recherchés

Le nouvel organigramme hiérarchique, établi lors de la constitution du Pôle Médico-social, donne une place prépondérante aux cadres de proximité.

Pour l'ITEP, deux des trois services seront directement managés par un chef de service :

- L'Internat aura un chef de service éducatif à mi-temps, qu'il partagera avec le service d'enfants polyhandicapés dépendant de l'autre établissement médico-social de l'association.
- Le Semi-internat garde son chef de service éducatif. Il faut préciser que cette fonction sera assurée par une personne nouvelle puisque le précédent a démissionné au début du mois de mars 2008.
- J'assume, en plus de mes fonctions de Responsable d'Activité « Difficultés Psychologiques », l'encadrement direct des Services Extérieurs (qui comprend le SESSAD et le CAFS).

Les chefs de service auront des missions beaucoup plus larges que celles strictement dévolues à la gestion de leur service. Ils conduiront ainsi des missions transversales

concernant les activités du Pôle.

Au niveau de l'ITEP, je choisis de m'appuyer sur l'opportunité de l'arrivée de deux personnes nouvelles pour définir précisément leurs tâches et leurs niveaux de délégation. Ils seront, en effet, des acteurs essentiels pour mettre en œuvre le décloisonnement des services et dynamiser les équipes.

*« Tandis que le directeur garantit les orientations informelles, le cadre de proximité met donc en œuvre des pratiques référées à ces orientations et les élabore au fil des situations singulières avec les usagers. [...] le rôle du directeur se caractérise essentiellement par son statut formel et celui du cadre de proximité se situe à la charnière des régulations formelles et des interactions informelles. »*¹¹³.

Ce double niveau hiérarchique a, de surcroît, l'intérêt de créer des « espaces de libertés, de la distance, du différenciel, pour penser au lieu de réagir en miroir tant aux dysfonctionnements institutionnels qu'aux problématiques des usagers. »¹¹⁴.

Pour que cet espace de liberté soit respecté et que chacun poursuive sereinement son action, il est fondamental que les champs d'intervention soient définis par les fiches de poste et la répartition du pouvoir décrite par des délégations précises.

Si le concept de fiche de poste est déjà largement connu et instauré au sein de l'association, la notion de délégation reste à approfondir.

*« La délégation est une forme d'organisation et de répartition du pouvoir, elle englobe le fait de contrôler ce qui peut être délégué. »*¹¹⁵. Ainsi, en formalisant les délégations, on clarifie la gestion dynamique du pouvoir au sein de l'institution, on répartit et clarifie les champs du pouvoir et enfin on reconnaît la compétence d'autrui.¹¹⁶

B) Elaboration

➤ **D'avril 2008 à juin 2008** : ce travail concerne, à la fois le directeur du Pôle et les deux responsables d'activité.

Avant d'entrer dans la procédure de recrutement des différents chefs de service, il est indispensable que les fiches de poste et le niveau de délégation soient définis.

Quatre réunions de trois heures serviront à produire les deux outils.

Il conviendra alors de les proposer, pour validation, au Directeur Général et au Président.

➤ **De juillet 2008 à septembre 2008** : accompagnement à la prise de fonction des deux nouveaux cadres. Ce temps de présentation de l'institution et des options futures me

¹¹³ Idem. p. 141.

¹¹⁴ Idem. p. 148.

¹¹⁵ Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Op. cit. p. 95.

¹¹⁶ Idem. p. 96.

permettra de visualiser avec eux leurs besoins spécifiques notamment en ce qui concerne la formation.

➤ **De septembre 2008 à décembre 2008** : évaluation régulière des deux cadres au cours de leur période d'essai à raison d'un entretien par mois.

Je finaliserai leurs demandes de formation au moment de la construction du PAUF.

C) Résultats attendus et critères d'évaluation

- Traduction des orientations institutionnelles sous la forme de pratiques d'équipe.
- Facilitation de l'articulation TEP pour chaque enfant.
- Soutien, au niveau de leur service, de la dimension collective et individuelle du travail.
- Animation des nombreux espaces de régulations d'équipes.
- Création, par leurs implications et leurs réflexions, de la notion d'équipe de Direction.
- Suivi et soutien du coordinateur de projet pour la réalisation des PPA.

L'évaluation portera sur :

- L'entretien individuel d'évaluation au terme de la période d'essai.
- La production des équipes.
- Le climat institutionnel.
- La réalisation des PPA.
- Leur contribution à la structuration du Pôle.
- La mise en œuvre du projet en cours.
- Le nombre et la qualité des propositions.

3.3 Le changement vis-à-vis de l'environnement ou comment favoriser et valoriser les relations partenariales

Nous avons vu qu'une institution médico-sociale, qu'elle soit publique ou privée, ne peut plus fonctionner de manière cloisonnée et autarcique. Au-delà des obligations légales, force est de constater qu'il en va de sa survie, de sa capacité à innover et d'une dimension qui participe à son changement.

L'ITEP des Salins de Brégille a depuis très longtemps intégré ce besoin d'ouverture sur l'extérieur. Pourtant, lorsque l'on entend les professionnels, le partenariat est souvent qualifié comme une source d'insatisfaction. Je considère que cela est la résultante d'une méconnaissance de notre environnement et du manque de formalisation de la nature des liens qui nous unissent.

La gestion du réseau interinstitutionnel fait partie intégrante de la fonction de direction, sa formalisation et son animation sont les moyens que je choisis pour le rendre opérant.

Au cours de cet exposé, je souhaite exposer trois niveaux de collaboration qui diffèrent tant au niveau de leurs objectifs qu'au niveau de la stratégie adoptée pour permettre leur pérennité.

3.3.1 Les relations DDASS-ITEP, ou entrer dans l'ère dite du « gagnant-gagnant »¹¹⁷

La circulaire n°2006-216, produite par la DGAS¹¹⁸, suggère de modifier la nature des relations entre les établissements médico-sociaux et l'autorité de tarification.

Celle-ci présente à la fois des nouveaux outils, tel que le CPOM et le GCSMS, et incite le service déconcentré, chargé de la tarification, à développer un nouveau niveau de collaboration avec les établissements du secteur concerné.

Autrefois chargée d'assurer un contrôle à priori, souvent limité à des relations centrées sur la justification budgétaire, la DDASS se voit, aujourd'hui, dans la nécessité d'impulser une démarche d'accompagnement des établissements médico-sociaux pour l'amélioration de la qualité des prestations.

La DDASS vérifie alors que les objectifs ont été atteints au terme de la période définie, nous entrons dans une logique de contrôle à posteriori.

La circulaire précise, de surcroît, que les relations entre les directions d'établissement et la DDASS sont fondées sur les échanges et la négociation.

En d'autre terme, l'autorité de tarification doit être envisagée comme un partenaire.

A) Les objectifs

Le décloisonnement de l'ITEP ne sera possible que si nous pouvons lever l'obstacle majeur représenté par notre système de tarification.

En effet, comment pouvons-nous favoriser le passage d'un enfant d'un service à l'autre si cela engendre une baisse de nos recettes (chaque service possédant un prix de journée différent) ? Comment pouvons-nous garder une place d'internat disponible pour accueillir un enfant lorsque la crise familiale touche à son paroxysme sans que cela pénalise le budget de l'établissement ?

La solution à ces deux questions se trouve dans la dotation globalisée commune.

Le regroupement des deux établissements médico-sociaux du Doubs, au sein du Pôle de management permettra, à court terme, de négocier avec la DDASS un CPOM.

Le CPOM devra par ailleurs inclure les incidences financières produites par le projet de changement.

Dans ce cadre je demanderai le maintien de notre dotation budgétaire pour utiliser le différentiel de salaires entre ceux qui partent en retraite et ceux qui les remplacent pour financer des heures supplémentaires et des actions de formation.

¹¹⁷ Circulaire DGAS/SD 5B n° 2006-216 du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements.

¹¹⁸ Idem.

En agissant ainsi, je pense libérer notre capacité financière sans mettre en danger notre exploitation et notre capacité d'investissement.

B) Elaboration du CPOM

a) *Les principes du CPOM*

Le CPOM permettra de définir des niveaux d'engagement entre les deux établissements constitutifs du Pôle et notre autorité de tarification.

Le contrat couvrira la période 2009-2013.

Les éléments contractuels porteront plus précisément sur :

- Le projet qui sous-tend la démarche (développement du CREESDEV et extension de ses agréments après avis favorable du CROSMS, déploiement du projet de décloisonnement de l'ITEP, stratégie d'investissement pour aboutir à la réalisation de projets de rénovation architecturale, professionnalisation et remplacement des prochains départs en retraite).
- Les engagements des deux partenaires.
- La partie financière.
- Les indicateurs d'évaluation.
- Les modalités de suivi (comprenant les outils de suivi de l'activité et les documents financiers) et leur périodicité.
- Le taux de majoration du budget de l'année N+1.
- Les conditions de dénonciation.

b) *Mise en œuvre du CPOM*

➤ **D'avril 2008 à fin octobre 2008 :**

Période qui sera utilisée pour négocier, avec la DDASS, le contenu précis du CPOM. Je propose qu'un groupe de pilotage, constitué du Directeur du Pôle, des deux Responsables d'activité et des quatre chefs de service, mène les travaux d'élaboration et d'écriture du CPOM. La négociation avec la DDASS sera, quant à elle, conduite par le Président, le Directeur Général et le Directeur de Pôle.

Les réunions institutionnelles mensuelles permettront d'informer régulièrement les salariés des deux établissements.

Chaque mois, le CE sera consulté pour avis. Le Conseil d'Administration se prononcera sur la validité de la démarche et le contenu du contrat lors de sa séance du mois d'octobre.

➤ **De janvier 2009 à décembre 2009 :**

Le groupe de pilotage assurera un suivi trimestriel de la réalisation du CPOM qu'il présentera parallèlement au Directeur Général, au C.E, au C.A et aux salariés.

La DDASS pourrait idéalement intégrer le groupe de pilotage à chaque semestre. Au terme de la première année de fonctionnement, nous évaluerons précisément sa réalisation.

C) Données financières (cf. annexe 3)

D) Résultats attendus et évaluations

En concrétisant le CPOM, je compte atteindre les résultats suivants :

- Dégager les moyens suffisants pour accomplir la démarche projet que je souhaite engager.
- Etablir un niveau de collaboration, de négociation soit en d'autres termes, de confiance mutuelle avec la DDASS.
- Nourrir une démarche projet pour les cadres de direction.
- Adopter une stratégie prospective et projective pluriannuelle.
- Se familiariser avec des outils innovants pouvant nous permettre, à moyen terme, d'absorber des établissements médico-sociaux en difficulté.
- Associer le C.A, les IRP et les salariés à la démarche.

On peut définir les critères d'évaluation, en plus de ceux définis dans le CPOM, de la façon suivante :

- Respect des objectifs fixés par le CPOM.
- Niveau de relation instauré avec la DDASS.
- Déficit ou excédent d'exploitation.
- Perception de la démarche par les différentes instances et les salariés.
- Réalité des marges de manœuvre libérée par la dotation globalisée.

3.3.2 Créer le « Cercle des Partenaires »

Nous avons vu que l'instauration d'une relation de service avec nos usagers impliquait d'ouvrir l'ITEP sur son environnement et de formaliser ses partenariats.

C'est aussi une nécessité lorsque l'on accueille une population qui a besoins de soin, de protection et d'intégration.

En effet, nous avons vu que, en moyenne, un tiers des enfants accueillis bénéficiaient d'au moins un suivi complémentaire à celui de l'établissement. Parmi eux, l'ASE est positionnée dans plus de 50% des cas.

De plus, les difficultés des enfants suscitent dans bien des cas une intervention « à plusieurs ». Ainsi, l'enfant ne se sent ni prisonnier auprès d'un unique interlocuteur ni engagé affectivement.

Dans ces deux cas de figure, le travail partenarial est justifié par les champs de compétences complémentaires, le point de rencontre trouve son origine dans la situation individuelle de l'enfant.

Parfois, des difficultés relationnelles peuvent se cristalliser, l'intervention des cadres hiérarchiques s'avère alors indispensable pour faire tiers.

Pourtant, l'élaboration et la réflexion autour de chaque situation est possible. Ce constat m'amène à proposer des rencontres régulières avec la plupart de nos partenaires pour que l'on puisse élaborer des pratiques et des procédures en dehors du particularisme des parcours personnalisés.

Ces rencontres favoriseront, de surcroît, la connaissance et donc la reconnaissance de chacun.

Cet aspect est, du reste, considéré comme une priorité départementale. Il fait l'objet d'un groupe de travail instauré dans la continuité de la révision du schéma départemental. Mon objectif est donc d'intégrer ce groupe qui sera formé au cours du deuxième semestre 2008, animé par le Conseil Général, et qui sera chargé de lever l'obstacle représenté par la méconnaissance de chacun et de spécifier les possibilités de formalisation des rapports.

A) Objectifs

Je souhaite que les partenaires opératoires de l'ITEP participent de façon régulière à des rencontres organisées au sein de notre établissement.

Ils concernent : l'Education Nationale, l'ASE, la pédopsychiatrie sanitaire et de secteur, les autres ITEP du département, des établissements médico-sociaux départementaux, la MDPH, l'Antenne Enfance-Ados du département.

L'instance ainsi créée ne sera opérante qu'à partir de la signature d'une convention constitutive. Celle-ci permettra de définir clairement les niveaux d'attente de chacun et de les engager à participer de façon assidue.

Les temps de rencontre permettront :

- Une meilleure perception des rôles et places de chacun.
- D'être informé sur la vie de l'institution.
- De créer des pratiques transversales.
- D'analyser certaines situations complexes.
- D'organiser des actions d'information ciblées (pouvant aboutir notamment à l'organisation de congrès, journée de formation, etc.).
- De faciliter la mise en place, pour les professionnels, de temps de travail partagé.

La constitution du cercle des partenaires est complexe à mettre en œuvre. C'est pourquoi j'envisage d'attendre la production du groupe de travail organisé par le Conseil Général pour déterminer, dans un deuxième temps, les modalités de sa création.

Conclusion

La réalisation de ce mémoire de fin d'étude fut pour moi un exercice captivant. Il m'a permis d'explorer des pistes d'amélioration, en adoptant une posture de directeur, sans avoir pu, jusqu'alors, le réaliser. Si mon projet de changement peut paraître quelque peu utopique et décrit dans un contexte apaisé, il n'en demeure pas moins que je suis persuadé que cette mutation concerne l'ensemble des établissements de notre secteur.

En effet, ma démarche repose sur une étude précise de l'évolution du contexte légal et de la place qui est aujourd'hui donnée aux personnes accueillies.

Très rapidement, la perception du changement de l'éthique d'accompagnement des enfants m'a semblé, à la fois, nécessaire à mettre en œuvre mais aussi susceptible de provoquer des réticences chez les professionnels de l'ITEP.

Aujourd'hui, avec l'évolution de ma fonction induite par la mise en place du pôle de management, je perçois encore plus précisément les points de tension que j'évoque dans le diagnostic de la structure. Ces freins m'amènent ainsi à reconsidérer ma stratégie de déploiement du projet de changement.

Si la participation des salariés à la réflexion et à la mise en œuvre reste pour moi incontournable, j'envisage de mener les différentes actions énoncées de façon beaucoup plus échelonnée dans le temps.

Je me dois de trouver le juste équilibre pour maintenir un niveau de veille et de réflexion suffisant pour motiver les salariés et les sortir des débordements de notre population sans pour autant les épuiser.

Ouvrir l'établissement, pour donner de la fluidité aux parcours des enfants, touche aux fondements de sa structuration. Se représenter la famille, non plus comme objet de travail mais comme partenaire incontournable, resituera l'établissement dans une véritable relation contractuelle. Cette nouvelle culture de la négociation devra s'appuyer sur l'identification de la transaction par la réalisation du contrat de séjour, le recueil précis des besoins des enfants et attentes des parents mais aussi l'évaluation des mesures d'accompagnement.

Dans un souci d'optimisation des ressources humaines, je propose, au même titre que pour les enfants accueillis, d'accompagner individuellement l'évolution de chaque professionnel. Les parcours des salariés doivent, à mon avis, s'envisager à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement. Les actions de formation et de réflexion faciliteront la réalisation d'un référentiel de bonnes pratiques professionnelles. Celui-ci permettra de répondre aux enjeux de la transmission et de l'accueil des jeunes professionnels.

L'organisation du travail à plusieurs, avec l'ensemble des partenaires, sera posée comme une nécessité car l'adaptation aux besoins et aux possibilités des enfants et des parents exige des relations suivies et formalisées. Chaque enfant doit pouvoir recevoir des prestations conjuguées qui proviennent à la fois de l'ITEP et de tout autre partenaire.

Ceci impliquera une cohérence dans le suivi dont l'efficacité ne pourra exister sans une organisation interinstitutionnelle. C'est aussi par elle qu'émergera la relation de service qui permettra la promotion de l'utilisateur.

L'appréhension de l'environnement doit, à l'avenir, s'envisager selon un plus large spectre. Depuis trois ans, l'association AIRe s'est rapprochée d'associations similaires qui concernent la Belgique, le Luxembourg et l'Italie. Elles se sont regroupées au sein d'une entité unique, l'association Métis Europe. J'envisage ainsi, en permettant la participation des personnels de l'ITEP à cette instance, de faciliter les échanges et d'assimiler de nouvelles expériences.

Quant à moi, la production de ce travail m'a permis de constater que diriger un établissement médico social nécessite de questionner sans cesse sa pratique, la santé de l'institution et son environnement.

Néanmoins, pour que diriger ne se traduise pas que par une fuite en avant ou par une juxtaposition de projets qui se succèdent les uns aux autres, je considère qu'il est primordial de définir, au préalable, sa propre éthique. C'est à partir de celle-ci que découlera ma façon de manager une équipe, de mener à bien les projets des personnes accueillies et d'entretenir des relations vertueuses avec son environnement.

Ces deux années et demie d'études et ses six années de pratiques en tant que cadre de direction m'ont donné les bagages techniques et une expérience profitable pour connaître les contours de cette profession.

J'aspire désormais à définir ma propre éthique de direction.

Bibliographie

Ouvrages :

JANVIER R., MATHO Y. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Ed. Dunod. 2004. 3^{ème} édition, 318 p.

DANANCIER J. *Evaluer et prévenir la violence*. Paris : Ed. Dunod. 2005. 2^{ème} édition, 240 p.

DUBREUIL B. *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*. Paris : Ed. Dunod. 2004. 228 p.

FUSTIER P. *Le travail d'équipe en institution, Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*. Paris : Ed. Dunod. 2004. 205 p.

GACOIN D. *Conduire des projets en action sociale*. Paris : Ed. Dunod. 2006. 252 p.

IACONO G. *Gestion des Ressources humaines, défi du temps, défi du territoire, défi de la complexité, défi de la responsabilité*. Paris : Ed. GUALINO. 2002. 296 p.

LEFEVRE P. *Guide de la fonction Directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Ed. Dunod. 2005. 2^{ème} édition, 405 p.

LEFEVRE P. *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Ed. Dunod. 2006. 564 p.

LOUBAT J-R. *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Ed. Dunod. 2007. 2^{ème} édition, 357 p.

ROCHE B., MARFOGLIA F. *L'Art de manager, éléments pour comprendre, clés pour agir*. Paris : Ed. Ellipses. 2006. 137 p.

Rapports :

BAS P. *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*. Paris. Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux

Personnes handicapées et à la famille. Mars 2007. 30 p. Disponibilité : <www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan.pdf.>

CONSEIL GENERAL du DOUBS. *Les Bilans de Santé à l'Ecole Maternelle 2005-2006*. Besançon : Ed. Conseil Général du Doubs. mars 2007.

CRAM Bourgogne et Franche-Comté. *Structures pour l'enfance inadaptée et les adultes handicapés financées par l'Assurance Maladie en 2005*. Dijon : Ed. CRAM. 2007.

DREES. *Les Jeunes accueillis en Instituts de Rééducation*. N°466. Février 2006.

GAGNEUX M., SOUTOU P. *Les Instituts de Rééducation. Rapport n°1999006*. Collection rapports publics de l'IGAS, code mission SO/A/EQ 980118. Janvier 1999.

INSERM. Expertise collective. *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris. Septembre 2005. Disponibilité : <<http://ist.inserm.fr/basisrapports/trouble-conduites.html>>

Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital. Commission présidée par LARCHER G. Remis au Président de la République, au Premier Ministre et à la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Paris. Avril 2008. 102 p. Disponibilité : <www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/.../rapports/rapport-commission-concertation-missions-hopital-presidee-par-m.-gerard-larcher.html>

RITTER P. *Rapport sur la création des agences régionales de santé*. Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Janvier 2008. 61 p.

STATISS 2006 Franche-Comté. Ed. DRASS de Franche-Comté. Juin 2006.

Projet d'établissement :

Projet d'Etablissement de l'ITEP des Salins de Brégille. Novembre 2006.

Périodiques :

PAGNEUX F. Les travailleurs sociaux souffrent moins d'usure que d'un déni de reconnaissance. *Actualité Sociale Hebdomadaire*, 13 juin 2008, n°25562, (pp. 37-40).

Les Grands Dossiers des Sciences Humaines N°8, *L'enfant du 21^{ème} siècle*. Septembre, octobre, novembre 2007.

Acte de Colloque :

Les Instituts de Rééducation Pour qui ? Pour quoi faire ?. 1^{er} colloque de l'Association AIRE.1996. Rennes. Chateaubourg : AIRE, 1996. 256 p.

Blogs :

GACOIN D. Accès internet : < www.danielgacoin.blogs.com/>

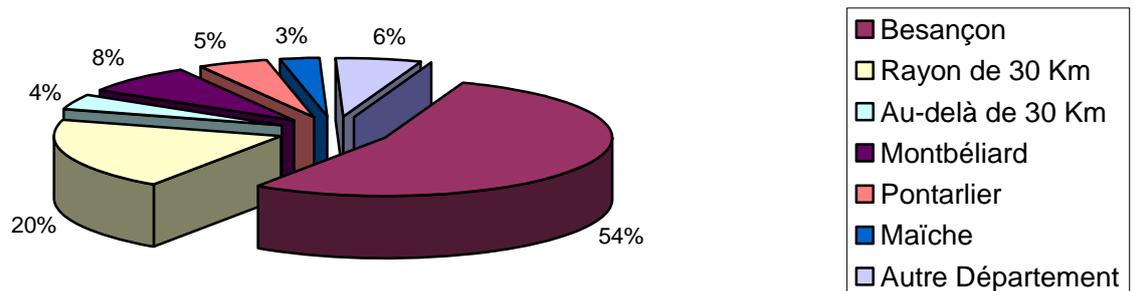
PLURIEL FORMATION. Accès internet : < www.pluriel-formation-recherche.fr/>

Liste des annexes

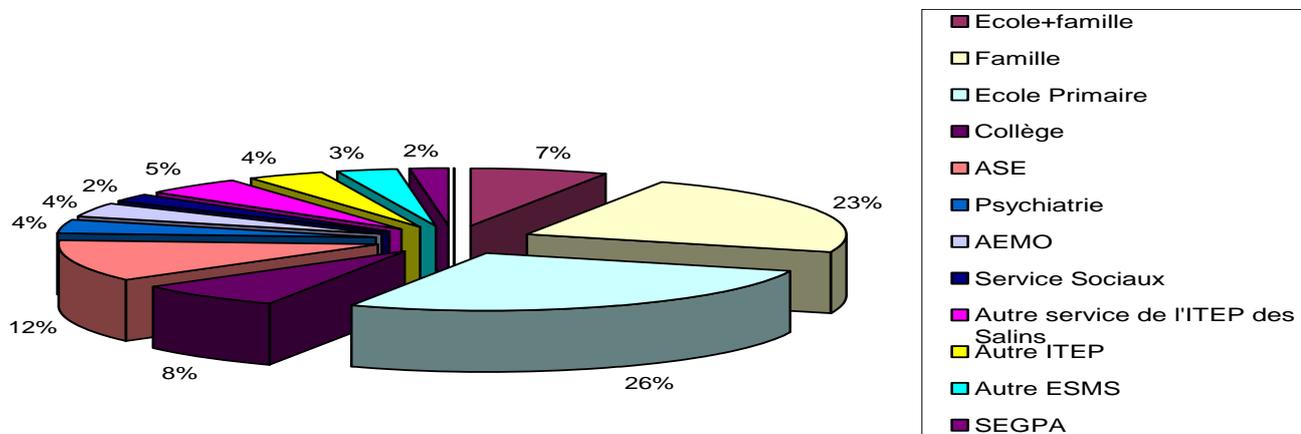
1. Annexe 1 : Etude des enfants accueillis à l'ITEP sur trois années scolaires

Au cours de l'année scolaire 2005-2006 (78 enfants au total)

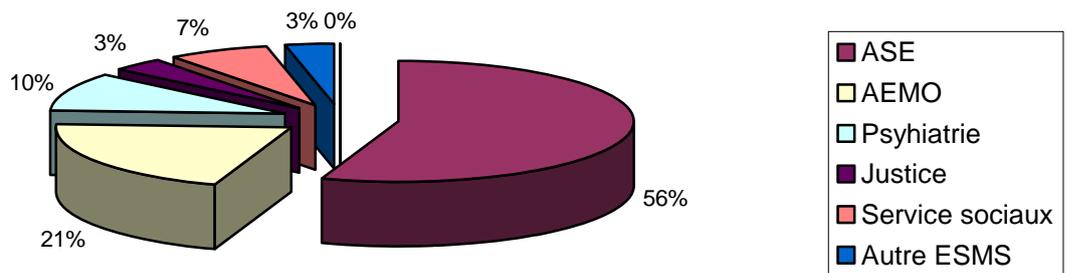
Répartition des enfants par lieu d'habitation



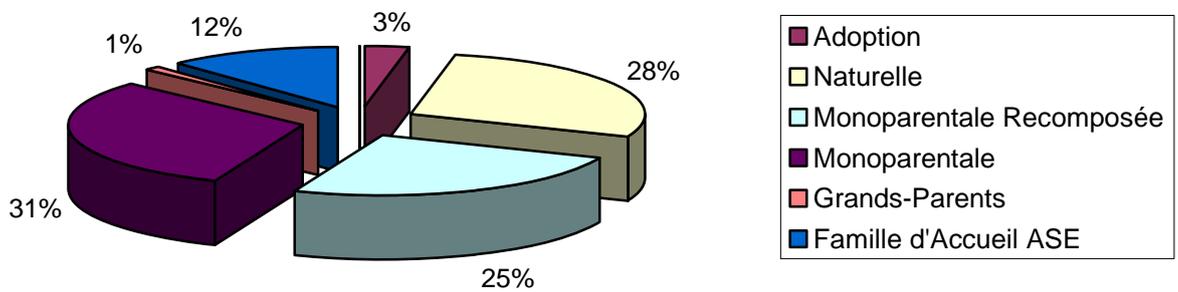
Origine de la saisine de la MDPH



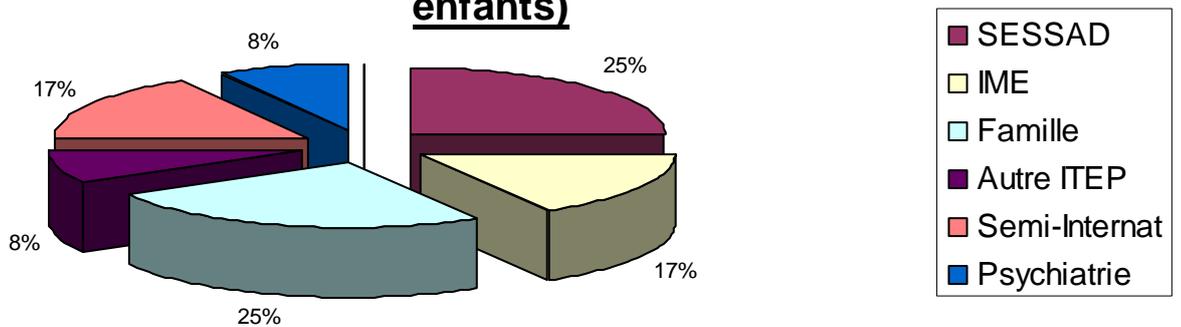
Partenaires intervenants avec l'ITEP (sur 31 enfants)



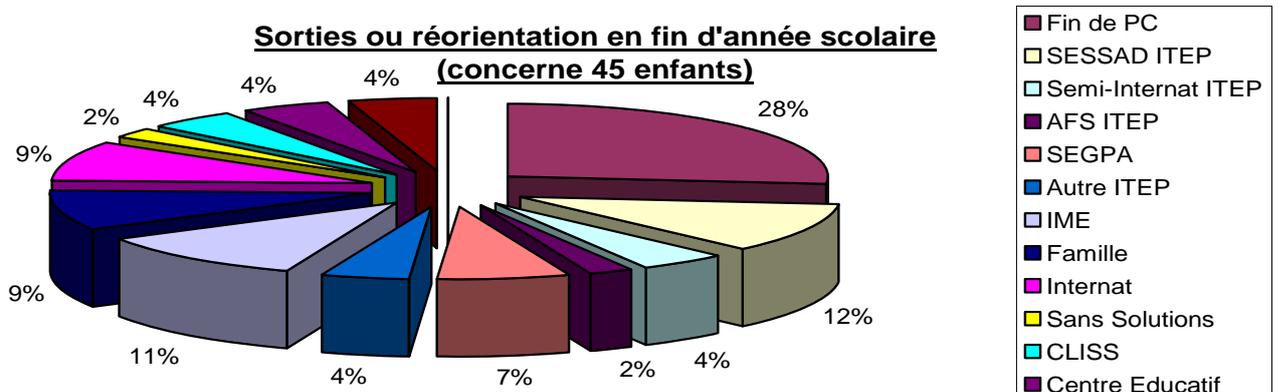
Situation Familiale



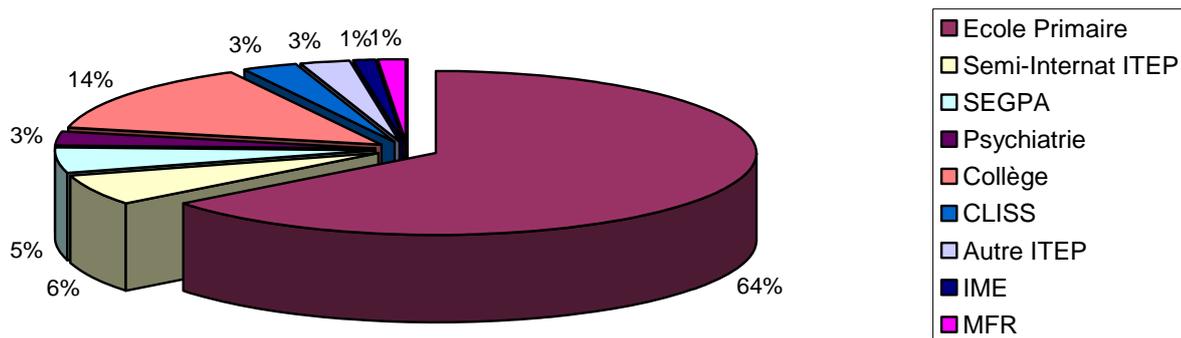
Réorientation en cours d'année scolaire (concerne 12 enfants)



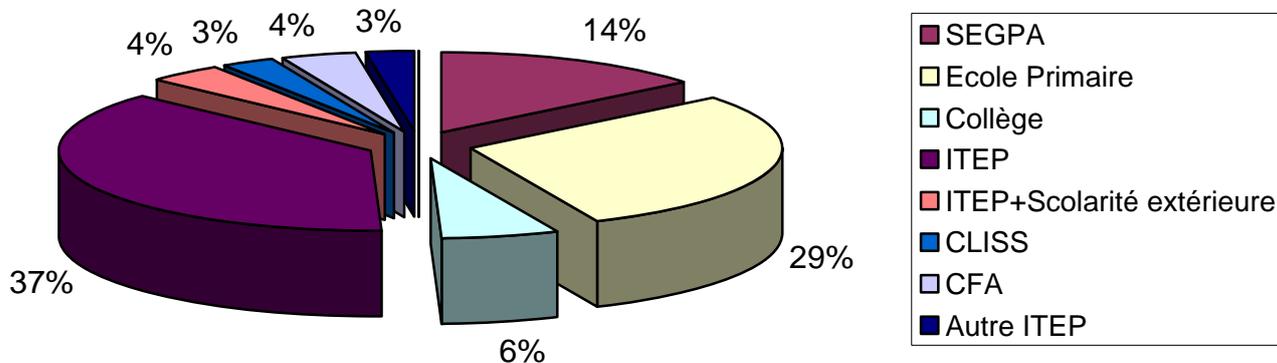
Sorties ou réorientation en fin d'année scolaire (concerne 45 enfants)



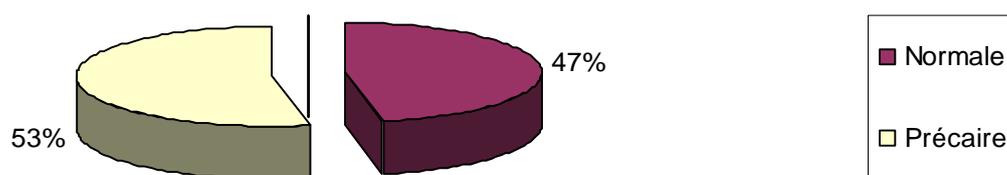
Scolarité avant l'orientation en ITEP



Scolarité pendant l'accompagnement à l'ITEP



Situation Sociale des familles



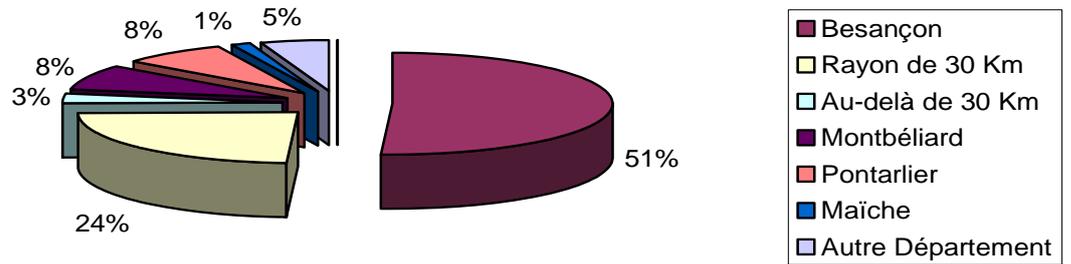
Réorientation dès réception de la notification MDPH

Trois réorientations ont eu lieu dès réception de la notification au regard des besoins exprimés et des attentes formulées par les parents :

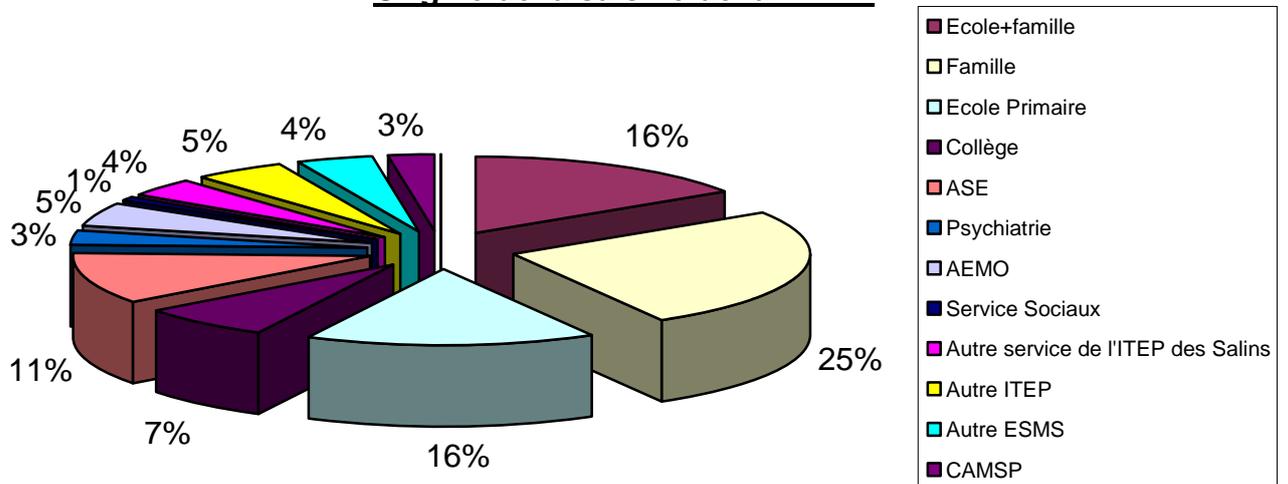
- Du SESSAD vers l'internat.
- Du SESSAD vers le Semi-internat.
- De l'Internat avec scolarité en interne à l'internat avec scolarité en école primaire.

Au cours de l'année scolaire 2006-2007 (76 enfants au total)

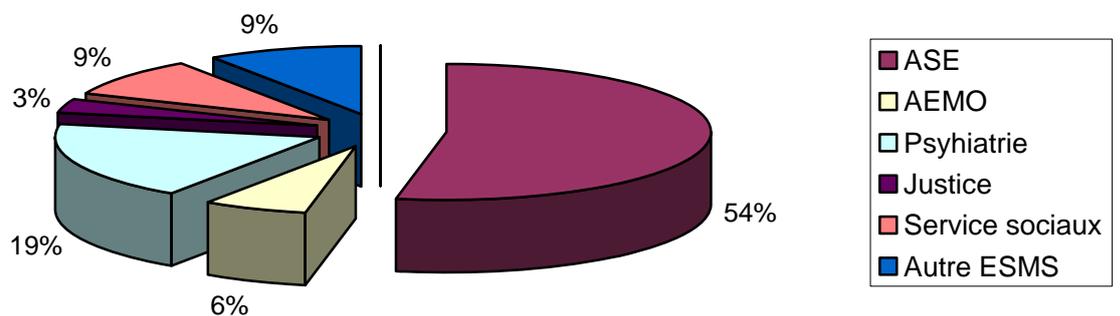
Répartition des enfants par lieu d'habitation

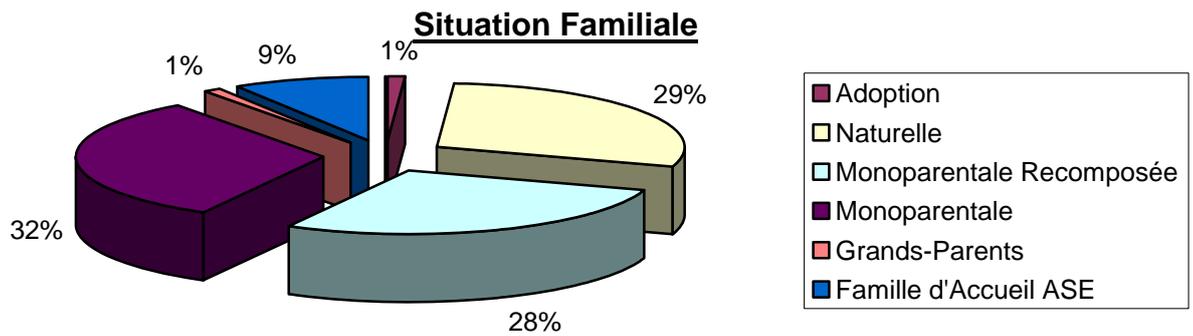


Origine de la saisine de la MDPH



Partenaires intervenants avec l'ITEP (32 enfants)





Réorientation en cours d'année scolaire

Trois réorientations ont eu lieu au cours de l'année scolaire :

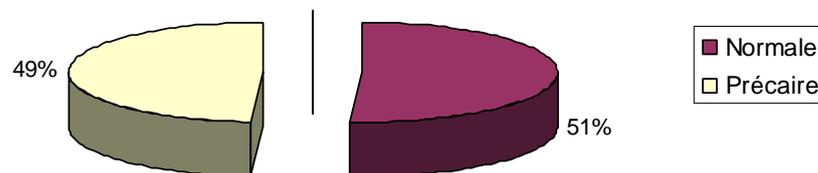
- Du SESSAD vers le service d'Accueil Familial Spécialisé.
- De l'Internat à une Famille d'Accueil ASE avec un suivi SESSAD.
- Du SESSAD à l'Internat avec scolarité en interne.

Réorientation dès réception de la notification MDPH

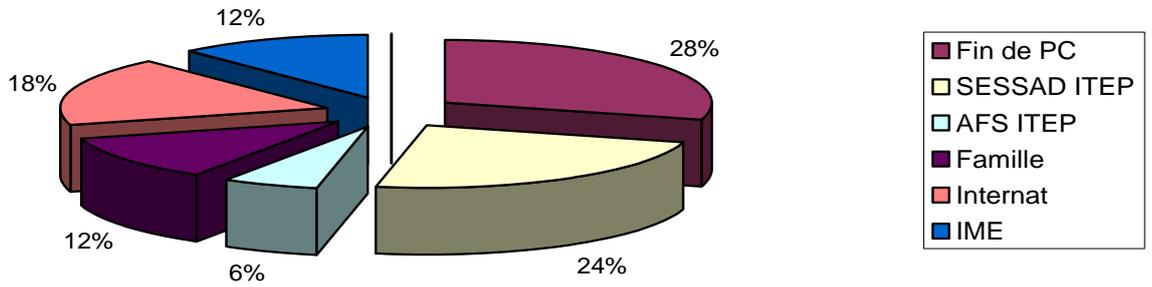
Nous avons proposé à la MDPH, quatre réorientations, après accord des parents :

- De l'internat avec scolarité en interne vers le semi-internat.
- Du semi-internat vers l'Accueil Familial spécialisé avec scolarité en interne.
- De l'internat avec scolarité en interne à un internat avec scolarité à temps partiel en CLISS.
- Du SESSAD vers l'internat avec scolarité ordinaire.

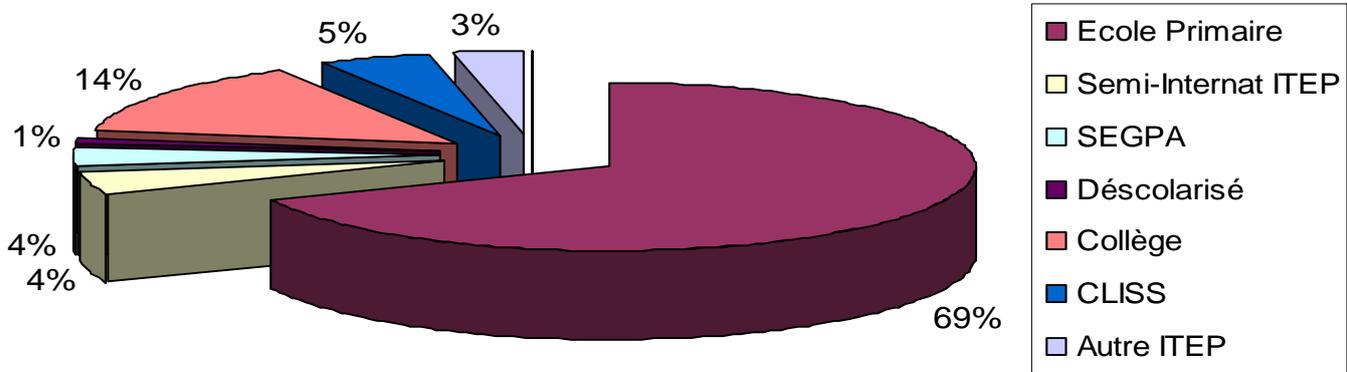
Situation sociale des familles



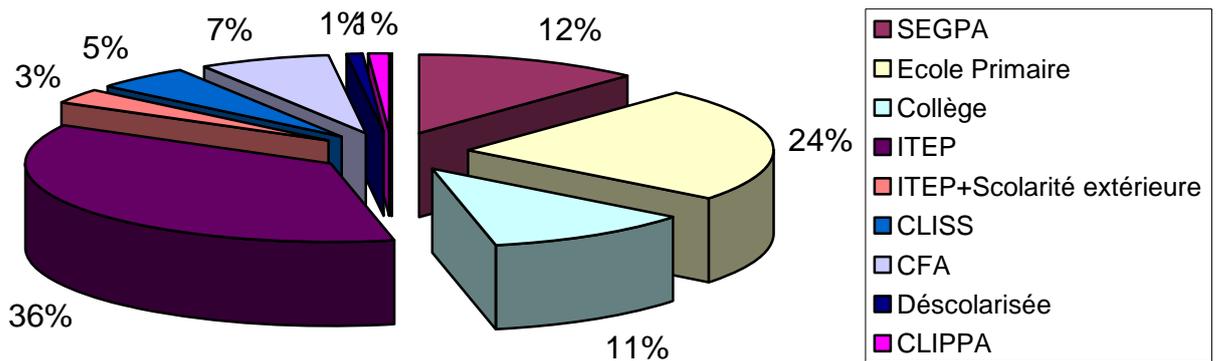
Sortie ou réorientation en fin d'année scolaire(concerne 17 enfants)



Scolarité avant l'orientation en ITEP

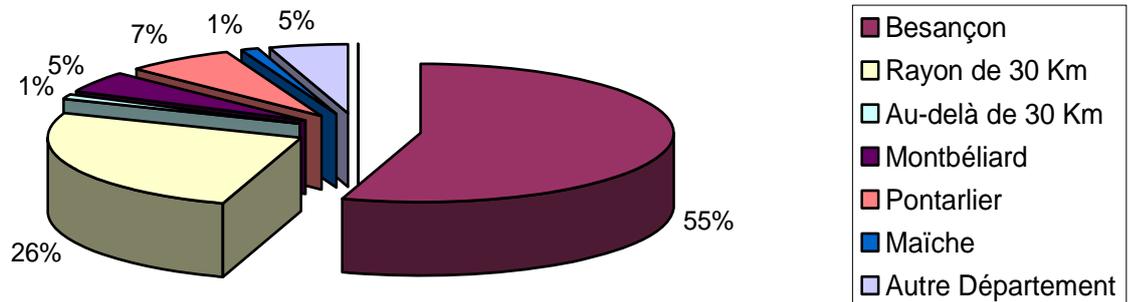


Scolarité pendant l'accompagnement par l'ITEP

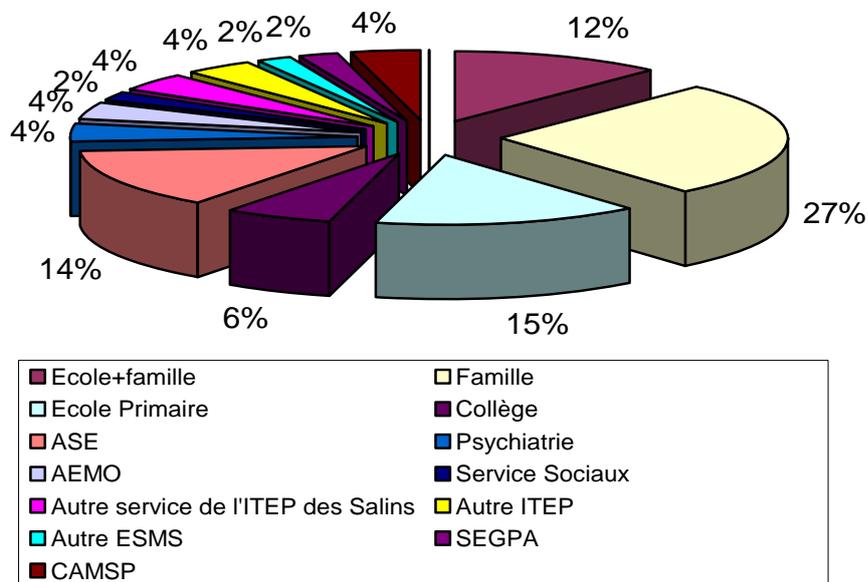


Au cours de l'année scolaire 2007-2008 (84 enfants au total)

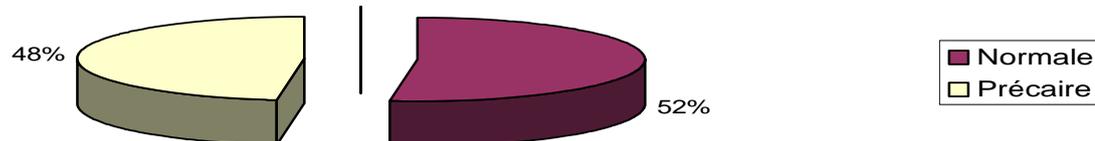
Répartition des enfants par lieu d'habitation



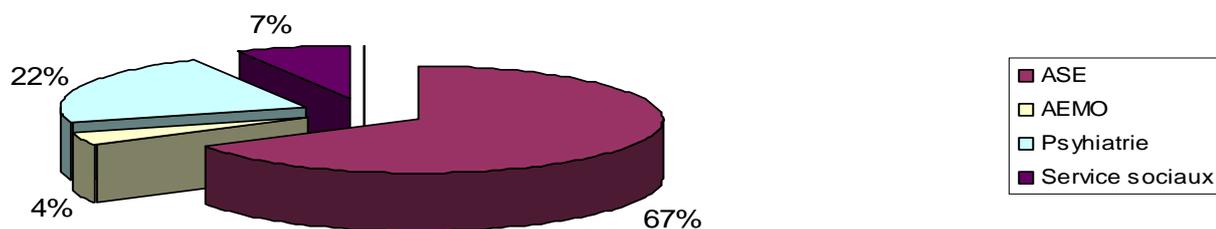
Origine de la Saisine MDPH



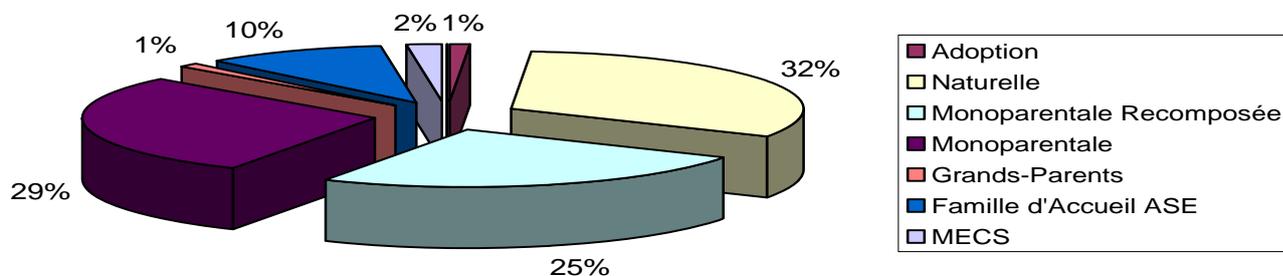
Situation Sociale des Familles



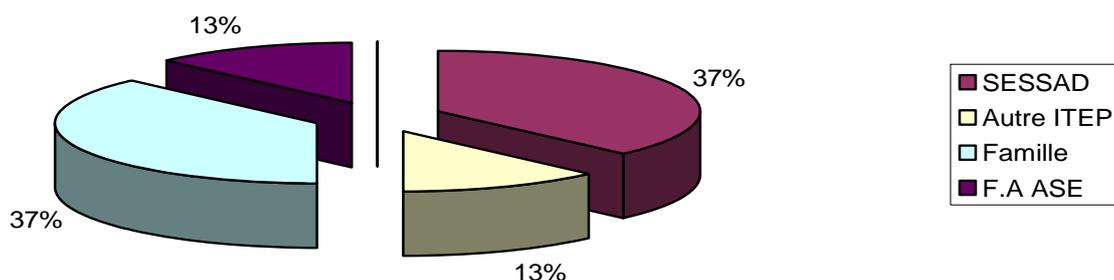
Partenaires intervenants avec l'ITEP (concerne 27 enfants)



Situation Familiale



Réorientations en cours d'année scolaire (8 enfants)

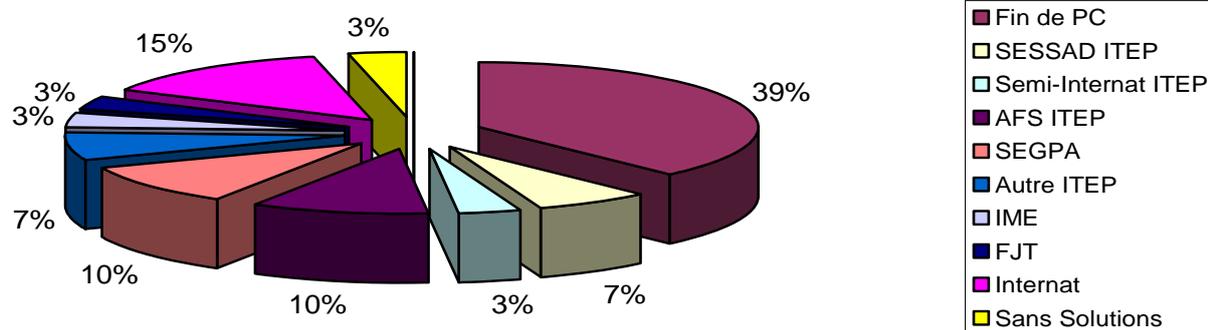


Réorientation dès réception de la notification MDPH

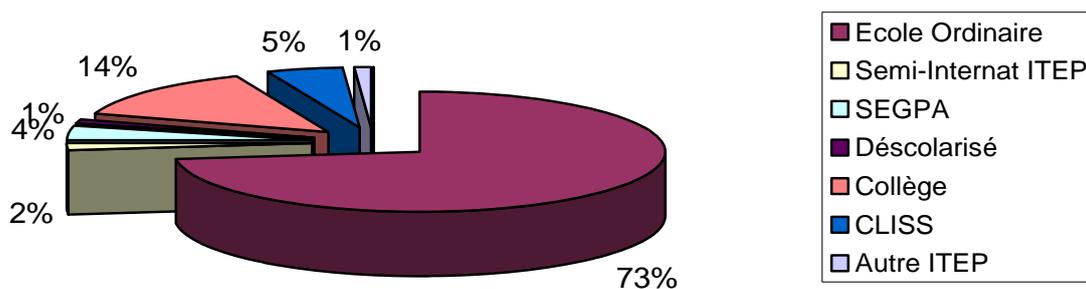
Nous avons proposé à la MDPH, quatre réorientations, après accord des parents :

- De l'internat avec scolarité en interne vers le semi-internat.
- Du SESSAD vers le Semi-internat à temps partiel en complément d'une scolarité au Collège.
- Du semi-internat vers l'Accueil Familial spécialisé avec scolarité en interne.
- Du SESSAD vers l'internat avec scolarité ordinaire.

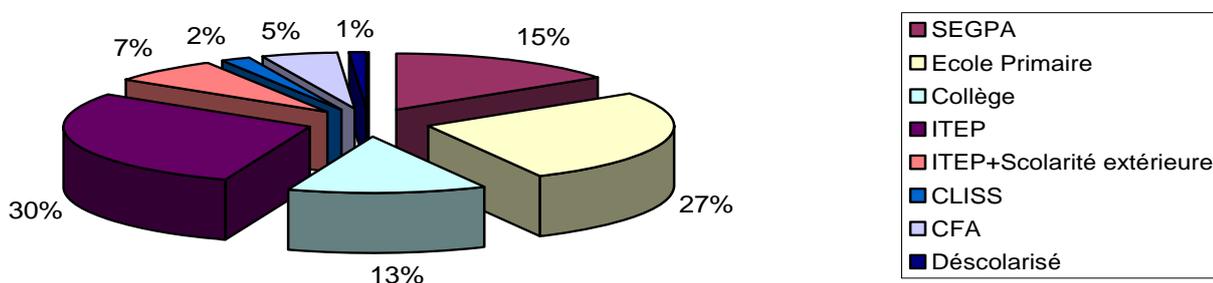
Sorties ou réorientations en fin d'année scolaire
(concerne 29 enfants)



Scolarité avant l'orientation en ITEP



Scolarité pendant l'accompagnement par l'ITEP



2. Annexe 2 : Historique de l'Association des Salins de Brégille et de l'ITEP des Salins de Brégille

1. L'association des Salins de Brégille et l'étude de son évolution

L'association des Salins de Brégille est née sous l'impulsion d'un homme d'église philanthropique se souciant profondément de la santé des milliers d'enfants et d'orphelins conséquences du conflit mondial qui sévissait alors.

C'est ainsi que dès 1917, le Chanoine Hubert MOUROT pense nécessaire d'ouvrir une maison pour accueillir des enfants en souffrance et malnutris pour qu'ils puissent bénéficier de cure d'eau thermale de la Mouillère. Cet homme, grâce à son réseau relationnel et son pouvoir de persuasion obtient des donations financières et immobilières. L'œuvre était créée en 1917 avec l'arrivée des premiers fonds et son action débuta en 1918 avec l'ouverture d'une première maison pour enfants de 13 places.

Celle-ci deviendra association en 1922 et obtiendra la reconnaissance d'utilité publique par décret présidentiel en 1925, élément indispensable pour le Conseil d'administration afin de faire aboutir les nombreux projets immobiliers consécutifs au développement des établissements de l'association.

Dès 1920, l'œuvre obtient également une propriété à Hyères dans le projet d'accueillir les enfants au bord de la mer durant la période hivernale.

L'association poursuivra alors son développement sur les sites du Doubs et du Var.

Au cours des années 40, les établissements se spécialisent progressivement dans la prise en charge d'enfants souffrants de tuberculose.

Dès 1960, les établissements engagent alors leurs reconversions en établissements sanitaires, parallèlement l'association se voit sollicitée pour des missions relevant également du secteur médico-social avec l'accueil de jeunes déficients sensoriels.

Les premiers établissements médico sociaux verront le jour en 1973 avec l'ouverture du Centre St Odile, spécialisé dans l'accueil d'enfants mal voyants, et du CDTRS (Centre de Diagnostic de Traitement et de Réadaptation Sociale) chargé d'accueillir les enfants souffrants de troubles du comportement.

L'analyse de sa progression fait apparaître les temps suivants :

- **Un temps de création** : Le besoin repéré d'enfants en souffrance, issu d'une situation contextuelle a amené un groupe de personnes volontaires à s'engager dans une démarche de recherche et de développement de soins. Les dispositifs étaient alors inexistantes et l'absence d'un contexte législatif a facilité le développement de structures innovantes proches des problématiques repérées.
- **Un temps de structuration de 1970 à la fin des années 1990** : Les établissements étaient créés, les agréments se sont progressivement adaptés à la fois aux besoins repérés et au contexte des politiques publiques. Les établissements se sont

progressivement étoffés en moyens humains et financiers et le nombre de personne accueillie n'a cessé de croître.

Cette étape, similaire à de nombreuses autres associations ont souvent été qualifiées des trente glorieuses. Les établissements pouvaient ainsi se développer sans rencontrer de véritables contraintes, notamment budgétaires, puisque la justification était établie à partir d'un manque, celui de ne pas pouvoir répondre aux demandes en constantes progressions.

- **Un temps de rationalisation et de regroupement** : Depuis les années 2000, la logique de développement établissement par établissement voire même activité par activité se trouve confrontée à deux limites elles-mêmes intimement liées :
- Celle imposée par les politiques publiques qui incitent fortement les institutions au regroupement et à la mise en réseau.
 - Celle induite par la nécessité d'optimiser les moyens qui sont à la charge de la société.

Cette optique se traduit, au niveau de l'association, par un travail de regroupement des établissements par Pôle de compétence, l'activité n'apparaît plus comme le premier motif identificatoire. Ainsi, dès avril 2008, il sera créé sur le site du Doubs et du Var un Pôle de management Médico-Social regroupant les établissements médico-sociaux et un Pole de management Sanitaire regroupant les établissements à compétence sanitaire.

L'évolution présentée a obligé l'association à développer et structurer, en amont, les fonctions supports portées par son siège et les fonctions logistiques qui sont désormais assurées en transversalité par le Service Technique et Logistique. La structuration ainsi posée, avec des effets d'échelle plus importants, permettra de signer, avec les autorités de tarification, des Contrats Pluriannuels d'Objectif et de Moyen, de créer des Groupements de Coopération Médico-Sociaux et une politique de réseau.

2. L'ITEP des Salins de Bregille : Du Centre d'Observation à l'ITEP

Le projet de création du Centre de Diagnostic, de Traitement et de Réadaptation Sociale (CDTRS) a été élaboré, sur un plan conceptuel, au début des années 70 dans un contexte de reconversion des établissements de lutte contre la tuberculose.

Le groupe de pilotage, alors composé du Directeur Général, d'une Assistante de Service Social, d'un Educateur Spécialisé et d'un Pédiopsychiatre se sont appuyés sur des projets de Centre de Rééducation et d'Observation de l'Île de France et du Calvados.

D'emblée, le projet comportait les 4 services actuels : Internat, Semi-Internat, Centre d'Accueil Familial Spécialisé et SESSAD.

Ouvert le 22 janvier 1973, le Centre de Diagnostic, de Traitement et de Réadaptation Sociale, devenu l'Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP) des Salins de Brégille, a été pensé et construit en tenant compte :

- Des besoins non satisfaits en Franche Comté, en établissements susceptibles d'assurer l'observation, le traitement et la réorientation d'enfants présentant des troubles du caractère et du comportement.
- Des orientations du 6^e plan d'action sociale prévoyant « l'institution de filières permettant le passage aisé d'une structure à une autre, en accordant toujours la priorité au traitement ambulatoire... le maintien, pour un même sujet de la continuité de la relation qui s'est établie avec l'équipe thérapeutique et éducative, facteur important de progression puis de stabilisation... »
- De recherches effectuées sur les différents modes d'accueil.
- D'un postulat de départ selon lequel l'institut chercherait à apporter des réponses adaptées aux demandes, besoins et évolution de ses clients, d'où la mise en place progressive de services diversifiés, utilisables avec souplesse.
- D'un souci permanent de maintenir la qualité du service rendu en se dotant des moyens nécessaires à la mise en œuvre des projets Thérapeutique, Educatif et Pédagogique, et à leur actualisation.

C'est ainsi que les différentes étapes de l'évolution de l'ITEP ont été les suivantes :

- **20/01/1973** : Arrêté préfectoral autorisant l'ouverture d'un internat de 24 lits pour garçons de 7 à 16 ans souffrant de troubles du comportement ;
- **26/04/1973** : Agrément provisoire de 6 mois, accordé par la commission régionale d'agrément, pour faire fonctionner un service de soins éducatifs à domicile de 15 places, ainsi qu'un service de placement familial, pour garçons et filles de 7 à 16 ans, souffrant de troubles du comportement.
- **25/09/1973** : Nouvel agrément provisoire (reconduction du précédent.)
- **05/03/1974** : Renouvellement pour un an.
- **27/05/1975** : Agrément non limité dans le temps accordé pour, en plus des 24 places d'internat, 20 places de SESSAD et de PFS pour enfants de 7 à 16 ans, ces 2 services étant mixtes.
- **07/06/1979** : Arrêté préfectoral autorisant la création d'un semi internat de 12 places mixtes, pour enfants de 4 à 16 ans souffrant de troubles du comportement, et autorisant la baisse de l'âge d'admission du SESSAD et du PFS à 4 ans.

C'est ainsi que cet arrêté préfectoral porte la capacité autorisée de l'établissement à :

- 24 places internat pour garçons de 7 à 16 ans
- 20 places de PFS mixte, de 4 à 16 ans

- 20 places de SESSAD mixte, de 4 à 16 ans
- 12 places de semi internat mixte, de 4 à 16 ans

Pour un total de 76 places, dont 64 immédiatement financées, les 12 autres devant l'être ultérieurement, lorsque les demandes seraient suffisamment nombreuses.

- **13/07/1988** : Nouvel arrêté préfectoral augmentant la capacité d'accueil du semi internat de 6 places par redéploiement de 3 places de SESSAD, et de 3 places de PFS.
- **12/08/1992** : Arrêté préfectoral modifiant les capacités d'accueil de l'institut comme suit :
 - 18 places d'internat de 7 à 16 ans pour garçons.
 - 6 places de structure d'hébergement de nuit en structure éclatée pour garçons.
 - 24 places de semi internat mixtes de 4 à 16 ans (dont 6 d'AFS)
 - 17 places d'AFS mixtes de 4 à 18 ans (dont 6 de semi internat.)
 - 17 places de SESSAD mixtes de 4 à 18 ans.
- **19/11/2004** : Arrêté préfectoral portant révision d'agrément de l'ITEP en redéployant 6 places de semi internat vers le SESSAD.
- **08/01/2005** : décret 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques. En novembre 2005, l'institut devient « l'ITEP des Salins de Brégille ».
- **Novembre 2005** : Par décision du Conseil d'Administration de l'association, le CDTRS devient l'ITEP (Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique).
- **Mars 2008** : Etude de conformité de l'ITEP avec le décret n°2005-1, par réponse à un questionnaire envoyé par la DDASS du Doubs.
- **Juin 2008** : La mise en conformité est reconnue par la DDASS du Doubs.

Il est à noter que nous sommes liés par une convention en date du 05/09/1978, signée entre le préfet de département du Doubs, l'inspecteur d'académie et l'Association « les Salins de Brégille ».

Cette convention prévoit la mise à disposition de l'institut, d'enseignants spécialisés dépendant de l'Education Nationale, pour assurer l'enseignement et la première formation professionnelle.

3. Annexe 3 : Partie financière du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

➤ **Principes :**

Les différents groupes projet et commissions seront chronophages pour les professionnels. Pour que ce travail de réflexion ne se substitue pas au temps d'encadrement des enfants, je propose à l'autorité de tarification d'imputer une partie de ce temps au forfait réunion/préparation/rédaction (qui est de l'ordre, en moyenne, de 7h00 hebdomadaire) que possède chaque professionnel éducatif et thérapeutique et de financer l'autre partie en heures supplémentaires.

Le financement s'inscrirait dans une logique de maintien des moyens alloués pour le groupe 2, intégrant le maintien total du nombre de point conventionnel malgré les prochains départs en retraite :

- départ d'une éducatrice spécialisée à temps plein le 31 août 2008.
- départ d'une éducatrice spécialisée à 0,8 ETP le 28 février 2009.
- départ d'un psychologue à 0,50 ETP le 30 juin 2009.

De plus, j'envisage d'utiliser le supplément de marge pour financer la phase d'expérimentation du service « La Passerelle » et pour étoffer le plan de formation pluriannuel.

Ces éléments feront parties des multiples aspects du CPOM qui seront négociés avec l'autorité de tarification.

➤ **Economies liées aux départs en retraite :**

Les coefficients retenus sont ceux définis par la convention collective 1966. La valeur du point, en 2008, est de 3,67 €. Pour les années suivantes, j'appliquerai un taux de majoration de 2% pour simuler une probable augmentation du point. Le Taux de charge appliquée est de 56%. L'indemnité correspond à la sujétion conventionnelle de 8,21%.

Année 2008						
	Coefficient	Indemnité	Brut	Ttes Charges	Nbre de mois	Total
Mme S	698,00	755,31	2771,97	4324,28	4	17297,11
Remplaçant	446,00	482,62	1771,20	2763,08	4	11052,31
Différentiel	252,00	272,69	1000,77	1561,20	4	6244,80

L'économie réalisée en 2008 sera de **6 244 €**

Année 2009						
	Coefficient	Indemnité	Brut	Ttes Charges	Nbre de mois	Total
Mme S	698,00	755,31	2827,41	4410,76	12	52929,15
Remplaçant (8 mois)	446,00	482,62	1806,63	2818,34	8	22546,70
Remplaçant (4mois)	459,00	496,68	1859,29	2900,49	4	11601,95
Différentiel	2972,00	3216,00	12038,78	18780,50		18780,50
Mme P	762,00	824,56	2469,33	3852,15	10	38521,50
Remplaçant	434,00	469,63	1406,41	2194,01	10	21940,07
Différentiel	328,00	354,93	1062,91	1658,14	10	16581,43
Mr M	1024,00	Aucune	1916,62	2989,93	6	17939,57
Remplaçant	848,00	Aucne	1587,20	2476,03	6	14856,21
Différentiel	176,00		329,42	513,89	6	3083,36
Total						38445,29

En 2009, nous réaliserons **38 445€ d'économies**.

Année 2010						
	Coefficient	Indemnité	Brut	Ttes Charges	Nbre de mois	Total
Mme S	698	755,31	2883,76	4498,66	12	53983,94
Remplaçant	459	496,68	1896,34	2958,29	12	35499,47
Différentiel	239	258,62	987,42	1540,37	12	18484,47
Mme P	762	824,56	2518,54	3928,92	12	47147,01
Remplaçant (2 mois)	434	469,63	1434,44	2237,73	2	4475,46
Remplaçant (10 mois)	447	483,70	1477,41	2304,76	10	23047,59
Différentiel	3806	4118,47	12579,46	19623,96	12	19623,96
Mr M.	1024	Aucune	1954,82	3049,51	12	36594,16
Remplaçant	848	Aucune	1618,83	2525,38	12	30304,54
Différentiel	176		335,98	524,14	12	6289,62
Total						44398,06

L'économie réalisée en 2010 est estimée à **44 398€**

Je demande donc à l'autorité de tarification, dans le cadre du CPOM, de maintenir le niveau du groupe 2 de 2008 à 2010. Le montant total des économies sera ainsi de **89 087 €**

➤ **Coûts induits par la mise en place des groupes projet et commissions de travail :**

Ne connaissant pas, à ce jour, le coefficient conventionnel des personnes qui participeront aux différents groupes et commissions, j'envisage de définir un coût horaire moyen pour chaque fonction concernée.

Ce coût horaire par fonction est obtenu après avoir calculé le coefficient moyen de chaque profession. Il intègre, de surcroît, les dispositions de la loi TEPA n°2007-1223 du 21 août 2007 qui modifie le mode de calcul des cotisations salariales et patronales pour le régime des heures supplémentaires :

- Majoration de 25% de l'heure.
- Réduction de 21,5% du montant des cotisations salariales de sécurité sociale.
- La réduction forfaitaire de cotisations patronales à hauteur de 0,5€.

J'applique un taux de majoration de 2% par année pour anticiper l'évolution de la valeur du point au cours des cinq prochaines années.

Les cadres de direction sont exclus de ce mode de calcul en raison de leurs statuts.

Année 2008 :groupe de pilotage et commissions de travail				
Professions	Nbre Pers	Nbre Heures	Tx Horaire	Total
Educateur spécialisé	13	60	29,03	1741,8
Enseignant (tarif Education Nationale)	1	4	19,03	76,12
Psychologue	2	8	41,56	332,48
Paramédical	3	16	29,525	472,4
Total				2622,8

Année 2009 :groupe de pilotage et commissions de travail				
Professions	Nbre Pers	Nbre Heures	Tx Horaire	Total
Educateur spécialisé	13	62	29,61	1835,82
Psychologue	2	6	42,39	254,34
Enseignant (tarif Education Nationale)	1	12	19,41	232,92
Paramédical	3	24	30,11	722,64
Total				3045,72

Année 2010 : groupe projet pour conceptualiser le Conseil de la citoyenneté et la Charte Ethique d'accompagnement				
Professions	Nbre Pers	Nbre Heures	Tx Horaire	Total
Educateur spécialisé	2	16	30,2	483,2
Enseignant (tarif Education Nationale)	2	16	19,8	316,8
Psychologue	1	8	43,23	345,84
Maîtresse de Maison	1	8	20,25	162
Paramédical	1	8	30,71	245,68
Total				1553,52

Année 2011 : groupe de projet pour réaliser le référentiel commun				
Professions	Nbre Pers	Nbre Heures	Tx Horaire	Total
Educateur spécialisé	3	36	30,8	1108,8
Enseignant (tarif Education Nationale)	1	12	20,2	242,4
Psychologue	1	12	44,09	529,08
Pédopsychiatre	1	12	95,51	1146,12
Paramédical	1	12	31,32	375,84
Total				3402,24

Année 2012 : groupe projet pour réaliser le guide d'entretien				
Professions	Nbre Pers	Nbre Heures	Tx Horaire	Total
Educateur spécialisé	3	36	31,41	1130,76
Enseignant (tarif Education Nationale)	1	12	20,6	247,2
Psychologue	1	12	44,97	539,64
Pédopsychiatre	1	12	97,42	1169,04
Maîtresse de Maison	1	12	21,07	252,84
Paramédical	1	12	31,95	383,4
Total				3722,88

L'étude prévisionnelle du coût des heures supplémentaires à financer de 2008 à 2012 fait apparaître un montant total de **14 347€**

➤ **Plan de formation :**

Notre taux de contribution habituel est de 2,10% de la masse salariale. Cela représente une somme de **32 143€** destinée à financer les formations individuelles et collectives qui seront retenues dans le cadre du plan de formation.

Néanmoins nous avons systématiquement un niveau de demande plus important que notre possibilité de financement.

Pour ne pas grever le budget et pénaliser les demandes de formations individuelles, je propose à l'autorité de tarification d'utiliser une partie des économies réalisées pour financer des actions de formation qui alimentent le projet de changement.

○ **En 2009 :**

⇒ Formation collective intramuros portant sur le thème de la promotion des droits des usagers. Cette formation se déroulerait sur deux journées et serait encadrée par deux intervenants. Le coût est estimé à **2 547€**

⇒ Organisation d'une journée d'information collective à destination des membres du Comité de Pilotage et des Commissions de travail. L'intervention serait assurée par un à deux professionnels du secteur pour témoigner de leur expérience dans la mise en place d'un décloisonnement institutionnel. J'estime le coût moyen de cette journée à **1 500 €**

○ **En 2010 :**

⇒ Permettre au responsable du groupe projet, chargé de produire une proposition portant sur l'éthique de l'accompagnement des enfants, de bénéficier d'une formation qui concerne ce sujet.

Ce type de formation se déroule généralement sur trois jours. Je prévois de réserver une somme de **5 000€** (coût pédagogique, d'hébergement et de restauration compris) pour sa prise en charge.

⇒ Formation intramuros chargée de compléter la réflexion qui concerne l'accompagnement des familles en difficulté et encadrée par des intervenants systémiciens. 15 personnes appartenant aux équipes éducatives pourront participer.

Le coût est estimé à **2 800€**

Au regard des éléments qui sont à ce jour en ma possession, la somme totale des actions de formation supplémentaires est de **11 847€**

➤ **Expérimenter le fonctionnement de « la Passerelle » :**

J'envisage d'allouer un budget d'environ **35 000€** pour financer son fonctionnement expérimental. Ce budget sera destiné à financer le coût de personnel en contrat à durée déterminée.

Au global, sur les **89 087€** d'économie, je prévois l'utilisation de **61 194€**

Cela me permet de garder une marge financière conséquente pour financer soit d'autres heures supplémentaires, soit pour organiser des actions de formation, soit pour « la Passerelle » mais en aucun cas des mesures d'investissement (en raison du caractère non reconductible de ces économies).