

**ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**LE PROJET AU SERVICE DU CHANGEMENT ET DE LA QUALITE :  
DE L'INSTITUTIONNEL A L'INDIVIDUEL**

**L'exemple de l'Institut Médico-Educatif Départemental de Coutras**

**Mémoire présenté par Mlle PORTAIL Sandrine**

**Promotion 1998-1999**

**Directeurs d'Établissements Sociaux et Médico-Sociaux Publics**

## **SOMMAIRE**

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	p.3
<b><u>PREMIERE PARTIE</u></b>	
L'amélioration continue de la qualité de la prise en charge à travers les projets.....	p.7
<b>I- Du projet aux projets institutionnel et individuels</b> .....	p.7
A- <u>Le concept et la démarche projet</u> .....	p.8
1- la genèse du projet.....	p.8
2- le management de projet.....	p.9
3- l'évolution du projet médico-social.....	p.10
B- <u>Les projets institutionnel et individuels</u> .....	p.12
1- la présentation des fondements.....	p.12
2- l'analyse des finalités.....	p.14
3- la position du directeur.....	p.15
<b>II- Du changement à la méthode pour la qualité</b> .....	p.17
A- <u>Le changement organisationnel</u> .....	p.17
1- le principe d'adaptabilité appliqué au secteur.....	p.18
2- l'approche psychosociologique du changement.....	p.19
3- la maîtrise du processus par le directeur.....	p.20
B- <u>Le discours de la méthode pour la qualité</u> .....	p.21
1- du concept à la démarche qualité.....	p.22
2- les expériences actuelles et à venir.....	p.23
3- l'établissement médico-social concerné.....	p.24
<b><u>DEUXIEME PARTIE</u></b> .....	p.26
L'exemple de l'Institut Médico-Educatif Départemental de Coutras	
<b>I- De l'activité en général à la restructuration en particulier</b> .....	p.27
A- <u>Analyse du contexte institutionnel</u> .....	p.27
1- l'identification de l'établissement.....	p.27
2- l'organisation de l'action.....	p.28
3- la logique des différentes réunions.....	p.30
B- <u>Réflexions autour de la restructuration</u> .....	p.31
1- les principaux fondements.....	p.31
2- la diversification des prises en charge.....	p.33
3- la prise en compte du personnel.....	p.34

<b>II- De l'élaboration à l'application du projet thérapeutique.....</b>	<b>p.35</b>
A- <u>Le contexte et la méthode.....</u>	p.36
1- des circonstances particulières.....	p.36
2- la méthode utilisée.....	p.37
3- les enseignements à tirer.....	p.38
B- <u>Les évolutions conjoncturelles et structurelles.....</u>	p.39
1- les nouveaux principes d'action.....	p.40
2- le développement du travail en réseau.....	p.41
3- le schéma départemental de l'enfance handicapée.....	p.42

### **TROISIEME PARTIE**

La stratégie de conceptualisation et d'opérationnalisation de nouveaux projets.....	p.44
---	------

<b>I- De la démarche d'évaluation aux changements en cours.....</b>	<b>p.45</b>
A- <u>Le diagnostic issu de l'évaluation.....</u>	p.45
1- la présentation de la démarche.....	p.45
2- l'analyse des premiers résultats.....	p.47
3- l'utilisation pour les nouveaux projets.....	p.48
B- <u>Les nouveaux outils méthodologiques.....</u>	p.49
1- du projet au contrat individuel.....	p.49
2- les grilles d'évaluation et la réunion de synthèse.....	p.51
3- le processus d'accompagnement.....	p.52
<b>II- Du projet d'établissement à la démarche qualité.....</b>	<b>p.53</b>
A- <u>Une méthode de conception et de réalisation.....</u>	p.54
1- les grands axes méthodologiques.....	p.54
2- les garanties d'appropriation.....	p.56
3- l'accent mis sur le projet individuel et l'évaluation.....	p.57
B- <u>La mise en œuvre d'une démarche qualité.....</u>	p.58
1- le lien avec les projets.....	p.59
2- le choix des protocoles.....	p.60
3- les projets à venir.....	p.61

<b><u>CONCLUSION</u>.....</b>	<b>p.64</b>
-------------------------------	-------------

<b><u>ANNEXES</u>.....</b>	<b>p.65</b>
----------------------------	-------------

<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u>.....</b>	<b>p.73</b>
----------------------------------	-------------

## INTRODUCTION

« L'homme est un être de projet »

J.P SARTRE

Du latin «projectare », littéralement jeter en avant, le terme de projet porte en lui deux notions principales : celles du temps et du mouvement. Le propre de l'Homme est alors d'être capable d'intégrer ces deux dimensions pour construire sa vie. Parce qu'entre le présent et l'avenir ou entre la réflexion et l'action, il y a un vide à combler ; le projet apparaît comme un moyen de faire face à ces incertitudes. Ainsi, il s'inscrit au cœur de tout processus vivant en lui donnant de l'espoir, de la cohérence et du sens.

Introduire le concept de projet dans le secteur social et médico-social revient à s'interroger sur la façon dont les individus autant que les organisations vivent le temps et conçoivent le mouvement. Toutes la richesse et la complexité de ces projets résident alors dans le fait qu'ils sont construits pour et par des hommes. Ils contiennent par-là même les valeurs de la société, les contraintes de l'environnement et surtout une certaine image de l'humanité. Si pendant plusieurs décennies, le projet n'a pas été à l'ordre du jour des méthodes utilisées par les professionnels, il représente aujourd'hui un outil incontournable pour aborder l'avenir. Reflétant cette évolution culturelle, le décret du 27.10.1989 réformant les Annexes XXIV consacre les projets institutionnel et individuels en tant que nouveaux moyens d'appréhender la prise en charge des enfants et des adolescents handicapés.

Le projet d'établissement, d'une part, en précisant les objectifs et les moyens mis en œuvre, contribue à la définition et à la clarification de l'action. Mais au-delà, il permet de fédérer les acteurs autour de la mission de service public confiée, sert de référence commune et impulse une certaine dynamique institutionnelle. Cependant, après dix ans d'application de ce texte fondamental, force est de constater que la pratique n'est pas toujours à la hauteur de ses ambitions. Il est vrai qu'un certain nombre de projets d'établissement ont répondu avant tout à une exigence administrative, liée à l'obligation réglementaire de demande de réagrément.

Alors que l'écriture de la deuxième génération des projets institutionnels devrait s'amorcer dans les établissements, il semble pertinent de s'interroger sur la logique et les méthodes qui les guideront.

Le projet individuel, d'autre part, s'inscrit dans le prolongement du premier et tente de promouvoir la place de l'utilisateur au cœur du dispositif de prise en charge. Ne répondant à aucune définition officielle, il est conçu comme une adaptation du projet institutionnel aux besoins de chaque enfant ou adolescent. Aussi, les applications faites à ce concept ont-elles été plurielles, dans la mesure où mettre en œuvre un projet individuel formalisé correspondait à un changement radical de logique et de pratique. Le projet de réforme de la loi du 30.06.1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales renforce cette optique, en prévoyant un «document à caractère contractuel»<sup>1</sup> définissant la nature et garantissant la qualité de la prise en charge pour chaque usager.

Ainsi, concevoir des projets pour les établissements et les usagers participe d'une démarche spécifique qui doit permettre non seulement d'anticiper l'avenir mais aussi de conjuguer la dimension institutionnelle et individuelle. Mais cette approche ne peut pas être conçue comme une fin en soi ; elle n'est qu'un moyen de faire face aux changements divers, dans le but d'une prestation de meilleure qualité.

De la société post-industrielle au nouvel ordre économique et social, l'époque actuelle semble devoir se qualifier à l'aune des nombreux bouleversements qui l'affectent. Le changement apparaît désormais comme la règle et la stabilité l'exception. La mondialisation des rapports sociaux, la consécration de l'individu et le développement des nouvelles technologies contribuent à percevoir la société en perpétuelle transformation. Ces changements culturels, politiques et sociaux n'ont pas épargné les organisations tant dans leur fonctionnement que vis-à-vis de leur légitimité. Aussi, le secteur social et médico-social connaît une évolution que certains auteurs analysent comme «l'équivalent d'une révolution copernicienne : toutes les certitudes ont été bouleversées, au profit d'une vision plus dynamique, plus intégrative de la personne handicapée, ceci en dépit d'un contexte économique difficile»<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Article 261.4 alinéa 2 ; projet de réforme de la loi du 30.06.1975. Document D.A.S 23.10.1998

<sup>2</sup> Enfants et adolescents handicapés. Pour une prise en charge qualitative du handicap ; P.Jeanne/ J.P Laurent

Les nouvelles exigences en termes de transparence, de respect du droit et de qualité s'affirment alors comme un leitmotiv de l'action à mener.

De cette situation, découle une préoccupation devenue incontournable pour les acteurs, et notamment pour les directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux : celle de la maîtrise des changements dans leur organisation afin d'aboutir à un service de qualité.

La qualité autant que le projet peuvent paraître comme des termes à la mode tant la littérature est abondante sur le sujet ces dernières années. Cependant, associer la qualité à un épiphénomène est une erreur que l'histoire même du concept infirme ; mais plus encore, c'est nier ce que les démarches qualité peuvent apporter à l'institution. En effet, s'engager dans un tel processus offre la possibilité aux professionnels de s'inscrire dans la perspective d'une amélioration continue et d'un service adapté aux besoins. Dans un contexte de crise de l'Etat Providence, la mission de service public confiée aux établissements ne suffit plus à légitimer leur action. Il leur est demandé d'être rigoureux dans leurs méthodes et de rendre compte de leur administration, tout en offrant une prise en charge qualitative. Intégrer une démarche qualité dans les projets institutionnel et individuels apparaît alors comme une solution pour répondre à l'exigence d'un service de qualité pour les usagers.

Dans cette perspective et au vu des responsabilités qui lui incombent, le directeur a un rôle primordial à jouer. En effet, il lui appartient d'élaborer et de suivre le projet d'établissement en liaison avec les équipes ainsi que de définir les projets individuels des personnes bénéficiaires<sup>3</sup>. A ce titre, il est responsable des actions menées et par-là même de leur qualité. Par ailleurs, il semble l'acteur privilégié du changement, dans la mesure où il a pour mission de mettre en œuvre les moyens techniques, financiers et humains dont l'établissement dispose pour atteindre ses objectifs. En tant que garant et coordonnateur, le directeur d'établissement social et médico-social trouvera alors dans le projet un atout considérable pour diriger, planifier et contrôler l'action<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Article 2 ; décret n°94.948 du 28.10.1994

<sup>4</sup> Principes du management énoncés par R.A Thiétard dans Le management

Ainsi, plus qu'un concept, le projet est devenu «une figure emblématique de notre modernité»<sup>5</sup>. En tant que tel, le directeur d'établissement social et médico-social ne pouvait qu'adopter son esprit et sa dimension. Ceux-ci permettront non seulement de s'inscrire dans une dynamique de changement mais aussi de promouvoir la qualité.

Il semble alors intéressant d'approfondir la problématique suivante :

**« le projet au service du changement et de la qualité :  
de l'institutionnel à l'individuel »**

L'étude consistera tout d'abord à présenter un cadre conceptuel visant à argumenter l'idée d'une amélioration continue de la qualité de la prise en charge à travers les projets (première partie). L'analyse du cadre expérimental dans lequel s'applique cette réflexion permettra ensuite de comprendre les contraintes et les choix du directeur (deuxième partie). Il s'agit en l'occurrence de l'Institut Médico-Educatif Départemental de Coutras. Enfin, la stratégie de conceptualisation et d'opérationnalisation de nouveaux projets sera développée (troisième partie).

---

<sup>5</sup> Anthropologie du projet ; J.P Boutinet

## **Première partie**

### **L'amélioration continue de la qualité de la prise en charge à travers les projets**

« Le directeur est chargé de l'élaboration et du suivi du projet d'établissement ainsi que de la définition des projets individuels des personnes accueillies ».

*Article 2 Décret 28.10.1994*

Garantir l'amélioration continue de la qualité, de l'efficacité et de la sécurité des prestations fournies revient à s'interroger sur les moyens à mettre en place pour que l'organisation reste vigilante sur le sujet. Le projet de réforme de la loi de 1975 prévoit à cet égard d'introduire dans le secteur une procédure d'évaluation de l'activité<sup>6</sup>. Mais toute évaluation requiert un préalable : l'existence d'un projet.

L'établissement autant que l'individu qui construit un projet s'inscrit dans une démarche évolutive dans le temps mais aussi dans l'espace. La prise en compte de l'environnement étant devenue un élément incontournable, tout projet apparaît désormais assujéti à ses évolutions. Ce processus dynamique implique alors la nécessité de s'adapter afin que le changement ne soit pas synonyme de rupture, tant au niveau du fonctionnement que de la prise en charge.

Dans le cadre de la mission de service public confiée à l'institution sociale, le principe d'adaptabilité apparaît aujourd'hui comme fondamental. Le directeur, en s'appuyant sur le concept autant que sur la démarche des projets institutionnels et individuels, pourra alors intégrer les changements à son organisation et réfléchir à une méthode pour la qualité.

#### **I- Du projet aux projets institutionnel et individuels**

Plus qu'un simple concept qui régirait l'action, le projet peut être conçu comme un véritable processus et un état d'esprit. A ce titre, il devient un outil privilégié pour le directeur.

---

<sup>6</sup> Articles 262.4 et suiv.



Aussi, depuis plusieurs années, a-t-il suscité un engouement particulier dans le monde de l'entreprise et de la pédagogie. A son tour, le secteur social et médico-social est concerné à travers les notions de projets d'établissement et individuels. Intrinsèquement liés, ils visent alors à définir des objectifs et des moyens, à la recherche d'un sens et d'un avenir.

### A- Le concept et la démarche projet

Depuis la genèse du terme jusqu'à ses applications, le projet apparaît comme un moyen de concilier la théorie et la pratique. En effet, il indique un itinéraire à suivre et sert de référence autant dans le cadre d'une action collective qu'individuelle. A cet égard, il s'inscrit dans le cycle de vie de toute organisation. Il véhicule alors une exigence de méthode que l'établissement médico-social intègre progressivement dans ses pratiques.

#### **1- La genèse du projet**

L'histoire du concept de projet est relativement récente dans la mesure où il apparaît dans le langage courant seulement au XVe siècle<sup>7</sup>. Le sens qui lui était accordé alors renvoyait notamment au domaine architectural. Par la suite et notamment au XVIIIe siècle, le projet était confondu au progrès social. A cette époque, la Philosophie des Lumières consacrait les idées de projet de Société, de liberté et de nouvelle aptitude de l'Homme à construire l'histoire et l'avenir. C'est au XXe siècle que le terme adopte son acception actuelle, en tant que dessein, entreprise ou but que l'on veut atteindre. Ce bref regard historique permet ainsi de dégager les notions qui sous-tendent celle de projet et que nous retrouverons ultérieurement ; à savoir la construction, le choix et l'action même.

Concilier la conception et la réalisation est le propre de tout projet qui vise à interroger le passé, à se réapproprier le présent et à anticiper l'avenir. Deux domaines spécifiques ont alors appliqué cette idée par le biais du projet pédagogique et du projet d'entreprise. Le secteur de l'enseignement, d'une part, a considéré qu'il était fondamental non seulement de concevoir une pédagogie par projet qui intègre les différentes innovations mais aussi d'offrir une certaine souplesse en individualisant l'apprentissage.

Aussi, la loi d'orientation du 10.07.1989 a-t-elle donné une impulsion nouvelle à la fois au projet individuel et au projet d'établissement. Ce dernier a pour vocation d'inscrire l'établissement scolaire dans son environnement, de promouvoir son identité ainsi que son autonomie. Le projet individuel quant à lui véhicule l'idée d'une adaptation nécessaire du cadre général aux besoins particuliers de chaque élève. Le domaine de l'entreprise, d'autre part, a souhaité aborder le projet sous l'angle de la culture et de la stratégie. Ainsi, l'aspect culturel permet-il de concevoir une relation entre les hommes et l'entreprise, afin de promouvoir une cohérence, une identité et un sens vis-à-vis de l'action. Le volet stratégique offre quant à lui la possibilité de s'inscrire dans une dynamique de changement partagé et négocié.

Au vu de ces éléments, il est possible de proposer une première définition du projet : il est un moyen de renforcer des valeurs et une identité, d'adopter une perspective de changement et de développement ainsi que d'orienter dans un sens donné et partagé. Mais au-delà du concept, le projet porte en lui une méthode qui introduit un regard différent sur l'action.

## 2- Le management de projet

Le fonctionnement de toute organisation est régi par un certain nombre de principes : il gravite autour d'une action, cette action est mise en œuvre par un ensemble d'individus, ces individus doivent atteindre l'objectif qui leur est assigné. De ces trois paramètres découlent la nécessité de concevoir une stratégie qui peut trouver sa source dans le management de projet.

En effet, aux trois principes qui viennent d'être édictés correspondent les axes principaux du management de projet. Il s'agit respectivement de la planification, du management des hommes et du contrôle<sup>8</sup>. La planification, tout d'abord, consiste à élaborer une référence tant sur la question de la conception que sur celle de la réalisation. Définir une action en termes d'objectifs est une condition nécessaire mais insuffisante. Il convient de l'accompagner de l'identification précise des moyens opérationnels à mettre en œuvre pour y parvenir. En amont et en aval de cette planification, se trouve alors le management des hommes. La démarche projet repose effectivement sur une large contribution de l'ensemble des équipes.

---

<sup>7</sup> Anthropologie du projet ; J.P Boutinet

<sup>8</sup> Le management de projet. Principes et pratique ; AFITEP

Cette participation doit permettre une définition précise du rôle de chacun, le repérage des zones conflictuelles et surtout l'émergence d'une motivation afin que l'ensemble des capacités soient mises à la disposition du projet. Ainsi, de l'élaboration à la mise en œuvre, le personnel se trouve associé pour s'engager dans un processus élaboré d'action. Il ne restera plus alors qu'à la contrôler. Ce contrôle repose sur la mesure de l'évolution du projet au fur et à mesure de son application et en fonction de la référence initialement définie. Sur la base de cette comparaison, les ajustements nécessaires seront apportés, en recherchant les solutions permettant de maintenir les objectifs du projet.

Une attention particulière doit être portée sur ce dernier aspect dans la mesure où il introduit une dimension supplémentaire au projet. Aussi, au terme restrictif de contrôle sera préféré celui plus large d'évaluation. Celle-ci doit être comprise comme une phase fondamentale au bon déroulement de l'action en tant qu'appréciation objective et régulière. Le directeur devra alors garder à l'esprit qu'au-delà de la conception et de la réalisation, l'évaluation s'impose.

Cette réflexion autour de la démarche projet révèle une certaine exigence de méthodologie et met l'accent sur le volet opératoire de la stratégie. Ainsi, se dégage une seconde définition du projet : il est un outil de construction, de rationalisation et d'évaluation de l'action. Fort de cette approche globale du concept et de la démarche, il convient d'examiner maintenant l'évolution du projet médico-social.

### 3- L'évolution du projet médico-social

Avant d'analyser plus longuement le contenu et les enjeux des différents projets du secteur social et médico-social, il semble intéressant de présenter l'évolution des textes législatifs et réglementaires qui posent le cadre général en la matière.

Les prémices juridiques du projet institutionnel remontent aux années 70. Une circulaire du 31.10.1973 adressée aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales mentionne pour la première fois l'idée d'un « programme pédagogique, éducatif et thérapeutique ». La particularité de cette démarche réside dans le fait que ce document devait être joint au budget annuel mais surtout qu'elle ne naissait pas des institutions elles-mêmes.

Dans son prolongement, une circulaire du 26.02.1975 définissant les missions techniques des établissements introduit timidement la notion de «projet pédagogique ». La loi n°75.535 du 30.06.1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales, considérée comme un véritable socle régissant leur fonctionnement, ne fait aucune référence au concept. Il faut attendre le décret n°89.798 du 27.10.1989 pour voir la consécration non seulement du projet d'établissement mais aussi du projet individuel.

Au projet d'établissement, d'une part, correspond désormais une définition précise, énoncée dans l'article 2 du décret : c'est un «projet pédagogique, éducatif et thérapeutique qui précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer la prise en charge ». En tant que tel, il représente une exigence lors de la demande d'autorisation de réagrément au titre des nouvelles Annexes XXIV. Selon les termes de la circulaire du 30.10.1989, «cette procédure ne doit pas être purement formelle, mais doit fournir l'occasion d'opérer un réexamen global et complet des modalités de prises en charge ». Ainsi, l'opportunité était donnée aux établissements de revisiter leur fonctionnement, de préciser leurs intentions et de définir leurs méthodes et stratégie. Cette approche lançait alors trois grands défis : une connaissance approfondie des populations, l'élaboration d'un véritable programme d'action et une adaptation permanente des services rendus en mobilisant les capacités d'innovation<sup>9</sup>.

L'intérêt suscité par ces nouvelles dispositions a été incontestable au vu des nombreux colloques et ouvrages proposés à l'époque. Ces derniers mettaient l'accent principalement sur la nécessité d'une approche méthodologique ainsi que sur les éléments indispensables à toute construction de projet. Cependant, l'obligation réglementaire a prédominé par rapport aux enjeux sous-jacents de la démarche projet elle-même. La preuve la plus significative a été le recours intenté devant le Conseil d'Etat, en janvier 1990, par quatre syndicats employeurs. Celui-ci avait pour but d'annuler la disposition rendant obligatoire l'élaboration, dans un délai de trois ans et dans le cadre de schéma départemental, d'un projet conforme au nouveau texte. L'annulation obtenue a permis aux établissements de conserver leur ancien agrément ; mais «une occasion unique de donner un peu de cohérence à l'offre de service médico-social a été irrémédiablement manquée »<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> L'impact des nouvelles annexes XXIV sur les stratégies institutionnelles ; C. Merley

<sup>10</sup> Enfants et adolescents handicapés. Pour une prise en charge qualitative du handicap ; P.Jeanne-J.P Laurent

En relation avec le projet institutionnel, s'est développée d'autre part la notion devenue incontournable de projet individuel. En effet, il est mentionné qu'un «projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individuel est défini pour chaque enfant. Il est par nature révisable et fait l'objet d'un suivi par l'équipe médico-pédagogique »<sup>11</sup>. Ainsi défini, il ouvre la voie non seulement à la prise en compte des besoins spécifiques de chaque enfant mais aussi à de nouvelles pratiques professionnelles.

L'évolution ainsi décrite du projet médico-social, tant institutionnel qu'individuel, permet de conclure à son introduction progressive dans le secteur. Cependant, derrière les grandes lignes proposées par les textes réglementaires se cache une diversité de pratiques qui semble pertinent d'analyser, afin d'en dégager les véritables enjeux.

## **B- Les projets institutionnel et individuels**

Au préalable, il convient d'apporter une précision sur le terme de projet institutionnel. Le choix de cette appellation générique est fondé sur la volonté d'englober la dimension de l'établissement dans son ensemble, situé au carrefour des différents services qu'il peut proposer. Il ne doit surtout pas être compris ici dans l'ancienne acception des institutions fonctionnant en vase clos, retranchées de l'environnement.

L'explicitation des fondements et des finalités des projets institutionnel et individuels permet de dégager le lien qui les unit ainsi que la logique qui les sous-tend. Fort de ces éléments, le directeur pourra alors concevoir un modèle de prise en charge et de vie institutionnelle organisé autour de ces projets.

### **1- La présentation des fondements**

« Esquisse de l'avenir, un projet se distingue nettement d'une vague espérance ou d'une simple inspiration. Il requiert un objectif précis et une stratégie qui débouche sur l'action »<sup>12</sup>. Partant de ce principe fondamental, il est possible de décliner les principaux éléments des projets.

---

<sup>11</sup> Circulaire n°89.17 du 30.10.1989

<sup>12</sup> Du rêve à l'action ; J.F Dortier

Le projet institutionnel repose sur trois piliers : la population accueillie, les missions confiées, la prestation de service offerte. La population accueillie, tout d'abord, apparaît comme la raison d'être de la structure. De son identification et de l'analyse de ses besoins, découlera un grand nombre de conséquences, quant aux références techniques, aux modalités de prise en charge et aux ressources nécessaires. Les orientations dans les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés étant ordonnées par la Commission Départementale de l'Education Spéciale, deux vigilances s'imposent. La première est de bien définir dans le projet d'établissement le type de population auquel il s'adresse ; la seconde porte sur l'évolution possible des admissions et/ou des besoins qui peut conduire alors à une adaptation du projet. En lien avec cette population, un agrément sera attribué à l'établissement l'autorisant à conduire une mission de service public. Celle-ci trouve ses sources dans les grands textes juridiques définissant la politique en faveur des personnes handicapées ou fondant l'existence des institutions. Au titre de cette mission confiée, l'institution s'engage à répondre aux besoins des usagers, à mettre en œuvre les moyens adéquats et à atteindre les objectifs qui lui sont assignés. Dans cette perspective, elle propose une prestation de service.

Ce dernier concept répond au « passage historique d'une logique de placement où l'on sollicitait avant tout la capacité d'accueil d'un établissement à une logique de prestation de service où l'on examine sa capacité à répondre à une problématique »<sup>13</sup>. La prestation de service offerte est spécifique à chaque structure et s'organise autour de trois éléments : partant des ressources techniques sur les plans humain et matériel ainsi que de l'environnement, des objectifs de travail sont élaborés et des modalités opératoires sont construites. Ce dernier volet est certainement le plus difficile à concevoir du fait de la culture du secteur et des réticences des professionnels ; il n'en demeure pas moins essentiel. Il concerne notamment l'aspect organisationnel au travers des réunions ou des rôles et fonctions de chacun ainsi que la construction de certains outils d'observation, d'élaboration ou d'évaluation.

Parmi ces outils, se trouve le projet individuel. Reposant sur le principe de placer l'utilisateur au cœur du dispositif, il est un moyen d'opérationnaliser les orientations générales définies dans le projet institutionnel pour chaque individu. Ainsi, il est possible de définir le projet individuel autour de trois notions : les besoins, les objectifs et les moyens.

---

<sup>13</sup> Elaborer son projet d'établissement social et médico-social ; J.R Loubat

L'évaluation des besoins, tout d'abord, doit reposer sur l'élaboration d'outils ou de méthodes d'observation et de recueil d'informations. Ces deux éléments représentent une base essentielle afin de formuler un diagnostic général sur lequel se fondera l'action. L'élaboration du projet qui s'en suivra décline alors les objectifs et les moyens. Il est primordial que leur définition soit étayée et renvoie à une objectivité en lien avec la réalité institutionnelle. Aussi, les premiers correspondent-ils à des hypothèses précises de travail alors que les seconds définissent le rôle de chacun des professionnels dans leur discipline et leurs modalités d'action.

Population, mission et prestation pour le projet institutionnel ; diagnostic, objectifs et moyens pour le projet individuel : tels sont les fondements de ces deux concepts. Aussi, avant d'aborder la logique de leur mise en œuvre, il est intéressant de s'interroger sur leurs finalités.

## 2- L'analyse des finalités

En s'inscrivant dans un processus dynamique, les projets institutionnel et individuels répondent à la nécessité de régulation, de mobilisation et d'ouverture du système de prise en charge. Car réfléchir à une construction et à une rationalisation de l'action revient à rechercher l'adaptation et l'optimisation pour tendre vers la qualité. Aussi, les finalités de la démarche sont-elles plurielles, tant vis-à-vis de l'utilisateur que des professionnels et de l'institution.

L'utilisateur, tout d'abord, trouve dans le projet individuel la place qui lui revient dans le dispositif. En effet, cet outil contribue à prendre en compte ses besoins, ses capacités et ses difficultés, à les analyser pour lui proposer un accompagnement favorable à son développement et à son insertion. La formalisation de ces décisions pluridisciplinaires dans un document écrit renforcera alors la cohérence des différents projets qui marquent la trajectoire d'un enfant dans une ou plusieurs institutions. Il est possible aussi de concevoir sa participation à des degrés divers, lors de l'élaboration ou des évaluations régulières de son projet, afin qu'il soit acteur à part entière. L'association de la famille à cette démarche permettra parallèlement d'intégrer les éléments issus de son environnement. Ainsi, la principale finalité du projet individuel pour l'utilisateur se traduit en termes de meilleure qualité de sa prise en charge.

Les professionnels, quant à eux, peuvent saisir dans les deux types de projet l'opportunité d'une reconnaissance, d'une valorisation et d'une perspective dans leur travail. En effet, dans un contexte de crise de légitimité du travail social, il semble nécessaire de penser à de nouveaux moyens pour bien définir le sens, les modalités et la pertinence de l'action menée. Aussi, «la construction d'outils apparaît-elle comme le seul garant d'un professionnalisme efficace»<sup>14</sup>. La démarche projet reposant très largement sur un modèle participatif, elle contribue à identifier et par-là même à reconnaître à leur juste valeur les différentes pratiques professionnelles. Par ce biais, le personnel gagnera en motivation et en qualité de travail.

L'institution, enfin, peut utiliser son projet autant sur le plan interne que vis-à-vis de son environnement. Dans un souci de communication externe, le projet institutionnel permet effectivement l'identification de la structure par les autres partenaires et son positionnement dans le secteur. Au niveau interne, «le projet a une double fonction : fédérer les différents acteurs et favoriser l'interdisciplinarité sur la base d'une référence commune»<sup>15</sup>. Il permet ainsi de renforcer les valeurs et l'identité du secteur médico-social, de travailler dans un sens donné et partagé mais aussi d'intégrer une logique de changement et de développement.

En tant que garant de la direction dans laquelle s'engagent les professionnels et les usagers, le directeur apparaît alors comme l'un des acteurs déterminants des projets. A ce titre, il semble intéressant d'analyser sa position.

### 3- La position du directeur

Face aux dimensions institutionnelles et individuelles, il appartient au directeur de se positionner sur l'approche qu'il entend adopter pour développer la démarche projet. Celle-là repose principalement sur l'assimilation de la logique de mise en œuvre qui sous-tend les projets. En effet, si les phases de conception et de réalisation semblent clairement identifiables dans le processus, il en est une qui reste souvent lettre morte. Il s'agit en l'occurrence de l'évaluation. Or, comme tout fonctionnement individuel ou institutionnel est assujetti à des évolutions, il semble fondamental de promouvoir une dynamique d'évaluations régulières et d'adaptation ; comme le conçoivent les schémas suivants.

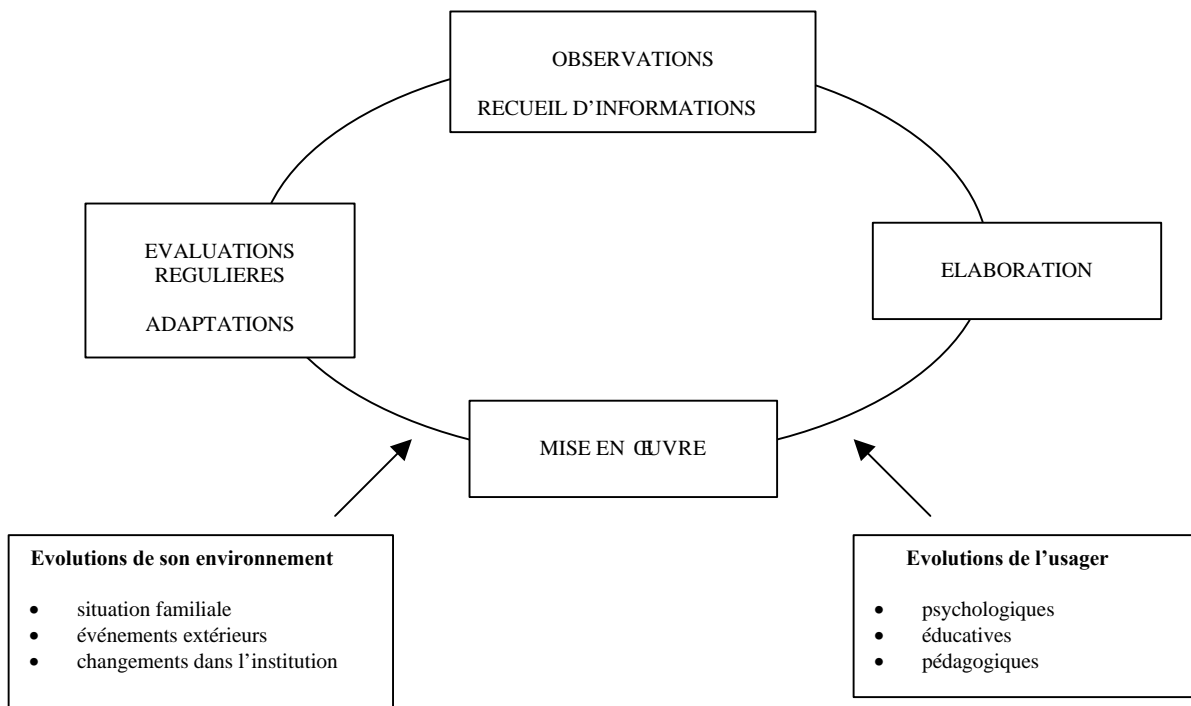
---

<sup>14</sup> Construire et utiliser des outils en action sociale ; C. Plenchette-Brissonnet

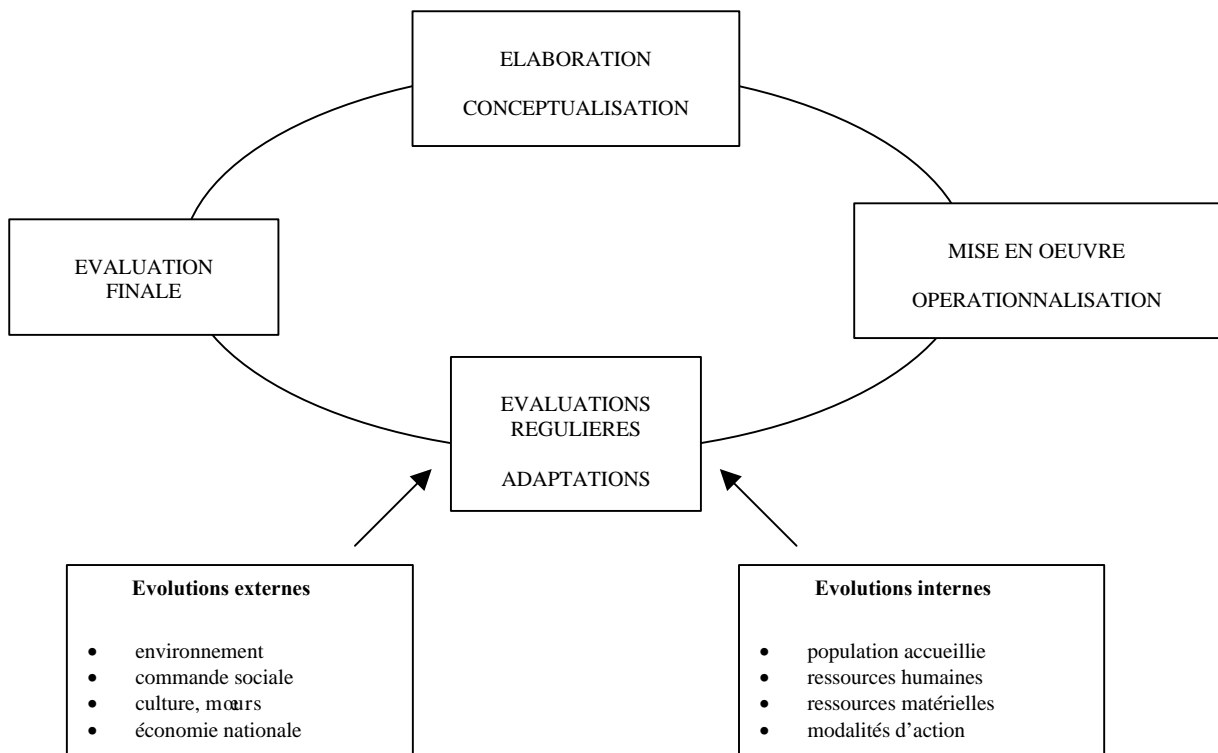
<sup>15</sup> Le métier de directeur, techniques et fictions ; J.M Miramon, D. Couet, J.B Paturet



**SCHEMA DE LA PRISE EN CHARGE AUTOUR DU PROJET INDIVIDUEL  
( approche sur la forme )**



**SCHEMA DE LA VIE INSTITUTIONNELLE AUTOUR DU PROJET D'ETABLISSEMENT  
( approche sur la forme )**



Ainsi, organiser la prise en charge et la vie institutionnelle autour des projets respectivement individuels et d'établissement corrobore l'idée de construction, réalisation et évaluation de l'action. A ce titre, cette orientation représente la clé de voûte de la stratégie du directeur et sera certainement le premier message à transmettre auprès du personnel.

Par ailleurs, le choix de représenter ce processus de façon circulaire introduit le fait que l'homme autant que l'organisation s'inscrit dans un cycle de vie. Une fois admise cette logique, la mesure et la prise en compte des différentes évolutions s'imposent d'elles-mêmes.

L'adaptation aux changements s'analyse alors comme une nécessité pour l'action et génère par ce biais une perspective d'amélioration de la qualité.

## **II- Du changement à la méthode pour la qualité**

Introduire le principe d'une amélioration permanente de la qualité dans une organisation représente en soi un changement profond. En se fondant sur une modification des schémas culturels et fonctionnels, cette démarche nécessite alors une approche théorique du changement organisationnel d'une part et une approche méthodologique d'autre part. Ainsi, la qualité s'associe sur le fond à la politique de l'établissement et sur la forme à sa stratégie.

### **A- Le changement organisationnel**

Selon J. Ladsous, vice-président du Conseil Supérieur du Travail Social, l'institution a forcément tendance à se figer. « La démarche instituante a créé une dynamique, mais une fois qu'elle est instituée, qu'elle s'inscrit dans ce que l'on appelle l'institution, il y a une tendance de l'objet institutionnel à se conserver tel qu'il est ». De ce fait, le changement apparaît comme une nécessité, d'autant plus significative que le secteur a connu des modifications importantes ces dernières années.

Aussi, semble-t-il pertinent d'appliquer au secteur médico-social le principe d'adaptabilité. Le détour par l'approche psychosociologique du changement révélera alors l'importance de mettre en place une stratégie de changement.

## 1- Le principe d'adaptabilité appliqué au secteur

Tout service public est régi par trois principes fondamentaux qui sont l'égalité, la continuité et la mutabilité ou adaptabilité. A ce titre, le secteur social est concerné, alors même que l'époque actuelle lui impose de nouvelles exigences. En effet, depuis les années 80, la société traverse une crise d'ordre culturel et économique et semble à la recherche d'un sens perdu. Ces différentes mutations se sont alors reflétées dans l'institution sociale pour y introduire de nouveaux principes d'action.

Le premier, en réponse à l'affirmation d'un individualisme croissant, réside dans la personnalisation du service offert. Chaque être humain étant unique, il convient de lui proposer une réponse unique. Aussi, l'usager a-t-il pris une nouvelle place dans l'institution : ce n'est plus l'enfant qui s'adapte à l'organisation, mais bien l'établissement qui s'organise autour de lui. A cette évolution, s'est parallèlement ajoutée une certaine complexification des situations individuelles. En effet, il semble de plus en plus difficile d'isoler une difficulté qui relèverait d'un seul traitement médico-social, du fait de la situation socio-économique de la famille ou de pathologies associées de la personne. Cet enchevêtrement des problèmes ne répondant pas à la logique de cloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social, il appartient à la structure de s'ouvrir.

Le principe d'ouverture vise à prendre en considération l'environnement de l'enfant autant que de l'institution. Pour le premier, il s'agit d'impliquer la famille dans la prise en charge tout en essayant de rechercher à maintenir un lien avec le milieu ordinaire. Dans cette perspective, l'établissement doit identifier les partenaires de son environnement local afin de concevoir un travail en réseau répondant à la problématique de l'usager. Par ce biais, la logique de ségrégation institutionnelle laisserait la place à un processus d'intégration individuelle.

Aussi, cette volonté d'intégration est-elle née d'une évolution dans la perception du handicap. De son caractère figé et irréversible qui n'entraînait qu'enfermement et exclusion, il y a eu un passage progressif vers une approche dynamique autorisant l'idée d'une réadaptation<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Cf. Corps infirmes et société ; H.J Sticker

Aujourd'hui, il s'agit culturellement et pratiquement de passer de ce discours de réparation à une «logique de promotion»<sup>17</sup>. Ainsi, la valorisation de la personne dans son état, ses capacités et sa volonté sera recherchée. Cette orientation idéologique, en étant intégrée au projet d'établissement, impliquera de la part des professionnels une nouvelle façon de concevoir les projets individuels.

Au vu de ces évolutions notoires, le principe d'adaptabilité apparaît comme une nécessité pour le secteur médico-social, tant pour sa légitimité que pour sa qualité. Mais les idées de personnalisation, d'ouverture et de promotion étant d'ordre culturel, il semble primordial de s'appuyer sur une approche psychosociologique pour appréhender ces changements.

## 2- L'approche psychosociologique du changement

Introduire un changement dans une organisation revient à agir sur la culture ainsi que sur les modes de relations hiérarchiques, fonctionnelles et informelles entre les acteurs. Aussi, l'analyse qui va suivre se fonde-t-elle principalement sur une approche sociologique de l'action.

Le premier élément à prendre en considération est l'identification des différentes phases du changement. Kurt Lewin en distingue trois : le dégel, le changement lui-même et le regel. Le dégel, tout d'abord, ou dé cristallisation, correspond à la période d'assouplissement, d'ouverture, d'information et de mise en question. Il consiste à sensibiliser en montrant les aspects positifs et en créant une insatisfaction à propos du fonctionnement précédent. Le changement lui-même, ensuite, ou déplacement, réside dans la transition des points de vue, des attitudes et des opinions. Le regel, enfin, ou cristallisation, coïncide avec le temps de la consolidation, de la convergence et de l'appropriation des nouveaux comportements. Ce stade va permettre de les pérenniser, de les rendre permanents et résistants aux futures évolutions.

Le second aspect du changement trouve quant à lui son fondement dans l'analyse stratégique. En définissant l'organisation comme système de relations créées par les différents acteurs, M. Crozier et E. Friedberg abordent le changement comme une modification de ce système<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Vers des projets personnalisés de promotion ; J.R Loubat

<sup>18</sup> La sociologie des entreprises ; P. Bernoux

Partant du postulat que le phénomène organisationnel est un construit fondé sur des jeux de pouvoir au service de stratégies individuelles, toute transformation de ce système d'action suppose une rupture. Celle-ci suscite alors de nouvelles capacités collectives pour construire un autre modèle de relations. Ainsi défini, le changement apparaît comme un apprentissage de nouvelles règles, élaborées dans l'action et en fonction des représentations de chacun.

La dernière dimension à aborder est alors le phénomène de résistance aux changements, en tant que réaction légitime de tout système qui tente de maintenir son état antérieur. Deux facteurs principaux sont à souligner : la peur et le pouvoir. Le premier correspond à la peur de l'inconnu, de remise en cause des compétences, de perte d'identité. Le second, rejoignant les principes de l'analyse stratégique, réside dans le risque de mettre en question les sources et les conditions de jeu de pouvoir ou la liberté d'action. Des transformations de cet ordre contribueraient en fait à modifier ou à faire disparaître les zones d'incertitude pertinentes contrôlées.

Identifié comme un processus dynamique mettant en jeu les acteurs, il apparaît utile de concevoir le changement de façon pragmatique. Car au-delà du contenu même, sa gestion et sa maîtrise apparaissent comme des enjeux fondamentaux.

### 3- La maîtrise du processus par le directeur

Etant donné que manager le changement revient à faire des choix par rapport à l'organisation et à son mode opératoire, il semble nécessaire d'appuyer le processus sur une stratégie. A ce titre, il incombe au directeur de jouer un rôle primordial en tant qu'acteur et coordonnateur du processus. Ces choix stratégiques s'organisent alors autour de deux éléments : le type de changement et les modalités d'accompagnement.

Deux modalités de changement semblent possibles : l'une fondée sur le pouvoir, l'autre sur la négociation<sup>19</sup>. La première est un changement imposé par la direction retirant toute marge de manœuvre au personnel. Elle suppose une mesure certaine des risques et une maîtrise technique de l'ensemble du processus.

---

<sup>19</sup> Manager le changement dans l'action sociale ; J.M Miramon

La seconde consiste en un changement négocié qui autorise un jeu d'échanges entre le directeur et ses collaborateurs. Cette situation permet une reconnaissance et une implication élargies, mais nécessite du temps. C'est sur cette dernière démarche que pourra reposer la construction d'un projet institutionnel.

Dans les deux cas de figure, la réalisation et la réussite du changement dépendent de la mise en place d'un dispositif d'accompagnement. C'est lui qui rend possible la gestion et le pilotage du processus, à travers lequel se mettent en place les nouveaux cadres d'action et s'opèrent tant la mobilisation des intéressés que l'acquisition des capacités collectives nécessaires. Cet élément permet alors au directeur non seulement d'anticiper mais aussi de faciliter la mise en œuvre du projet.

Cependant, il est important de souligner ici la difficulté de concevoir un changement en décalage avec la culture dominante. Pour cette raison, le choix du rythme devra être en adéquation avec le processus d'acculturation fondé sur trois phases : l'adhésion, l'implication et l'appropriation.

De ce fait, la maîtrise du processus de changement par le directeur passera par la définition d'une stratégie conçue autour de la négociation et d'un dispositif d'accompagnement, prenant en compte l'aspect méthodologique autant que culturel.

Ainsi, être capable d'innover, c'est accepter le principe d'adaptabilité ainsi que gérer le processus de changement organisationnel. De cette logique découlera alors la possibilité de concevoir la qualité sur le plan de la démarche autant que de la méthode.

### **B- Le discours de la méthode pour la qualité**

Conçue comme un état idéal à atteindre, la qualité s'apparente à un comportement, un processus et un esprit particuliers. En tant que telle, elle s'inscrit ici dans une logique non pas de certification ou de labellisation mais bien d'amélioration continue d'un système. Aussi, pour l'intégrer dans les pratiques professionnelles, il semble intéressant de la faire reposer sur un certain «discours de la méthode ».

L'évolution du concept à la démarche permettra alors d'éclairer les différentes expériences actuelles et à venir. Celles-ci démontreront que la qualité se situe aujourd'hui au cœur des préoccupations de toute entreprise de service et donc de l'établissement médico-social.

## 1- Du concept à la démarche qualité

Le premier élément à retenir ici est que la qualité n'est pas un phénomène nouveau. L'histoire de ce concept nous enseigne effectivement qu'elle a toujours suscité un certain intérêt. Si le monde de l'entreprise l'a adoptée il y a plusieurs années, elle s'est développée progressivement pour devenir une véritable démarche à intégrer dans toute organisation soucieuse de la satisfaction de ses bénéficiaires.

En effet, depuis le Moyen Age jusqu'au XXe siècle, un certain nombre de règles de fonctionnement et de production ont été édictées<sup>20</sup>. Celles-ci étaient destinées à garantir la conformité des produits à un référentiel de base et à organiser le système. La qualité était alors analysée sous l'angle de la performance et du contrôle. Cette approche qui mettait l'accent sur les sanctions de la non-qualité du produit s'est élargie au fil du temps pour s'engager dans la voie de la satisfaction du client. Dans cette optique, les référentiels internationaux et notamment les normes ISO précisent que la qualité réside dans «l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins explicites et implicites des utilisateurs ».

Une fois admise cette définition, une approche méthodologique s'impose pour l'intégrer dans le mode de fonctionnement de l'organisation. Il est fondamental de souligner ici le lien qui doit exister entre l'introduction d'une méthode et la conception stratégique et politique de l'établissement. Aussi, la théorie de l'amélioration continue de la qualité repose-t-elle sur deux principes fondamentaux : le premier est le cycle PDCA, le second consiste en l'analyse des processus. Le cycle PDCA ou roue de Deming, tout d'abord, est une procédure d'action qui se fonde sur quatre verbes : prévoir (plan), faire (do), vérifier (check) et corriger (act). En cela, il rejoint la logique des projets décrite précédemment : élaboration, mise en œuvre, évaluations régulières, adaptations. L'analyse des processus, ensuite, repose sur le découpage de l'activité afin d'intervenir sur chacune de ses phases.

---

<sup>20</sup> Petite histoire de la qualité du 18<sup>ème</sup> siècle à nos jours ; N. Bass

Le dernier élément à préciser, quant à la méthode de l'amélioration permanente de la qualité, fait référence à ses fondements. D'une part, le point de départ de toute démarche de ce type repose prioritairement sur la prise en compte de l'utilisateur client. D'autre part, un de ses facteurs clés de succès réside dans un travail d'équipe, impliquant l'ensemble des professionnels concernés.

Aussi, fort de ces éléments, certaines organisations autres que l'entreprise se sont-elles engagées dans des démarches qualité. Qu'elles en soient au stade de la mise en œuvre ou de la réflexion, ces expériences demeurent intéressantes à analyser.

## 2- Les expériences actuelles et à venir

L'ouvrage publié par le Commissariat de réforme de l'Etat en 1997, intitulé «développer la qualité du service : charte qualité et engagements dans les services publics », donne le ton de la réflexion qui est menée pour la satisfaction de l'utilisateur. La démarche ainsi initiée doit garantir les critères suivants : répondre à une attente croissante des usagers, améliorer l'organisation interne des services, associer le personnel par un management de proximité. Se dégagent ainsi les éléments théoriques de l'amélioration permanente.

Dans la même logique, l'hôpital a développé un système de qualité des soins, qui ne peut se comprendre qu'en lui associant la notion d'évaluation, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé. Cette évolution s'est alors traduite dans les textes juridiques en passant d'une incitation à une obligation. En effet, la loi hospitalière du 31.07.1991 incitait les établissements de santé à promouvoir l'évaluation médicale au service de la qualité. L'ordonnance du 24.04.1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée marque un pas supplémentaire : désormais, «la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé ». A cet effet, une procédure d'accréditation a été élaborée afin de procéder dans un délai de cinq ans à une évaluation de la qualité des différentes activités et services.

Dans cette perspective, l'extension au secteur social et médico-social apparaît comme une évidence. C'est pourquoi le thème de Géront-Expo de 1999 a intégré les sujets de l'évaluation et de la qualité.



Les différents éléments qui sont alors ressortis de cette réflexion convergent dans le sens d'un «plaidoyer pour une démarche qualité sociale et médico-sociale». En effet, il semble aujourd'hui tout à fait concevable et souhaitable d'aborder dans le secteur des personnes âgées la question de la qualité. «C'est même une obligation individuelle autant que collective»<sup>21</sup>. L'inscription dans cette voie permettrait d'améliorer la prise en charge par le biais du développement de protocoles de soins ou de projets de vie, considérés alors comme les nouveaux référentiels qualité pour l'établissement et l'utilisateur.

Après l'utilisateur du service public, le patient hospitalisé et la personne âgée, force est de considérer maintenant la possibilité d'une démarche qualité pour la personne handicapée.

### 3- L'établissement médico-social concerné

La démarche qualité dans un établissement médico-social vise principalement à réduire l'écart entre les attentes du bénéficiaire (service attendu), l'engagement du prestataire (service déclaré) et le service effectivement rendu (service fait)<sup>22</sup>. A ce titre, il semble intéressant d'analyser ses enjeux autant que ses fondements. Le directeur pourra alors se positionner en termes d'objectifs face à cette démarche.

En premier lieu, il est vrai que des enjeux importants entourent la démarche qualité. Elle permet de répondre à un niveau d'exigence accru des bénéficiaires ainsi qu'à la plus grande complexité de leurs situations individuelles. Elle vise à mieux utiliser les ressources humaines de l'organisation en favorisant la participation et la responsabilisation des hommes qui la composent. Elle offre une plus grande lisibilité et transparence du système. Elle engage sur le plan de la responsabilité individuelle et collective. Elle contribue à la valorisation et à la légitimité rationnelle de l'institution. Elle permet enfin de faire face au coût et aux inconvénients de la non-qualité.

Mais cette démarche repose aussi sur un certain nombre de fondements : s'extraire du court terme, remettre en perspective l'histoire de l'institution, revisiter le présent, se projeter dans l'avenir et s'adapter aux changements.

---

<sup>21</sup> Organiser un système qualité : procédures et méthodes ; J. Defontaine

<sup>22</sup> Cf. L'évaluation clinique en action sociale ; A.M Favard

Le directeur d'établissement médico-social peut alors arrêter les objectifs qui guideront la mise en place d'une démarche qualité dans sa structure. Le premier consiste à retrouver le sens de l'action en se fondant sur les valeurs et la déontologie du secteur. Le second vise à créer de la cohérence autour de la prestation offerte : sur le plan interne autour de l'utilisateur et sur le plan externe en s'ouvrant sur l'environnement. Le troisième, enfin, repose sur la définition d'une méthode intégrant la logique de projet.

Ainsi, quand bien même la démarche qualité serait peu naturelle et complexe pour l'action médico-sociale, elle est devenue indispensable pour l'établissement en général et l'utilisateur en particulier.

Cette première approche conceptuelle permet de conclure que les notions de projet, de changement et de qualité sont liées. En effet, la maîtrise du changement apparaît comme la condition de la qualité et le projet comme la solution à une amélioration continue.

Aussi, avant de développer la stratégie de mise en place de cette idée, convient-il de présenter le cadre expérimental dans lequel elle s'applique : l'Institut Médico-Educatif Départemental de Coutras.

## **Deuxième partie**

### **L'exemple de l'Institut Médico-Educatif Départemental de Coutras**

« Rien n'est permanent sauf le changement »

HERACLITE

L'Institut Médico-Educatif Départemental de Coutras (I.M.E.D) est un établissement public autonome, accueillant des enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle avec troubles du comportement. Créé en 1971, dans un contexte favorable au développement des organisations sociales et médico-sociales, il a fonctionné pendant plus de vingt ans en offrant un accueil et un accompagnement à l'enfant, centrés sur l'institution. Depuis 1994, un programme important de restructuration a été mis en place, visant à l'inscrire dans le nouveau modèle des Annexes XXIV renforçant ainsi la place de l'utilisateur.

A cette époque, un projet d'établissement, dit thérapeutique, a été élaboré afin de répondre à l'obligation de réajustement de la structure. Il est important de souligner ici que les circonstances particulières dans lesquelles s'est déroulée l'élaboration de ce projet ont relativement marqué l'histoire de l'établissement. Associé à la restructuration, ce document a alors introduit de nombreux changements dans les pratiques professionnelles autant que dans l'organisation de l'action.

Aujourd'hui, après cinq ans d'application et prenant en compte les évolutions de l'établissement et de l'environnement, il semble intéressant d'envisager l'écriture d'un nouveau projet.

Aussi, l'analyse de ce contexte permettra-t-elle de poser le cadre singulier dans lequel sera envisagée la mise en place d'une démarche qualité à travers de nouveaux projets institutionnel et individuels. Elle contribuera par-là même à apprécier les fondements sur lesquels s'appuieront les choix stratégiques du directeur.

Le développement qui va suivre s'organisera autour de la présentation de l'activité en général à la restructuration en particulier dans un premier temps, pour apporter des précisions sur l'élaboration et la mise en œuvre du projet thérapeutique dans un second temps.

## **I- De l'activité en général à la restructuration en particulier**

L'histoire de l'établissement autant que son importante capacité en places (126) apportent un caractère complexe à l'appréhension de son fonctionnement. Celui-ci est renforcé par la cohabitation de cultures professionnelles plurielles, liée à la prise en charge pluridisciplinaire de toute institution médico-éducative. Aussi, la restructuration a-t-elle apporté des éléments nouveaux pour remédier à cette note de complexité. Ceci a alors entraîné des conséquences non seulement sur le plan des modalités de prise en charge mais aussi sur les pratiques du personnel.

### **A- L'analyse du contexte institutionnel**

Cette présentation n'a pas pour objectif d'être exhaustive, mais vise à mettre en exergue certains points de fonctionnement jugés essentiels à cette étude. Aussi, en partant de l'identification de l'établissement, l'accent sera porté sur l'organisation de l'action ainsi que sur la logique des différentes réunions.

#### **1- L'identification de l'établissement**

L'I.M.E.D de Coutras est agréé au titre des Annexes XXIV pour prendre en charge des enfants et adolescents, âgés de 6 à 20 ans. Les objectifs poursuivis par l'établissement et contenus dans le projet thérapeutique sont les suivants : « favoriser le maintien en milieu ordinaire par la mise en œuvre de prises en charges éducatives, de soins et de rééducation, mais aussi des pédagogies adaptées ; construire des projets individualisés dans le cadre des soins de proximité ; réaliser ces prises en charge de façon ambulatoire et pluridisciplinaire ». La confusion entre les objectifs et les moyens dans cette présentation invite à clarifier le cadre en distinguant bien la vocation de la structure et son mode opératoire.

Aussi, la mission générale consiste-t-elle à rechercher l'épanouissement et le développement de l'enfant dans la prise de conscience de soi et des autres, l'apprentissage de la vie sociale et l'autonomie dans la vie quotidienne ; que son intégration future soit en milieu ordinaire ou protégé. Cette déclinaison, qui est identique à tous les instituts médico-éducatifs, devra être étayée par l'I.M.E.D afin de l'adapter à son histoire, ses valeurs et ses moyens d'action. Ces derniers, quant à eux, reposent sur le principe d'une prise en charge globale, c'est-à-dire éducative, pédagogique et thérapeutique. L'existence de ce plateau technique pluridisciplinaire autorisera alors la construction de projets individuels, adaptés aux besoins spécifiques de chaque enfant.

Mais l'identification de la structure, au-delà de ces premiers éléments, passe fondamentalement par le ciblage de la population concernée. En l'occurrence, les critères d'admission qui ont été retenus sont les suivants : troubles cognitifs avec ou sans déficit intellectuel associé, troubles du comportement, troubles des fonctions instrumentales ou troubles à expression somatique. Si pendant longtemps il a été possible d'observer une certaine uniformité de la population accueillie autorisant la mise en œuvre de moyens identiques, une nouvelle tendance semble s'amorcer depuis environ deux années. En effet, le changement le plus notable à constater est l'orientation à l'I.M.E.D de jeunes âgés de 15-16 ans provenant d'institut de rééducation. Si cette évolution ne remet pas en cause les critères susvisés, elle pose une nouvelle exigence en termes d'organisation de l'action.

## 2- L'organisation de l'action

Il s'agit ici de présenter le cadre organisationnel de l'action. Le premier modèle, de la création en 1971 jusqu'à la restructuration en 1994, était fondé sur la séparation entre l'institut médico-pédagogique (I.M.P) et l'institut médico-professionnel (I.M.Pro). L'I.M.P de 50 places recevait alors les enfants de 6 à 14-15 ans, alors que l'I.M.Pro accueillait les adolescents et les jeunes adultes dans la structure ainsi que dans un foyer d'hébergement.

Le second modèle, actuel, a constitué un véritable changement, dans la mesure où le fonctionnement est désormais appréhendé de façon fonctionnelle. Quatre unités ont effectivement été conçues avec des objectifs propres, afin de différencier de façon évolutive les réponses apportées aux usagers.

Ainsi, la définition qui a été accordée à l'unité fonctionnelle est la suivante : « organisation fonctionnelle qui facilitera la continuité de la prise en charge, la permanence d'une équipe pluridisciplinaire autour d'une cohérence de références dans le cadre d'un projet qui tienne compte au plus près des projets individuels des jeunes ».

Mais il est important de souligner ici qu'il n'existe pas de projet écrit pour chacune de ces unités fonctionnelles, inclus dans le projet d'établissement. En effet, le projet thérapeutique a adopté le principe d'une définition élaborée pour chacun des volets de la prise en charge (éducatif, pédagogique, thérapeutique) mais n'a abordé le concept des unités que par leur fonction principale et la composition de leur équipe. Aussi, l'unité 1 de soins et d'accueil peut-elle recevoir une trentaine de garçons et filles de 6 à 14 ans en internat (10 places maximum), semi-internat, externat ou temps partiel, répartis en trois groupes. L'unité 2, de stimulations pédagogiques et éducatives, se fonde sur les mêmes principes d'accueil pour les jeunes de 14 à 18 ans initialement et de 14 à 16 ans aujourd'hui. L'unité 3, visant la mise en situation sociale et/ou professionnelle, prévoyait d'accueillir les adolescents de 14 à 20 ans. Cette dernière tranche d'âge a changé (16 à 18 ans), en raison de la création d'un service extérieur, constituant l'unité 4, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

Parallèlement au projet d'établissement, il convient de citer un autre document officiel qui fournit des éléments sur l'organisation de l'action : il s'agit de la charte d'accueil destinée aux familles. Si cet écrit est mentionné ici, c'est aussi parce qu'il contient un outil qui correspond à la logique de démarche qualité qui sera proposée par le directeur. En effet, la phase de la prise en charge que représente l'admission a été développée et incluse dans un protocole. Ceci contribue à fixer des règles de fonctionnement clairement identifiées par les professionnels ainsi que par les partenaires. Ces modalités reposent autant sur les rôles de chacun des intervenants que sur la procédure à suivre.

Ce qu'il est important de retenir de cette organisation, c'est que le passage au fonctionnement par unité a représenté une étape importante dans l'évolution de l'établissement. La conceptualisation initiale a été renforcée par un construit des professionnels qui aujourd'hui ont intégré le modèle. Il ne reste plus alors qu'à compléter cette présentation par la logique des différentes réunions.

### 3- La logique des différentes réunions

Comme toute organisation, le fonctionnement de l'I.M.E.D est régulé par un certain nombre de réunions. Celles qui nous intéresseront ici sont celles qui ont trait directement à la prise en charge de l'enfant. Elles sont au nombre de deux : la réunion de régulation et la réunion de synthèse. Il convient alors de définir leurs principes ainsi que leur rôle.

La réunion de régulation, tout d'abord, rassemble l'ensemble des intervenants éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques de chaque unité, ainsi que le directeur de l'établissement. Animée par le cadre socio-éducatif, elle s'inscrit dans une logique de circulation de l'information. Celle-ci concerne principalement la vie générale de l'unité mais aussi les situations individuelles urgentes à analyser et à traiter. Sa régularité (hebdomadaire) et son caractère pluridisciplinaire permettent aux professionnels d'une même équipe d'échanger et de consolider par-là même les objectifs de l'unité. Le thème central de cette réunion doit donc être l'unité.

La réunion de synthèse, ensuite, est en quelque sorte celle de l'usager. En effet, le fondement de son existence étant le projet individuel du jeune, celui-ci doit être le seul sujet abordé. Fort de ce principe, il est possible d'en concevoir deux modèles<sup>23</sup>.

La synthèse d'élaboration, d'une part, vise à réunir l'ensemble des professionnels qui sont en mesure de fournir des éléments informatifs sur la personne accueillie. Cette réunion, se déroulant lors de l'admission ou d'un changement d'unité, doit permettre de dresser un état des lieux complet sur la situation autant que sur les besoins de l'enfant. Aussi, ce bilan doit-il être alimenté par les différentes observations des praticiens de l'établissement ainsi que par les dossiers synthétisés des autres partenaires (C.D.E.S, établissements antérieurs, etc.). A partir de ces données, l'équipe pluridisciplinaire élabore un projet individuel fondé sur un diagnostic et définissant des objectifs et des moyens. Le médecin psychiatre, chargé de l'écriture du rapport de synthèse, inclut le projet dans ses conclusions. La synthèse de révision, d'autre part, répond à la nécessité d'une évaluation régulière des objectifs fixés pour l'usager. Elle vise à faire le point sur le déroulement du projet individuel afin de l'adapter.

---

<sup>23</sup> Cf. comptes-rendus de réunion de direction, et notamment celui du 3.05.1999

Ainsi définis, il est important de situer ces deux types de réunions, régulation et synthèse, dans deux logiques différentes. La première est organisée autour de l'unité fonctionnelle, la seconde est centrée sur l'utilisateur. Aussi, les échanges récemment menés dans l'établissement sur la réunion de synthèse ont-ils contribué à affiner cette position. Cependant, cette dernière ne peut être réellement comprise qu'à travers une réflexion sur la restructuration.

## **B- Réflexions autour de la restructuration**

Outre le fonctionnement par unités fonctionnelles, le projet thérapeutique énumère un ensemble de principes généraux qui fondent la restructuration. Parmi eux, il est intéressant d'apporter une attention particulière à deux concepts : l'éducateur référent et le projet individuel. Mais au-delà de ces fondements théoriques, la création de nouveaux services a aussi été envisagée, permettant ainsi une diversification des modalités de prise en charge. Au vu de ces nombreux changements pour l'institution, il est alors primordial de prendre en considération le personnel.

### **1- Les principaux fondements**

Il semble possible de dégager trois axes principaux autour desquels s'organise la restructuration. Le premier s'appuie sur de nouveaux concepts représentés par l'éducateur référent et le projet individuel. Le second est centré sur un travail d'élaboration autour des relations avec les familles. Le troisième correspond à une nouvelle appréhension des pratiques par l'intermédiaire du développement de l'écrit.

L'introduction d'un nouveau mode de fonctionnement par le biais du projet individuel et de l'éducateur référent participe d'une même logique : placer l'utilisateur au cœur du dispositif. Ainsi, il est prévu que «chaque jeune aura un référent éducatif, garant de la continuité et de la cohérence du projet dans le cadre du projet global dont l'aspect individuel sera décidé lors de la synthèse». L'assistant socio-éducatif se voit alors attribuer une responsabilité supplémentaire à sa mission classique. Elle consiste à veiller à l'application des décisions, à la continuité et à la coordination des interventions et à rapporter à l'ensemble de l'équipe ces différents éléments. De cette manière, il représente la «mémoire vive» du projet individuel.



Ainsi défini de façon théorique, le rôle de l'éducateur référent contribue à apporter dans la pratique une perception nouvelle sur l'enfant, fondée sur la singularité. Dans le même ordre d'idée, le projet individuel vise à adapter les moyens institutionnels aux besoins de chaque usager. Aussi, le projet thérapeutique l'aborde-t-il comme «le point de départ du travail». Appréhendé de façon générique, le projet individuel n'a cependant donné lieu à aucune définition spécifique, quant à son contenu et à son mode d'élaboration. C'est pourquoi cet outil sera plus longuement développé ultérieurement en tant que choix stratégique du directeur.

Dans le prolongement et conformément aux textes des Annexes XXIV qui stipulent que «la famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation»<sup>24</sup>, le travail avec les familles s'est développé. Il est possible de le décliner sous deux aspects : le premier vise à intégrer la sphère familiale dans la prise en charge, le second repose sur un certain accompagnement de la famille face au handicap. Ce dernier point mérite d'être souligné dans la mesure où il a été défini dans l'établissement comme un des pans d'intervention des psychologues et des médecins psychiatres. Cette orientation permet ainsi de proposer le concept de référence dans le champ thérapeutique. Parallèlement, des relations avec les familles se sont organisées en étant intégrées dans la prise en charge globale de l'enfant. Ainsi, des rencontres ou des contacts réguliers entre les parents et l'éducateur référent permettent d'échanger sur l'évolution du projet individuel. Ce travail contribue alors à réduire la double influence institutionnelle et familiale pour la personne accueillie.

Enfin, le troisième fondement de la restructuration s'inscrit dans la volonté de promouvoir la place de l'écrit dans les pratiques professionnelles. Ceci se traduit dans les faits par l'élaboration d'un compte-rendu pour l'ensemble des réunions. Cette mesure a alors pour avantage de laisser des traces sur la vie institutionnelle autant que sur les éléments de la prise en charge de l'enfant. Il convient de mesurer ici l'importance de cette démarche dans la mesure où la culture du secteur revendique plus l'échange et la relation que l'écrit. Cet élément devra donc être pris en considération non seulement en termes d'organisation du travail mais aussi en tant que changement culturel significatif.

---

<sup>24</sup> Article 3 ; décret n°89.798 du 27.10.1989

Fort de ces fondements théoriques, il semble alors possible d'analyser l'autre volet de la restructuration : la création de nouveaux services.

## 2- La diversification des prises en charge

La création de deux nouveaux services a non seulement élargi les modalités de prise en charge mais aussi contribué à ouvrir l'établissement sur l'extérieur. Les éléments qui seront présentés ici sont les grandes lignes de fonctionnement ; mais ce qui sera important à retenir, ce sont les changements initiés par cette extension.

D'une part, le Service de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile (S.S.E.S.D) a pour principal objectif de maintenir l'enfant dans son cadre de vie naturel, tant sur le plan familial que scolaire. Cette approche nécessite alors une souplesse de fonctionnement et la définition de nouvelles pratiques professionnelles. Ces dernières s'organisent autour d'un travail en étroite collaboration avec la famille et l'établissement scolaire. A cet effet, une approche spécifique a été définie reposant sur une répartition des domaines d'intervention pour le personnel du service et une convention d'intégration scolaire liant l'école, les parents et la structure. L'ouverture à des partenaires extérieurs ainsi que la durée de prise en charge fondée sur l'année scolaire impliquent alors une appréhension différente de l'action. En effet, le projet individuel de l'enfant se trouve évalué de façon régulière renforçant ainsi la coordination interne et externe. Dans ce schéma de fonctionnement, l'ouverture et la dynamique sont les maîtres mots de l'action.

D'autre part, le service extérieur ou unité 4 intervient en fin de parcours institutionnel et a pour objectif l'insertion et l'accompagnement vers la sortie. A cet effet, des moyens particuliers sont mis en œuvre par l'intermédiaire de stages et d'un travail autour de l'autonomie. L'action, s'inscrivant dans une logique de fin de prise en charge, est alors fondée sur une recherche de partenaires professionnels, d'apprentissage ou institutionnels en relation directe avec le jeune adulte et sa famille. Aussi, les outils mis en place par l'équipe prennent-ils en considération ces spécificités. Parmi eux, il est intéressant de noter le contrat de prise en charge personnel et individualisé. Celui-ci permet non seulement l'association du jeune dans son projet mais aussi une évaluation régulière de son évolution. Le bilan global ainsi réalisé contribue alors à argumenter l'orientation future et à préparer la rupture institutionnelle.

Ainsi, l'apport de ces deux services se mesure en termes d'ouverture et de souplesse dans le fonctionnement et répond à la nécessité de maintenir l'utilisateur, dans la mesure du possible, dans son milieu ordinaire de vie. Il est important de souligner ici l'implication des équipes dans ces deux projets. Mais ces différentes évolutions ayant entraîné des changements importants pour le personnel, il semble intéressant de prendre en compte leur situation.

### 3- La prise en compte du personnel

La restructuration en introduisant les concepts d'éducateur référent, de projet individuel et d'unité fonctionnelle a été synonyme de nombreux changements dans l'institution en général et dans les pratiques en particulier. A ce titre, certains professionnels, et notamment les éducateurs spécialisés ou faisant fonction, sont directement concernés. Aussi, un certain nombre de moyens ont-ils été mis en place pour accompagner ces évolutions. Cependant, il semble que l'usure professionnelle soit un élément à prendre en considération pour les projets à venir.

Parmi les éléments du dispositif d'accompagnement, il est possible de mettre l'accent sur deux dispositions. La première réside dans l'intégration, dans le temps de travail des éducateurs, d'une heure de supervision ou analyse des pratiques. Celle-ci répond à la nécessité d'un temps de parole pour ces professionnels, du fait de leur rôle de référent et de garant du projet individuel du jeune. En effet, ce nouveau mode de relation duelle suscite, dans certains cas, des difficultés qui peuvent être solutionnées par le recul et l'aide d'un tiers. Aussi, le projet thérapeutique a-t-il retenu la supervision comme un des outils institutionnels au service des professionnels. Le second élément, qui est d'ordre plus général, consiste à promouvoir une politique de formation. A cet effet, des orientations précises ont été retenues pour l'ensemble de l'établissement et une commission spécifique a été mise en place. Cette dernière joue ainsi un rôle de coordination et de recensement des besoins du personnel. De caractère pluridisciplinaire, elle a permis l'organisation de conférences thématiques collectives ou de sessions de formation individuelles. Parmi les thèmes qui se sont dégagés, il est intéressant de relever celui de l'usure. En effet, sur 67 équivalents temps plein, 36 personnes se sentent concernées par le sujet. Afin de définir un cahier des charges précis, un questionnaire a été élaboré par le groupe et distribué aux agents.

L'analyse des réponses (10) a alors permis de situer le facteur principal de l'usure au niveau organisationnel et non pas fonctionnel ; ce qui représente un élément significatif à intégrer dans les décisions stratégiques à venir. Cependant, il est important de souligner ici que le modèle participatif et pragmatique qui a été adopté depuis la restructuration a contribué à situer le travail et le personnel dans un ensemble cohérent et négocié. Cette orientation devra être maintenue afin de pallier à ce sentiment d'usure et de subordination hiérarchique.

Au vu de ces éléments, il semble alors utile d'apporter quelques précisions sur la typologie du personnel de l'établissement. D'une moyenne d'âge d'environ 45 ans et possédant tous une qualification adaptée, force est de constater une assez faible mobilité depuis la création de l'I.M.E.D. Cette situation peut s'expliquer par un recrutement globalement local d'une part ainsi que par les caractéristiques de l'avancement dans la fonction publique d'autre part.

Aussi, la prise en compte de cette situation apparaît-elle comme une condition nécessaire dans la mise en place de tout nouveau projet. Non seulement des mesures d'accompagnement s'imposeront mais le choix du rythme devra être adéquat, afin d'obtenir une adhésion, une implication et une appropriation par le personnel.

Mais cette approche sur le fond du fonctionnement de l'Institut Médico-Educatif de Coutras ne saurait être complète si les conditions d'élaboration et d'application du premier projet d'établissement n'étaient pas présentées.

## **II- De l'élaboration à l'application du projet thérapeutique**

Le projet thérapeutique représente le premier véritable projet d'établissement pour l'I.M.E.D de Coutras. En tant que tel, il a marqué son histoire et porte en lui l'esprit et la situation d'une époque donnée. Dans l'optique d'écriture d'un second projet et d'introduction de nouveaux concepts, il convient de les analyser. Parallèlement et au fur et à mesure de son application, le projet a subi des évolutions du fait de la pratique et de l'environnement. Aussi, les conditions d'élaboration seront-elles présentées à travers le contexte et la méthode alors que celles de mise en œuvre souligneront les évolutions conjoncturelles et structurelles.

## A- Le contexte et la méthode

Il est indéniable que les circonstances dans lesquelles s'est déroulée l'écriture du projet thérapeutique étaient peu favorables à l'élaboration d'un document d'une telle envergure. Cependant, une méthode précise a été mise en place permettant ainsi l'obtention d'un nouvel agrément. Il conviendra alors de s'appuyer sur ces éléments pour tirer quelques enseignements.

### 1- Des circonstances particulières

La spécificité du contexte d'élaboration repose précisément sur trois éléments : la demande obligatoire de réagrément, les changements de directeur, la mission d'inspection de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S).

Conformément aux textes des Annexes XXIV qui prévoyaient une demande d'autorisation de ré agrément pour l'ensemble des établissements d'éducation spéciale, l'I.M.E.D a présenté un premier projet institutionnel, élaboré en 1992. Celui-ci a été refusé par le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale qui a exigé qu'un nouveau dossier soit proposé dans un délai d'un an. Parallèlement à cette situation, il convient de noter que l'établissement a toujours fonctionné avec une succession de directeurs. En effet, depuis 1990 par exemple, la direction a été assumée par trois directeurs diplômés et deux directeurs intérimaires. Ceci a impliqué une absence non seulement de cohérence mais surtout de véritable direction.

Mais l'élément le plus important à souligner est certainement l'inspection de la D.D.A.S.S qui est intervenue en 1992. Cette mission a mis l'accent sur un certain nombre de dysfonctionnements organisationnels, tout en soulignant qu'aucun problème n'était à relever quant à la prise en charge des enfants elle-même. Au niveau de l'organisation de la fonction thérapeutique, d'une part, deux points devaient être précisés. Le premier concernait la mise par écrit des observations effectuées lors de l'admission, jointe à l'existence d'un dossier médical. Le second reposait sur le positionnement d'un responsable thérapeutique garantissant la mise en place de prises en charge spécialisées.

Au niveau du travail éducatif, d'autre part, les comptes-rendus de réunions ainsi que les bilans effectués par les professionnels devaient être étayés afin de servir de référence à l'action engagée. Ceci permettrait alors d'élaborer des projets individuels écrits et formalisés qui constitueraient la trace et le repère de l'évolution de l'enfant au cours de son séjour dans l'établissement. Les relations avec les familles devaient aussi faire l'objet d'une position clairement établie sur laquelle se fonderait une politique de rencontres régulières et planifiées. Enfin, de nouveaux moyens devaient être mis en place pour favoriser la circulation de l'information et la communication entre les équipes.

Dans un cadre plus général, la D.D.A.S.S a élaboré la même année un document intitulé «la prise en charge des enfants et adolescents déficients intellectuels et inadaptés ». Le bilan et les perspectives qui étaient dressés soulignaient alors les finalités retenues pour le secteur : reconnaissance du rôle fondamental de la famille, développement de l'éducation précoce et de l'intégration scolaire, recherche de la plus parfaite cohérence de la prise en charge.

Au vu de ces éléments, il est possible de dire que l'injonction administrative autant que le climat tendu qui pesaient sur l'établissement rendaient peu propice un travail d'élaboration. Aussi, une méthode rigoureuse apparaissait-elle nécessaire.

## 2- La méthode utilisée

Les grands axes méthodologiques se sont organisés autour de l'étude de dossiers cliniques, de la désignation des personnes responsables et de la constitution de dossiers sur les orientations principales du futur projet d'établissement.

L'étude de cas, tout d'abord, avait pour objectif de «définir les modifications et améliorations de structure et de modes de prise en charge souhaitables pour apporter les réponses les plus adaptées ». Un groupe témoin de vingt enfants a ainsi été constitué par le médecin psychiatre avec la collaboration des cadres socio-éducatifs et du psychologue. L'analyse par une équipe pluridisciplinaire de ces dossiers a alors permis de dégager les grands thèmes autour desquels devra s'organiser l'action. L'équipe d'encadrement était alors chargée d'esquisser un avant-projet en partant de ces réflexions.

Par la suite, des groupes thématiques se sont constitués comprenant : l'équipe de direction permanente, deux représentants des éducateurs de l'I.M.P et deux de l'I.M.Pro, un représentant des éducateurs techniques spécialisés, du personnel soignant et des instituteurs. A ces personnes s'est ajouté un conseiller technique, directeur d'une structure similaire, qui avait pour mission de superviser les réunions.

Par ailleurs, les lignes directrices de la réflexion résidaient dans la recherche d'une ouverture sur l'extérieur et d'une amélioration du fonctionnement interne. Aussi, les thèmes qui ont été retenus étaient-ils les suivants : les familles, les autres partenariats, le projet individuel et l'admission, les concepts et outils de prise en charge (éducatif- pédagogique- thérapeutique) ainsi que le projet global et la psychothérapie institutionnelle.

Ces dossiers thématiques devaient alors faire référence aux documents déjà élaborés dans l'institution, aux textes des Annexes XXIV, à la synthèse de tous les cas ayant trait à cette question et aux documents de l'établissement du conseiller technique.

A partir de cette méthode, le projet d'établissement a ainsi pu être élaboré. Présenté au C.R.O.S.S en 1995, il a permis l'obtention du nouvel agrément avec effet rétroactif sur l'année précédente. La dernière précision porte sur l'intitulé qui a été choisi : « thérapeutique » désigne ici la fonction de soins transversale qui est souhaitée dans le fonctionnement. Il ne reste plus alors qu'à tirer les enseignements de ce contexte et de ces choix stratégiques d'élaboration.

### 3- Les enseignements à tirer

Il s'agit ici de présenter les grandes idées sur lesquelles reposera la stratégie à mettre en place par le directeur, au vu de l'histoire et de la pratique de l'établissement.

Etant donnés les nombreux changements intervenus depuis 1994, il est essentiel d'inscrire le futur projet dans la continuité, c'est-à-dire dans une programmation à moyen terme plutôt qu'à court terme. Dans le même ordre d'idée, la valorisation de l'action menée et par-là même de l'implication du personnel depuis la restructuration permettra de mettre l'accent sur les efforts déjà consentis.

L'introduction d'une démarche qualité répondra alors logiquement à la recherche d'une amélioration permanente, dans le prolongement direct de la restructuration. Il s'agit en fait de faire comprendre aux professionnels que la voie dans laquelle ils se sont engagés depuis plus de cinq ans n'est sujette à aucune remise en cause fondamentale. Ainsi, l'écriture d'un nouveau projet apparaîtra comme une opportunité pour dresser un bilan et pour s'adapter aux évolutions intervenues depuis lors. La méthode qui sera alors choisie insistera sur les spécificités et l'identité mêmes de l'établissement, sans prendre exemple sur une autre structure. Aussi, l'étroite collaboration de l'ensemble du personnel sera-t-elle un élément clé pour renforcer cette orientation.

La démarche d'évaluation, engagée dans l'établissement et qui sera présentée ultérieurement, participe de cette logique non seulement en permettant de s'appuyer sur un état des lieux du fonctionnement mais aussi en prenant en considération la position des professionnels.

Ainsi, en 1994, l'I.M.E.D était confronté à une mission d'inspection, à l'ébauche d'une planification à travers un bilan sur la prise en charge des enfants handicapés et à l'élaboration obligatoire d'un projet institutionnel. En 1999, la situation peut paraître à priori similaire au vu du processus d'évaluation, de la construction d'un schéma départemental en cours et de la perspective d'écriture d'un nouveau projet. C'est pourquoi une attention particulière devra être portée sur le risque d'un rapprochement abusif entre ces deux périodes de l'histoire, qui pourrait générer alors des résistances aux changements.

Cependant, le climat de confiance qui semble actuellement instauré dans l'établissement apparaît propice non seulement à un travail d'élaboration mais aussi à la prise en compte des évolutions conjoncturelles et structurelles.

### **B- Les évolutions conjoncturelles et structurelles**

L'application du projet thérapeutique, impulsée par la restructuration, a effectivement été ponctuée par l'apparition de nouvelles contraintes de la conjoncture et de l'environnement. Ainsi, de nouveaux principes d'action restent à définir et une plus grande ouverture et souplesse de fonctionnement à promouvoir.



Cependant, le développement du travail en réseau a déjà permis d'élargir les modalités de prise en charge, conformément aux grandes lignes du futur schéma départemental de l'enfance handicapée.

### 1- Les nouveaux principes d'action

Au-delà des grands principes déjà énoncés comme la personnalisation du service, le travail avec les familles et l'ouverture sur l'extérieur, ce qu'il convient de relever ici, ce sont les nouvelles exigences en termes de clarification et de responsabilité par rapport à l'action.

L'Institut Médico-Educatif de Coutras, autant que les autres structures, s'inscrit aujourd'hui dans un contexte économique contraignant. En effet, il est demandé aux professionnels de poursuivre leur activité, voire de l'améliorer, avec les mêmes moyens budgétaires. Parallèlement, la transparence, la lisibilité et la rationalisation de l'action sociale s'affirment comme de nouvelles obligations pour sa légitimité et sa pérennisation.

Aussi, appartient-il à l'établissement de trouver les moyens de faire face à ce défi. Pour cela, il convient d'inculquer au personnel une certaine culture de l'évaluation à deux niveaux. Le premier concerne la création d'outils permettant d'identifier et d'explicitier l'action menée au service de l'utilisateur. L'approfondissement de la notion du projet individuel comme l'existence de grilles d'observation participent de cette logique. Le second réside dans la possibilité d'une meilleure lecture et analyse de l'activité en général. Le projet d'établissement ainsi que la définition d'une prestation précise contribuent à cette clarification. La culture de l'évaluation permet alors d'accepter l'idée non seulement de la nécessité des adaptations mais aussi d'une dynamique vitale à tout organisme.

Parallèlement et sur un plan éthique, ce sont les concepts d'engagement et de responsabilité qui méritent d'être développés. En effet, l'identification de l'action est un moyen d'atteindre la définition des rôles et fonctions de chacun. Cette dimension autorise alors le positionnement du professionnel dans son travail. Parce que la qualité du service à un utilisateur est une obligation morale avant d'être professionnelle, elle est le corollaire d'un engagement et d'une responsabilité. Aussi, les projets institutionnel et individuels de l'I.M.E.D devront-ils intégrer cette idée en désignant clairement les responsables et les acteurs.

Ces derniers pourront alors s'engager dans une action collectivement décidée. La possibilité d'une démarche contractuelle entre l'établissement, l'éducateur référent et l'utilisateur pourra ainsi être envisagée, sous le couvert de la décision de l'équipe pluridisciplinaire.

Ainsi, les nouveaux principes liés aux évolutions conjoncturelles reposent sur une évaluation de l'action et une responsabilisation des acteurs. Mais l'établissement semble déjà s'être engagé dans cette voie, avec notamment le développement du travail en réseau.

## 2- Le développement du travail en réseau

Le travail en réseau à l'I.M.E.D s'organise autour du développement des prises en charge à temps partiel et de l'intégration scolaire. Il répond ainsi à une culture et à des modalités de travail spécifiques, qui s'inscrivent dans une logique de contrat et d'évaluation régulière. A ce titre, il mérite toute notre attention.

Travailler en réseau signifie constater un besoin chez l'enfant qui ne peut être satisfait dans l'enceinte même de l'établissement. De ce point de départ fondamental, qu'il ne faut en aucun cas interpréter comme une remise en cause des compétences du professionnel responsable, peut naître une collaboration entre différents partenaires pour toujours mieux servir l'utilisateur. La prise en charge à temps partiel en général et l'intégration scolaire en particulier s'inscrivent dans cette logique.

L'intégration scolaire, tout d'abord, a été conçue par l'I.M.E.D comme un moyen supplémentaire à offrir aux jeunes qui avaient les pré-requis nécessaires. Un partenariat conventionnel a alors été construit avec les établissements scolaires locaux. Sa mise en œuvre repose principalement sur l'élaboration d'un contrat type entre les représentants légaux de l'enfant et les directeurs respectifs des structures. Ce document a pour objet la définition des modalités d'intervention de chacun des acteurs ainsi que des principes de suivi. Mais le préalable à cette démarche reste le projet individuel de l'enfant, décidé par l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement spécialisé. En tant que tel, ce dernier se positionne en maître d'œuvre.

De façon plus générale, la prise en charge à temps partiel vise à proposer une réponse mieux adaptée au jeune. Partant du constat des limites institutionnelles face à sa problématique, des partenaires extérieurs sont recherchés. Outre l'école, il s'agit le plus souvent de l'hôpital psychiatrique, et notamment l'hôpital de jour, ou d'organismes de formation.

Ainsi, le travail en réseau, du fait de l'existence de partenaires extérieurs et de l'inscription dans une durée, renforce l'idée précédemment développée de la nécessité d'une évaluation régulière. Centré sur le projet individuel de l'enfant et visant à satisfaire ses besoins spécifiques, il participe par-là même à un service de qualité. Cependant, il repose sur l'acceptation par les professionnels d'un regard extérieur et d'une ouverture sur l'environnement. Il apparaît alors comme une nouvelle culture à promouvoir et un moyen parmi d'autres à mentionner dans le projet institutionnel.

Enfin, reprenant les conclusions d'un groupe de réflexion de l'I.M.E.D sur le sujet, le travail en réseau peut aussi s'exercer à l'intérieur même de l'établissement, par le développement d'échanges et de communication entre les professionnels.

Ce souci pour l'Institut Médico-Educatif de Coutras de s'ouvrir sur son environnement nécessite alors un positionnement par rapport au schéma départemental de l'enfance handicapée.

### **3- Le schéma départemental de l'enfance handicapée**

Ce sujet ne fera l'objet que de quelques remarques dans la mesure où le schéma est en cours d'élaboration. Cependant, il semblait important de l'introduire dans cette réflexion étant donné qu'il représente une première démarche de planification en Gironde et qu'il est nécessaire de prendre en considération ses orientations dans le futur projet d'établissement.

Le premier élément de forme a été constaté lors de l'enquête réalisée sur l'évaluation des besoins et de l'offre. Les difficultés de définition de la prise en charge proposée dans les établissements, avec une absence totale de la dimension éducative, invitent à une plus grande précision dans les projets institutionnels ainsi qu'au développement de systèmes d'information.

Le second élément sur le fond a permis de relever une orientation souvent tardive des enfants en I.M.E, une augmentation de la précarité familiale des déficients intellectuels ainsi qu'une difficulté d'orientation des jeunes âgés de plus de 18 ans en raison d'une offre institutionnelle très fortement déficitaire. De ces conclusions d'ordre général, différents thèmes d'atelier de réflexion se sont dégagés, annonçant les futurs axes politiques. Parmi eux, il est intéressant de citer l'optimisation de la prise en charge institutionnelle de l'enfant et de l'adolescent ainsi que la recherche de leur intégration. Enfin, il a été noté la quasi-inexistence de dispositif de prise en charge ambulatoire.

Ainsi, cette présentation permet de conclure sur la nécessité non seulement du projet institutionnel mais aussi de la prise en compte de l'environnement. Parallèlement, il est intéressant de constater l'inscription de l'I.M.E.D dans les perspectives de développement annoncées pour le département.

Le cadre expérimental de l'Institut Médico-Educatif Départemental de Coutras étant défini, il semble alors possible de présenter la stratégie de conceptualisation et d'opérationnalisation de nouveaux projets.

### Troisième partie

#### **La stratégie de conceptualisation et d'opérationnalisation de nouveaux projets**

« La société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration »  
*Article 15 ; Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26.08.1789*

La stratégie représente un ensemble de choix, de priorités et d'engagements pris en vue d'atteindre un certain nombre d'objectifs. En tant que telle, il est possible de l'appréhender à deux niveaux : celui de la conceptualisation et celui de l'opérationnalisation. Le premier correspond à la phase de réflexion, d'élaboration et de construction de concepts théoriques et pratiques autour desquels s'organisera l'action. Le second concerne la mise en œuvre, la réalisation et l'application de ces principes, c'est-à-dire l'action même.

En référence à l'article de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen susvisé, il convient d'introduire dans ces deux dimensions une certaine approche de l'évaluation. En effet, elle apparaît aujourd'hui comme un élément incontournable au fonctionnement de toute organisation, d'autant plus fondamental que celle-ci participe à une mission de service public.

Le fondement stratégique appliqué à l'Institut Médico-Educatif de Coutras sera alors le projet, dans sa dimension institutionnelle et individuelle. Reprenant les définitions initialement données, le projet est conçu ici comme un moyen de renforcer des valeurs, d'adopter une perspective de changement et d'orienter dans un sens donné et comme un outil de construction, de rationalisation et d'évaluation de l'action. Dans cette perspective, la démarche d'amélioration continue de la qualité s'inscrit dans la dynamique du projet, alors même que les projets d'établissement et de l'enfant représentent des référentiels qualité.

Le processus d'évaluation dans lequel s'est engagé volontairement l'I.M.ED permet ainsi d'aborder de nouveaux outils méthodologiques parmi lesquels le projet individuel occupe une place particulière. De là, découlera la possibilité pour le directeur de concevoir un nouveau projet d'établissement répondant aux nouvelles exigences, et notamment celle de la qualité.

Aussi, la présentation de la démarche d'évaluation ainsi que des changements en cours servira-t-elle de base non seulement à l'élaboration du futur projet institutionnel mais aussi à la mise en œuvre d'une démarche qualité.

## **I- De la démarche d'évaluation aux changements en cours**

Le préalable à tout changement dans une organisation réside dans l'élaboration d'un diagnostic qui permet de dresser un état des lieux ainsi que d'argumenter un nouveau programme d'action. S'inscrire dans une démarche d'évaluation revient à promouvoir cette idée. Aussi, sur la forme, ce processus doit-il offrir l'opportunité au personnel de participer alors que sur le fond, il vise à analyser les pratiques collectives et individuelles. Partant de cette conceptualisation de l'action, il sera alors possible d'envisager le volet opérationnel. Ce dernier consistera à définir de nouveaux outils tels que le contrat individuel de prise en charge, tout en prévoyant un processus d'accompagnement de ces changements.

### **A- Le diagnostic issu de l'évaluation**

Avant d'analyser les premiers résultats de la démarche d'évaluation qualité initiée dans l'établissement depuis deux ans, il semble intéressant de la présenter dans ses grandes lignes. Ceci permettra alors de réfléchir à l'utilisation qui pourra en être faite pour les nouveaux projets institutionnel et individuels, étant donné qu'il paraît nécessaire de concevoir dès à présent la stratégie à mettre en place.

#### **1- La présentation de la démarche**

Le processus, intitulé «évaluation qualité», repose sur une démarche volontaire de l'établissement. Cette adhésion a été obtenue grâce à la recherche de la participation du personnel et de la conviction des différentes instances. Un comité pluridisciplinaire a alors élaboré un cahier des charges visant les objectifs suivants : clarification des missions, conception d'outils d'évaluations opérationnels, recherche des besoins et réactualisation des connaissances, définition des rôles et réflexion sur la cohérence de l'ensemble de l'institution.

Une fois validé par l'équipe de direction, les organes consultatifs, le conseil d'administration et l'autorité de contrôle, les modalités de mise en œuvre ont été définies.

Le programme s'organise autour de cinq phases, étalées sur trois années. La première consiste à transcrire en termes d'objectifs précis le projet d'établissement. Il s'agit de dégager les perspectives globales offertes par l'institution aux enfants accueillis, de définir les moyens d'action et de concevoir une matrice d'analyse du projet. La deuxième vise la conception et l'élaboration d'outils d'évaluation. Ceux-ci doivent permettre, au niveau individuel et en fonction des âges, d'aider à la construction des projets des jeunes, tout en s'inscrivant dans un travail d'équipe. Au niveau collectif, ils contribuent à une réflexion sur l'activité générale, tout en mettant l'accent sur leur limite déontologique. La troisième est fondée sur l'évaluation des fonctions, des pratiques et des rôles de chacun ainsi que de leurs représentations. De la définition des missions particulières des différentes personnes doit ainsi se dégager leur positionnement dans un ensemble cohérent. La quatrième phase trouve son fondement dans l'unité fonctionnelle. L'analyse de ses objectifs et de ses moyens d'action permettra de relever ses spécificités. La cinquième phase, enfin, réside dans la recherche de l'organisation la plus favorable à la transdisciplinarité, par une mise en perspective globale des unités.

Pour chacune de ces étapes, un ou plusieurs groupes pluridisciplinaires sont constitués, permettant ainsi d'inscrire l'ensemble des professionnels dans une démarche de participation et d'appropriation de leurs propres outils. Il est important de situer aussi ce processus en tant que mécanisme d'apprentissage. En effet, la décision a été prise de faire appel à un consultant extérieur, responsable d'un organisme de formation. C'est pourquoi une partie du financement est prise en charge exceptionnellement par l'A.N.F.H alors qu'une autre est octroyée par l'autorité de tarification (D.D.A.S.S).

Si cette démarche ne manque pas de susciter des interrogations voire des réticences de la part du personnel, il n'en demeure pas moins qu'en se fondant sur une approche clinique et participative, elle contribue à une véritable dynamique institutionnelle. Par ailleurs, il est utile de souligner ici qu'elle ne répond pas à la définition d'une démarche qualité au sens strict, même si elle vise une certaine efficacité organisationnelle.

Ainsi, le but de cette démarche est bien de faire le point sur des pratiques et d'appréhender la construction de nouvelles modalités d'action. Mais un diagnostic ne peut être réellement élaboré qu'au travers d'une analyse des premiers résultats.

## 2- L'analyse des premiers résultats

Cette analyse a été rendue possible au fur et à mesure du déroulement des trois premières phases<sup>25</sup>, dans la mesure où un groupe de suivi a été mis en place. Regroupant un ensemble de professionnels pluridisciplinaires, il a pour objet de veiller au déroulement du programme établi et de recueillir toutes les remarques ayant trait à chaque session. Ainsi, la démarche de formation est améliorée et explicitée sur l'ensemble des cinq phases. Il lui incombe aussi d'être vigilant sur la circulation de l'information, en définissant des stratégies spécifiques, comme la présentation lors d'une assemblée générale ou des différentes réunions de régulation.

Le premier document qui a été élaboré vise à définir les points clés de l'action menée, en termes d'objectifs et de moyens. Partant de la mission première de l'établissement, c'est-à-dire l'épanouissement de l'enfant, des items ont été définis autour de trois grands axes : le développement de la personnalité, l'autonomie dans la vie sociale et son apprentissage. En vue d'une appropriation par le personnel, il est apparu nécessaire que ces définitions soient élaborées par les professionnels concernés.

Le deuxième document met l'accent sur les outils qui faciliteront et amélioreront l'action. Il s'agit, en effet, de grilles comprenant les différents thèmes d'observation ainsi que d'un lexique explicitant l'ensemble de ces rubriques. Cet élément ne représente que le point de départ du travail d'équipe, en facilitant le dialogue à partir d'un langage commun. Les cinq grands chapeaux de cet outil sont : la vie quotidienne, les déplacements, la gestion de l'argent, le temps libre et le travail ou activités. Ils s'inscrivent dans le volet du rapport à l'action alors que le rapport à soi et aux autres sera toujours sujet à échanges et réflexion pluridisciplinaires.

---

<sup>25</sup> Les trois premières phases du processus se sont déroulées de mars 98 jusqu'à juin 99 ; les deux dernières se tiendront fin 99 et début 2000.



Le dernier dossier a porté sur la définition des rôles et fonctions de l'ensemble des catégories du personnel administratif, techniques, éducatif, enseignant et thérapeutique. L'analyse des finalités, des responsabilités et des difficultés de chacun a permis non seulement une certaine reconnaissance mais aussi un positionnement dans un ensemble. Celui-ci a été facilité par l'élaboration en réunion de direction de l'organigramme hiérarchique de l'établissement.

A ce stade, deux éléments se sont imposés pour pérenniser cette réflexion. Il convient, d'une part, de placer les cadres socio-éducatifs dans un rôle de garant de ce nouveau fonctionnement et de prévoir, d'autre part, une personne ressource qui facilite sa mise en œuvre pratique. Dans le cadre de la phase d'expérimentation des grilles, il lui appartiendra alors d'aider, de conseiller et d'impulser leur utilisation, grâce à une formation spécifique. Fort de cette conceptualisation de l'action, il convient d'aborder l'utilisation opérationnelle pour les nouveaux projets.

### 3- L'utilisation pour les nouveaux projets

Cette démarche d'évaluation représente pour l'I.M.E.D un changement profond sur le plan culturel et fonctionnel. Aussi, doit-elle être comprise dans sa globalité, tant au niveau de sa forme que de ses conséquences.

En effet, ce processus répond à une logique de remise en question du fonctionnement collectif sans pour autant remettre en cause le personnel individuellement. L'inscription dans ce nouveau schéma permet aux professionnels de travailler sur leurs pratiques, tout en l'ouvrant au regard des autres. De là, se dégage un sentiment d'égalité, d'appartenance et de cohésion autour d'un même objectif, celui de rendre service à l'utilisateur. L'introduction de cette culture de l'évaluation ouvre alors la voie au chemin de la qualité, grâce aux projets d'établissement et individuels.

Concernant le nouveau projet institutionnel, l'utilisation de la démarche sera très large, étant donné les principes organisationnels fondamentaux qu'elle a permis d'aborder. Il semble effectivement possible d'y retrouver les éléments constitutifs de tout projet d'établissement : définir et clarifier l'action, fédérer autour de la mission de service public et impulser une dynamique institutionnelle.

Ainsi, l'accent devra être mis sur une transcription du contenu des sessions de formation en des termes lisibles et compréhensibles par tous, professionnels comme partenaires extérieurs. Les idées qui devront être retenues sont celles du renforcement du fonctionnement par unités, de la possibilité offerte par les grilles d'un langage commun et favorable à la pluridisciplinarité et du positionnement de chacun des professionnels dans un ensemble cohérent.

Concernant le projet individuel, la démarche d'évaluation invite à une toute nouvelle approche. Celle-ci est fondée non seulement sur un outil d'observation élaboré mais aussi sur la volonté de promouvoir une relecture régulière prenant en compte les adaptations nécessaires. Ainsi, la construction des projets est facilitée et l'action éducative est mieux identifiée. Cependant, il est important de bien transmettre au personnel la limite déontologique de cet outil. En effet, il ne s'agit ici ni de dénaturer le travail social ni d'enfermer l'enfant dans une grille rigide. La relation éducative reste la même et les personnalités de chacun sont respectées ; mais un sens commun est donné et les échanges pluridisciplinaires sont renforcés.

La démarche d'évaluation a ainsi permis de poser un certain diagnostic de fonctionnement de l'I.M.E.D. Aussi, des changements ont-ils été opérés dans l'établissement, notamment au niveau de la mise en place de nouveaux outils méthodologiques.

### **B- Les nouveaux outils méthodologiques**

L'élément essentiel qu'il convient d'aborder parmi ces outils opérationnels réside dans la dimension individuelle du projet. Il s'appuie sur un travail mené dans l'établissement qui a permis d'aboutir à une définition du projet individuel et à l'élaboration d'un contrat individuel de prise en charge<sup>26</sup>. Ainsi, conjointement à l'introduction des grilles d'évaluation et à une réflexion sur la réunion de synthèse, des modalités d'action nouvelles synonymes de changement ont été définies. De ce fait, il apparaît nécessaire de concevoir un processus d'accompagnement adéquat.

---

<sup>26</sup> Ce travail correspond à une des missions choisies par le directeur stagiaire à l'I.M.E.D de Coutras. Des documents versés en annexes fournissent quelques éléments complémentaires à ce sujet, qui mériterait un développement plus exhaustif. Cf. p.65

## 1- Du projet au contrat individuel

L'absence de projet individuel précis dans l'établissement a rendu obligatoire une réflexion sur le sujet. L'objectif initial a alors consisté à repérer le processus de définition de la prise en charge puis de travailler à l'élaboration d'un document contractuel précisant ses modalités.

La mise en place de groupes volontaires composés de deux éducateurs de chaque unité concernée (U1, U2, U3 et S.S.E.S.D), avec la présence du cadre socio-éducatif responsable, a permis de dégager certains points. Le premier réside dans la difficulté d'élaborer une définition précise et unanime du projet, alors même qu'il est un élément clé du fonctionnement quotidien. Le second met l'accent sur les pratiques personnelles qui prédominent pour le suivi du projet et la préparation de la synthèse, notamment en fonction de l'investissement du rôle de l'éducateur référent et de la réticence par rapport à l'écrit. Le dernier a mis l'accent sur la nécessité du travail pluridisciplinaire actif, c'est-à-dire en complémentarité depuis les décisions jusqu'à la mise en œuvre. Cependant, différentes idées sont apparues pour baliser le projet individuel : analyse de la situation de l'enfant par rapport à son vécu ; diagnostic clinique, social et scolaire ; évaluation globale de ses capacités et incapacités ; détermination des objectifs concrets et des moyens à mettre en œuvre pour les réaliser. Ces éléments autorisent alors une projection de l'enfant dans son avenir, au vu de sa réalité actuelle.

De là, la volonté de promouvoir une démarche participative s'est traduite par un appel à candidatures pour la constitution d'un groupe unique, représentant les fonctions éducatives, thérapeutiques et pédagogiques. Une fois constitué, le premier temps de réflexion a porté sur la perception du degré d'adhésion des professionnels au projet individuel. Le principe de sa formalisation n'ayant pas trouvé l'écho attendu, l'option a été prise par le directeur de travailler directement sur le concept de contrat de prise en charge. Non seulement celui-ci était plus adapté à la pratique institutionnelle ; mais en plus il permettrait à terme de faire émerger le besoin d'un projet plus affiné, de clarifier le rôle de l'éducateur référent et surtout de rendre l'utilisateur acteur et co-décideur de sa prise en charge. Aussi, a-t-il été possible de préciser les éléments suivants. Chronologiquement, il convient de distinguer la rencontre de préparation entre le jeune et l'éducateur, la réunion de synthèse et la rencontre de présentation du projet.

Pour ce qui est des rôles de chacun : l'éducateur référent est reconnu comme garant du suivi du projet individuel ; le directeur est garant du projet d'établissement qui définit les moyens institutionnels de mise en œuvre du projet individuel et le médecin psychiatre est chargé de l'animation de la réunion de synthèse ainsi que de l'écriture de ses conclusions, qui comprennent le projet individuel.

Fort de ce positionnement, un modèle de contrat individuel a été proposé, auquel un protocole d'utilisation a été joint afin de bien définir le cadre et le mode d'application<sup>27</sup>. Ce document a été défini comme un nouvel outil de la prise en charge, un moyen de garantir les droits et devoirs de chacun (usagers comme professionnels) et un prolongement fidèle du projet individuel. Ainsi, permet-il de renforcer la place de l'utilisateur dans la définition de son projet, l'idée d'un engagement des professionnels et la nécessité d'évaluer régulièrement.

La validation en réunion de direction de chacune de ces étapes ainsi que la présentation à l'ensemble des unités ont permis d'échanger sur la compréhension et l'adhésion à cette nouvelle démarche. Enfin, parce que chaque enfant a droit à un projet individuel qui réponde à ses besoins, le document a été adopté au Conseil d'Etablissement.

Ainsi défini, le contrat individuel s'inscrit désormais dans le fonctionnement de l'établissement, en lien avec le projet individuel et institutionnel. Par conséquent, il est utile de l'analyser par rapport aux grilles d'évaluation et à la réunion de synthèse.

## 2- Les grilles d'évaluation et la réunion de synthèse

Le contrat individuel, au même titre que les grilles d'évaluation, sont des outils méthodologiques nouveaux qu'il convient d'intégrer dans l'organisation existante. La réunion de synthèse, en tant que cadre d'élaboration du projet individuel, apparaît alors comme incontournable dans cette analyse.

Les grilles d'évaluation, tout d'abord, permettent de préparer convenablement la synthèse, en s'appuyant sur des observations régulières facilitées par les différents documents.

---

<sup>27</sup> Cf. annexe III ; p.71

Il est aussi possible de concevoir le remplissage de ces fiches individuelles en présence du jeune. Les éléments retranscrits en réunion de synthèse contribuent alors à une construction du projet individuel dans ses grandes lignes. Mais l'avantage de cet outil se situe également au niveau du contrat individuel. En effet, les items contenus dans les grilles et définis précisément dans le lexique, peuvent servir de base à l'écriture du contrat entre l'enfant et l'éducateur référent. Ces thèmes concrets pourront alors être utilisés pour l'observation et l'évaluation.

La réunion de synthèse, par ailleurs, trouve dans les grilles et le contrat une même logique d'application. Repérée comme la réunion de l'utilisateur, elle doit permettre l'élaboration de son projet individuel. Dans ce cadre, l'équipe pluridisciplinaire définit les objectifs généraux à atteindre, dans un délai d'un an ou plus. Partant de ces décisions, il appartient à chacun des intervenants de se positionner et de prévoir des moyens d'action. Le contrat individuel intervient alors pour fixer les objectifs intermédiaires à poursuivre, dans des échéances beaucoup plus brèves. Ainsi, des adaptations régulières sont apportées au projet, lors des réunions de révision ou des points de synthèse. De plus, la difficulté de présenter à l'enfant ou à l'adolescent les grands axes décidés est surmontée par une élaboration simplifiée du contrat ainsi que par les items des grilles.

Ainsi, en amont comme en aval de la réunion de synthèse, les grilles d'évaluation comme le contrat individuel étayent et facilitent l'élaboration du projet du jeune. Il est important de souligner aussi la possibilité d'utilisation de ces deux outils dans le cadre du travail avec les familles. De cette façon, la prise en charge gagne en qualité. Cependant, cette nouvelle conception de l'action nécessite un processus d'accompagnement pour le personnel.

### 3- Le processus d'accompagnement

Au vu des nombreux changements engendrés par l'élaboration de ces nouveaux outils méthodologiques, il semble nécessaire pour le directeur d'inclure un processus d'accompagnement de la stratégie retenue.

Le premier élément consiste à renforcer le rôle de la personne ressource qui s'est désignée dans le processus d'évaluation.

Face au constat d'absence d'utilisation des grilles par un certain nombre d'éducateurs qui invoquent le manque de temps ou d'appropriation de l'outil, l'injonction semble insuffisante. C'est pourquoi, il paraît utile de préciser le cadre d'intervention de cette personne référente en la matière. Aussi, sa fiche de poste pourra-t-elle comprendre un certain nombre d'heures mises à disposition pour expliquer auprès des éducateurs préparant une synthèse les tenants et aboutissants des grilles. Une présentation directe permettra ainsi de répondre à toutes les questions qui peuvent entourer un tel changement. Cette disposition peut être prévue au moins pour la phase d'expérimentation. Mais au-delà de sa fonction d'aide et de conseil pour l'utilisation des grilles, il semble intéressant qu'elle veille parallèlement à la mise en place du contrat individuel. Les deux démarches étant liées, l'accompagnement de leur mise en œuvre peut s'envisager de la même façon.

Une autre dimension du processus réside dans la possibilité pour l'ensemble des professionnels de recevoir une formation individuelle sur cet outil spécifique d'évaluation. Cette orientation pourra être mentionnée dans la politique générale de formation de l'établissement, dès l'année prochaine. Elle concernera notamment les éducateurs ainsi que les nouveaux membres du personnel.

Enfin, un accent particulier devra être mis sur la diffusion de l'information concernant l'évolution du processus d'évaluation, de l'utilisation des grilles ainsi que du contrat individuel. Cette communication interne permettra ainsi de faire le point de façon régulière sur les nouveaux outils méthodologiques.

Fort de cette analyse sur la démarche d'évaluation et les changements en cours, il semble possible de s'appuyer sur la dynamique institutionnelle actuelle pour concevoir une méthode d'élaboration et de réalisation d'un nouveau projet d'établissement ainsi que la mise en œuvre d'une démarche qualité.

## **II- Du projet d'établissement à la démarche qualité**

L'approche du temps et du mouvement à laquelle invite le modèle du projet permet de dire qu'il est pertinent pour l'Institut Médico-Educatif Départemental de Coutras d'envisager l'écriture d'un nouveau projet d'établissement.

Celui-ci sera construit autour d'un schéma de fonctionnement indiquant le lien fondamental entre la dimension institutionnelle et individuelle. Ainsi, les différents projets seront conçus comme des référentiels qualité pour les professionnels et autoriseront la mise en place d'une démarche qualité plus large. Cette dernière sera alors fondée sur un management de qualité organisé autour de la participation et de la responsabilisation ainsi que sur l'élaboration de protocoles régissant l'action. Enfin, les exigences à venir seront appréhendées à travers le projet de réforme de la loi de 1975.

Ainsi, depuis la méthode de conception et de réalisation du projet d'établissement jusqu'à la mise en œuvre d'une démarche qualité, le directeur pourra conduire, planifier et contrôler son organisation.

#### A- Une méthode de conception et de réalisation

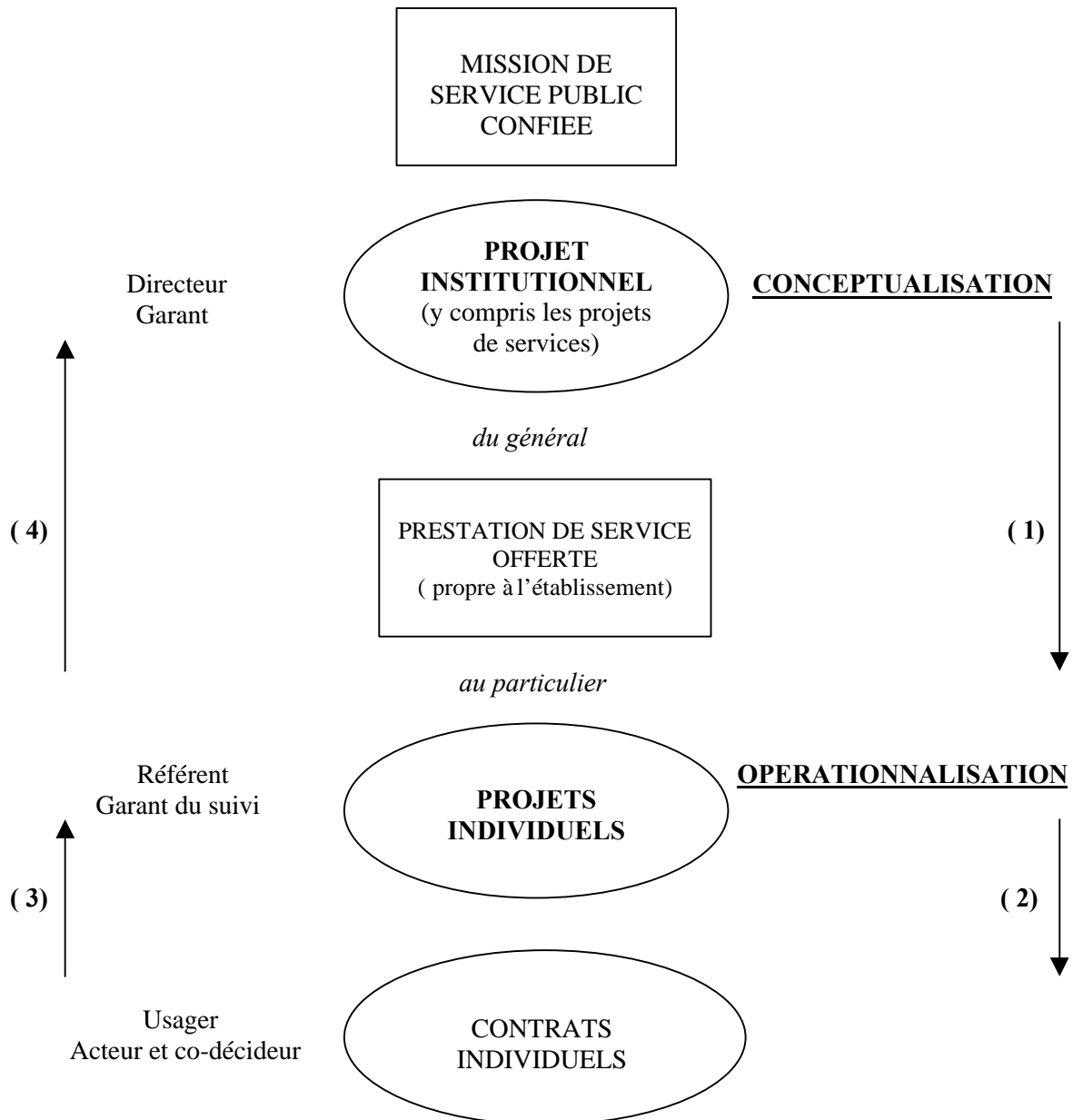
L'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement consistent à analyser non seulement, sur le fond, les grands axes méthodologiques mais aussi, sur la forme, les garanties d'appropriation. Ces deux éléments permettront alors de fixer un cadre prenant en compte l'ensemble des réflexions menées préalablement et mettant l'accent particulièrement sur l'évaluation et le projet individuel.

##### **1- Les grands axes méthodologiques**

Les idées principales concernant l'approche sur le fond sont contenues dans le schéma présenté à la page suivante. Celui-ci repose principalement sur le lien qui doit exister entre le projet institutionnel, le projet individuel et le contrat individuel. Il définit également le positionnement des trois acteurs principaux dans la prise en charge : le directeur, l'éducateur référent et l'utilisateur. Parallèlement, il conforte la distinction entre la mission de service public et la prestation elle-même.

Concernant ce dernier point, il semble effectivement intéressant d'y prêter une attention particulière. La mission de service public, confiée à un ensemble d'établissements relevant d'un agrément identique, repose sur des textes juridiques de portée générale.

**SCHEMA PROJET INSTITUTIONNEL-PROJET INDIVIDUEL  
( approche sur le fond)**



( 1) définition des bases communes sur les plans idéologique, technique et matériel, à adapter à chaque usager ;

( 2) définition des bases spécifiques à chaque usager, à travailler et partager avec lui ;

( 3) évaluation des adaptations à apporter au projet individuel et traduction de l'évolution de l'utilisateur ;

( 4) évaluation des adaptations à apporter au projet institutionnel et traduction de l'évolution de la population et de l'activité.



Le projet d'établissement peut alors les rappeler afin de préciser le cadre légal de l'action ainsi que les limites d'intervention. Les écrits de référence en la matière sont notamment issus du décret et des circulaires des Annexes XXIV, de la loi d'orientation du 30.06.1975 en faveur des personnes handicapées ainsi que de la Convention européenne des droits de l'enfant. A ces derniers s'ajoutent les principes fondamentaux régissant les services publics, à savoir l'égalité, la mutabilité et la continuité. Pour ce qui est de la prestation de service, elle est propre à chaque établissement dans la mesure où les moyens mis en œuvre sont différents et que des orientations spécifiques peuvent être prises. Dans cette perspective, le projet institutionnel se trouve au cœur de ces deux éléments.

Ainsi, en partant des résultats de la démarche d'évaluation, le projet d'établissement pourra s'organiser non pas autour des différentes fonctions thérapeutiques, pédagogiques et éducatives mais bien en fonction de chaque unité. La prestation de service offerte sera alors guidée par une véritable pluridisciplinarité, synonyme de transversalité. Au-delà de ces éléments qui incluent les outils méthodologiques précédemment exposés, il conviendra de présenter les autres moyens de l'institution comme la dotation en personnel, la prestation hôtelière et les services administratifs et techniques. Mais préalablement, un certain nombre de valeurs ou principes guidant l'action pourront être indiqués, comme celui de la démocratie en faveur des professionnels et des usagers ou des conditions d'exercice de cette citoyenneté.

De cette façon, l'élaboration du projet d'établissement permettra une clarification de l'action mais aussi une fédération du personnel autour d'une même mission. Par ailleurs, en choisissant de fonder ce projet sur les liens qui l'unissent aux projets et contrats individuels, l'engagement est pris de placer l'utilisateur au cœur du dispositif. Il convient alors d'aborder les garanties d'appropriation d'une telle démarche.

## 2- Les garanties d'appropriation

Afin de finaliser l'aspect méthodologique, il semble nécessaire de répondre à certains questionnements, d'appréhender le travail d'élaboration et de définir théoriquement l'organigramme de la pluridisciplinarité. Ces trois éléments correspondront alors à des garanties d'appropriation essentielles à la mise en place du nouveau projet.

Lors de la réflexion menée sur le contrat individuel, deux problématiques ont émergé des échanges, qui laissent apparaître un besoin de clarification et de définition pour les professionnels. Il s'agit en l'occurrence du rôle et des moyens d'action de l'éducateur référent ainsi que de la place de la personne accueillie dans le dispositif de prise en charge. Concernant le premier sujet, la constitution d'un groupe pluridisciplinaire permettrait d'étayer une fonction qui n'a cessé d'évoluer depuis la restructuration. Si sur le plan individuel elle commence à se mettre en place et à se formaliser, il n'en demeure pas moins qu'elle mérite un positionnement supplémentaire. Ce dernier se situe non seulement par rapport aux autres éducateurs de l'unité et du groupe mais aussi par rapport au nouveau poste d'assistante sociale qui vient d'être créé.

En ce qui concerne la place de l'utilisateur, il est indéniable qu'il s'inscrit dans le fonctionnement de l'établissement en général ; mais certaines questions particulières mériteraient d'être approfondies. En tant qu'établissement public, la représentation de l'enfant à l'I.M.E.D est réelle au niveau du Conseil d'administration, du Conseil d'établissement ou dans le cadre de diverses commissions (restauration, journal interne, association). Cependant, sa contribution dans l'élaboration de son projet individuel n'est pas clairement identifiable. Aussi, une réflexion pourrait-elle être menée lors d'une réunion de régulation de chaque unité, à partir d'un positionnement de l'équipe de direction. Celle-ci aurait le mérite de s'interroger sur l'intérêt de la présence de l'utilisateur à une partie de la réunion de synthèse ainsi que sur la place de la parole de l'enfant.

A partir de là, le travail d'élaboration du projet d'établissement pourra s'entreprendre. Au niveau des réunions de régulation, dans un premier temps, le cadre socio-éducatif de l'unité aura pour mission de reprendre les éléments de la démarche d'évaluation pour les formaliser avec l'équipe. Le choix de ne pas faire appel, à ce stade, à un consultant extérieur est lié non seulement à sa présence lors de l'évaluation mais surtout au sentiment d'une absence de participation pour le précédent projet dit thérapeutique. Au vu de ces éléments, l'équipe de direction pourra alors finaliser un document reflétant l'avis du personnel et une certaine cohérence institutionnelle.

Enfin, le modèle fonctionnel de l'organigramme actuel pourra être complété, dans le cadre de projets spécifiques, par une approche matricielle.

Celle-ci consiste à rechercher une participation pluridisciplinaire sur des questions transversales. Déjà mis en œuvre pour certains sujets, il semble intéressant d'élargir ces instances à d'autres professionnels, et notamment au personnel administratif ou technique.

Fort de ces garanties d'appropriation, il ne reste plus qu'à mettre l'accent sur le projet individuel et l'évaluation.

### 3- L'accent mis sur le projet individuel et l'évaluation

Ces éléments ayant déjà été développés précédemment, il conviendra ici de préciser leur inscription dans le nouveau projet d'établissement, en renvoyant au schéma présenté page 16.

Il s'agit ici de défendre deux idées fondamentales qui devront régir le fonctionnement institutionnel : celle de la promotion d'une culture de l'évaluation et celle de l'organisation de la prise en charge autour du projet individuel.

Les évolutions de l'usager au niveau psychologique, éducatif et thérapeutique ainsi que celles de son environnement familial ou institutionnel doivent être prises en compte régulièrement afin d'adapter son projet. Celui-ci ne peut répondre à la problématique de l'enfant que si ce préalable est admis par tous. Si les changements bouleversent les certitudes et complexifient le déroulement de l'action, leur maîtrise n'en demeure pas moins la seule solution pour rendre un service de qualité.

La traduction de ce principe dans la pratique repose sur le respect des logiques des différentes réunions ainsi que sur la formalisation du projet individuel. Concernant les réunions, le cadre organisationnel doit prévoir un temps pour gérer les situations de crise et un autre pour élaborer convenablement autour du projet. Aussi, est-il possible de concevoir de brefs points de synthèse pour le premier et de véritables réunions de synthèse pour le second. Dans ce dernier cas, un calendrier précis peut être établi et laissé à la portée de l'ensemble des professionnels. Le sujet unique de ces rencontres doit être l'usager et son projet. La formalisation de ce dernier permettra ensuite de procéder à des évaluations régulières, en partant des objectifs initialement prévus pour se projeter dans de nouvelles modalités d'action. Le contrat individuel participe de cette logique.

Ainsi conçu le nouveau projet d'établissement, il représentera pour le personnel ainsi que pour les partenaires une référence permettant de rendre un service de qualité. Dans son prolongement, il semble alors possible d'envisager la mise en œuvre d'une démarche qualité.

## **B- La mise en œuvre d'une démarche qualité**

La dynamique de projet est en soi un des éléments sur lequel peut s'appuyer une démarche qualité. C'est pourquoi elle est indissociable de son prolongement, en s'inscrivant dans une logique d'amélioration continue. La formalisation de l'action dans des protocoles de fonctionnement permettra alors au fur et à mesure de la mise en œuvre du projet de le conforter et de l'évaluer.

L'analyse des grandes lignes du projet de rénovation de la loi de 1975 corrobore cette idée et permet aussi d'anticiper sur les futures obligations. Ainsi, il appartient au directeur de promouvoir la qualité entre le service attendu, déclaré et rendu en mettant en œuvre un management de la qualité fondé sur la participation et la responsabilisation des acteurs. Pour cela, il convient de présenter le lien avec les projets, le choix des protocoles et les projets à venir.

### **1- Le lien avec les projets**

La démarche qualité et le projet sont effectivement liés dans la mesure où les projets individuels et institutionnel peuvent être appréhendés comme des référentiels qualité pour les professionnels. Parce qu'ils répondent aux impératifs de prévoir, faire, vérifier et corriger, ils s'inscrivent dans la méthode de l'amélioration continue de la qualité. Cependant, une telle démarche ne peut être conçue qu'en se fondant sur une dimension éthique.

Un référentiel peut être défini comme un ensemble de repères, de recommandations et de références partagés par les professionnels. En tant que tel, il guide l'action et contribue à sa compréhension. Aussi, le projet d'établissement en définissant les objectifs généraux et les moyens mis à disposition tout en reposant sur certaines valeurs représente-t-il un référentiel qualité au niveau collectif. Parallèlement, le projet individuel correspond à ce même principe en ne concernant que les intervenants dans la prise en charge de l'enfant.

Intituler ces projets « référentiels qualité » ne modifient pas fondamentalement leur élaboration ; cependant, cela contribue à mettre l'accent sur la mission première qui est de rendre un service de qualité.

Par ailleurs, la logique de ces projets est directement concernée. En effet, la méthode de Deming<sup>28</sup> fondant la théorie d'amélioration continue de la qualité repose sur quatre éléments : prévoir, faire, vérifier et corriger. En décrivant les différentes phases des projets autour de l'élaboration, la mise en œuvre, les évaluations régulières et les adaptations, ils répondent au même schéma. Par ce biais, la prise en charge comme la vie institutionnelle font face aux changements et se voient pérenniser sous le signe de la qualité. L'autre volet représenté par l'analyse du processus correspond à l'I.M.E.D à la démarche d'évaluation en cours qui se traduira par l'écriture d'un certain nombre de protocoles.

Mais l'introduction d'une telle démarche, même inscrite dans le projet d'établissement, ne peut se concevoir que dans une dimension éthique. Elle doit effectivement se fonder sur les références déontologiques du secteur social et médico-social. Parmi elles, il est possible de citer le respect des droits des usagers, l'engagement des professionnels à leur égard ou l'action au service d'une solidarité<sup>29</sup>. Aussi, le premier principe qui doit animer la mise en œuvre d'une démarche qualité est-il la prise en compte de la personne accueillie.

Dans cette perspective, le nouveau projet d'établissement pourra inscrire la démarche qualité ainsi définie parmi ses lignes de conduite. Il découlera alors sur l'élaboration de protocoles de fonctionnement qui contribueront à améliorer l'action.

## 2- Le choix des protocoles

L'un des objectifs d'une démarche qualité est d'introduire dans l'organisation une certaine rigueur méthodologique. L'idée consiste ici à développer le concept et l'outil du protocole de fonctionnement en tant qu'ensemble de recommandations pour les professionnels autant que pour les partenaires. Le choix des protocoles par le directeur s'explique alors par la nécessité de fixer un cadre à l'action, défini et utilisé par le personnel.

---

<sup>28</sup> Cf. première partie, p.22

<sup>29</sup> Cf. Congrès de l'ANCE sur « les références déontologiques pour l'action sociale » ; 1996

La réalisation du protocole d'utilisation du contrat individuel s'inscrit dans cette logique. En répondant aux questions basiques « quoi, quand, comment, qui », il délimite sa fonction et explicite son application. Aussi, semble-t-il intéressant de promouvoir cette méthode à l'I.M.E.D pour un certain nombre d'éléments de la prise en charge. Mais le préalable à cette démarche réside dans une identification précise des différentes phases de fonctionnement. A partir de cette analyse du processus, un travail d'élaboration peut commencer pour les temps primordiaux de la prise en charge. Parmi eux, il convient de citer l'accueil, la réunion de synthèse et le lieu de vie de l'enfant. Concernant l'accueil, un protocole permettrait d'identifier les responsabilités de chacun des intervenants, de recenser les informations nécessaires aux professionnels concernés et d'indiquer la marche à suivre. En tant que premier contact avec l'institution pour l'enfant, sa maîtrise apparaît fondamentale.

Ce document s'inscrirait alors dans le prolongement et en complémentarité du document explicitant la procédure d'admission. Pour ce qui est de la réunion de synthèse, il s'agit d'approfondir la note méthodologique récemment élaborée. Ceci contribuerait à assimiler autant l'utilisation des grilles d'évaluation que l'organisation de la réunion elle-même. En reprenant les questions du protocole susvisé, le document poserait les éléments suivants : l'objet de cette rencontre est l'élaboration du projet individuel et son sujet est l'enfant ; elle se déroule au moins une fois par an selon un calendrier fixé à l'avance ; elle part de la fiche individuelle remplie par l'éducateur référent, de son rapport éducatif ainsi que des différents bilans ; elle concerne seulement les professionnels qui interviennent auprès de l'enfant. Au vu de ces grandes lignes, un document étayé peut ainsi formaliser la procédure. Dans l'idéal, ce protocole pourrait inclure un schéma type du projet individuel. Enfin, une fiche de présentation synthétique des unités pourrait être conçue. Elle aurait le mérite de nommer les personnes responsables et les possibilités pour les contacter. Individualisée pour chaque usager, elle améliorerait et faciliterait les relations avec les familles et les partenaires extérieurs.

Au-delà de ces exemples, les professionnels pourront faire remonter les phases de la prise en charge qui seraient intéressantes à formaliser. Le but est d'introduire la démarche dans le projet d'établissement et d'élaborer les différents protocoles au fil de son application. Cependant, il est indéniable que cela prendra du temps étant donnés les impératifs de participation, d'assimilation et d'appropriation.

Mais une démarche qualité consiste aussi à préparer l'avenir. Aussi, les futures obligations pour les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent-elles être analysées à travers le projet de réforme de la loi de 1975.

### 3- Les projets à venir

S'il est intéressant de mentionner ici un texte en rénovation et n'ayant pas encore force de loi, c'est parce qu'il fixe un certain nombre de nouvelles exigences et que l'Institut Médico-Educatif de Coutras semble déjà engagé dans cette voie. Au-delà des dispositions concernant le projet d'établissement et le projet individualisé, il convient de porter une attention particulière aux futurs contrats d'objectifs et de moyens.

La première remarque à faire concernant ce projet de réforme porte sur l'introduction des notions de projets institutionnels et individuels dans le chapitre ayant trait à l'exercice des droits des personnes bénéficiaires, de leur famille et de leur entourage. Cet élément est significatif de la nécessité et de la portée de tels outils dans la qualité de la prise en charge. Aussi, est-il prévu un délai de deux ans pour mettre en œuvre ces dispositions à compter de la promulgation de la loi.

Un article définit à lui seul les idées principales défendues précédemment : « afin de garantir l'exercice effectif de ses droits, la personne bénéficie (...) d'un contrat individualisé définissant et garantissant la qualité de sa prise en charge grâce au projet individualisé dont elle bénéficie, en cohérence avec le projet d'établissement »<sup>30</sup>. Ainsi, le lien entre les projets est indiqué et leur formalisation se traduit bien dans un document contractuel. Ce dernier est établi par le représentant légal de l'établissement avec le concours du bénéficiaire concerné. Il « définit la nature et les objectifs du projet individualisé de prise en charge, les engagements réciproques qui en découlent pour la personne et l'établissement, ainsi que les différentes composantes nécessaires à une prise en charge adaptée aux besoins, dans le respect des règles déontologiques et éthiques, des recommandations des bonnes pratiques professionnelles et de bonne gestion »<sup>31</sup>. Pour ce qui est du projet d'établissement, il représentera désormais une obligation pour l'ensemble des institutions sociales et médico-sociales.

---

<sup>30</sup> Article 261.4 ; projet de réforme de la loi du 30.06.1975. Document DAS 07.05.1998

<sup>31</sup> Article 261.7 ; projet de réforme de la loi du 30.06.1975. Document DAS 23.10.1998

Il précise notamment « les objectifs généraux ainsi que les mesures d'organisation et de fonctionnement concourant à la qualité des prestations délivrées au regard de la nature de la prise en charge qu'il réalise »<sup>32</sup>.

Le rappel de ces dispositions juridiques permet de faire un parallèle avec la situation de l'I.M.E.D. L'élaboration du contrat individuel issue d'une réflexion sur le projet individuel d'une part, et la présentation d'une méthode de conception et de réalisation du nouveau projet d'établissement d'autre part, semblent s'inscrire dans les futures exigences de la loi. Cependant, anticipées par une démarche volontaire d'évaluation, ces dernières pourront être respectées avec un rythme adapté et une compréhension partagée. Il convient alors d'aborder un autre volet, celui des contrats d'objectifs et de moyens.

En cours d'élaboration dans le secteur sanitaire, ces contrats pluriannuels sont « conclus entre les gestionnaires d'établissement et la ou les autorités chargées de l'autorisation et le cas échéant les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre d'une part la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale et d'autre part la mise en œuvre du projet d'établissement »<sup>33</sup>. En tant que tel et au vu de l'expérience des hôpitaux, il semble nécessaire d'intégrer cet élément dans la conception du projet institutionnel. Plus la clarification de l'action sera présente dans ce dernier, plus l'élaboration de ces contrats d'une durée de trois à cinq ans sera facilitée.

Ainsi, la démarche qualité de l'I.M.E.D de Coutras s'organise autour de trois éléments : une inscription dans le projet d'établissement et une application au projet individuel, une formalisation du fonctionnement par des protocoles et une anticipation sur les projets à venir.

Par conséquent, la stratégie de conceptualisation et d'opérationnalisation du directeur se fondera sur l'évolution de la démarche d'évaluation vers une démarche qualité, inscrite dans le projet institutionnel et renforçant le projet individuel pour faire face aux changements.

---

<sup>32</sup> Article 261.6 ; idem

<sup>33</sup> Article 263.15 ; idem



## CONCLUSION

« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de toute autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen ».

E. KANT

L'établissement médico-social est confronté aujourd'hui à de nombreux changements de la société, de logique d'action et de pratiques. Ces évolutions conjoncturelles et structurelles se traduisent par de nouvelles exigences en termes de transparence, de responsabilité, de respect des droits et de qualité.

Le directeur, pour y faire face, trouvera dans le projet un atout considérable pour conduire, rationaliser et évaluer son organisation. En introduisant une démarche d'amélioration continue de la qualité, il pourra alors intégrer à la fois la dimension institutionnelle de l'action mais aussi la dimension individuelle de la prise en charge. Inscrit dans la dynamique du projet, ce processus transformera le projet d'établissement et le projet individualisé en véritables référentiels qualité pour les professionnels du secteur social.

Ainsi, le projet élaboré, mis en œuvre, évalué et adapté apparaît comme un moyen de servir le changement et de s'engager dans le chemin de la qualité. De cette façon, il sera possible de rajouter aux trois grands principes du service public de continuité, d'égalité et de mutabilité, celui de la qualité.

Néanmoins, s'il convient de rappeler la morale kantienne pour conclure cette réflexion sur le projet, c'est parce que celui-ci contient une limite déontologique. En effet, il doit toujours être considéré comme un moyen et jamais comme une fin en soi. L'établissement médico-social ayant pour devoir de répondre aux besoins de personnes handicapées, il est nécessaire de mettre ces usagers au cœur du dispositif et de considérer cette mission comme seule fin et le projet institutionnel et individuel comme un moyen à son service.

## ANNEXES

**Annexe I** : Grille de travail des groupes de réflexion.....p.66

**Annexe II** : Questionnaire d'enquête et résultats présentés en réunion de direction.....p.67

**Annexe III** : Modèle du contrat individuel et du protocole d'utilisation.....p.70

## Annexe I

### Grille de travail des groupes de réflexion

-1ère réunion : \***de façon générale,**

qu'est-ce que le projet individuel ?

quelle est l'utilité d'un tel outil dans la prise en charge pluridisciplinaire ?

\*existe-t-il **un besoin** de document plus précis reflétant l'histoire de l'enfant, ses attentes, ses désirs, les items de sa prise en charge, ses évolutions constatées ?

\*dans **la pratique de l'IME,**

qu'est-ce qui est compris par «projet individuel » ?

comment peut-on analyser l'utilisation qui en est faite ?

\*du point de vue de **sa portée,** comment est-il suivi, rappelé et adapté ?

\*permet-il **une cohérence** par rapport à l'évolution des besoins de l'enfant et dans le cadre de la prise en charge institutionnelle (passage sur une autre unité, intégration, sortie éventuelle) ?

-2ème réunion : \*à l'**admission :**

-peut-on distinguer des points précis d'observation lors de la phase d'évaluation ?

-quel type de décision en découle ?

-comment se détermine la prise en charge à ce stade ?

-comment se travaillent l'adhésion des familles et l'investissement des enfants ?

\*pendant **la prise en charge :**

-quels sont les référentiels du suivi ?

-quels moyens précis sont mis en œuvre pour l'organiser ?

-quel est le rôle de l'éducateur référent dans ce dispositif ?

-par quel moyen l'évolution de l'enfant est-elle retracée ?

-comment se conçoit la réunion de synthèse dans ce dispositif ?

Constitution du groupe pluridisciplinaire : un éducateur de l'U1, U2, U3, SSES, D,  
un cadre socio-éducatif,  
un psychiatre,  
un psychologue,  
le directeur de l'école intégrée.

## Annexe II

### Questionnaire d'enquête et résultats présentés en réunion de direction

➤ **Questionnaire relatif au projet individuel :**

1- Existe-t-il dans le dossier un document intitulé « projet individuel »? O/N

Description de sa forme:

2- Bilan et projet sont-ils un seul et même document? O/N

Quelles en sont les conséquences?

3- Dans le dossier, on distingue les éléments relatifs:

\*au bilan d'admission initial? O/N

- éducatif? O/N par qui?
- pédagogique? O/N par qui?
- social? O/N par qui?
- thérapeutique? O/N? par qui?

\*à un diagnostic? O/N?

- il existe une recherche de handicap et de troubles mentaux (différente du diagnostic CDES)? O/N?
- quelles sont les nomenclatures utilisées?
- les désavantages et les potentiels du jeune sont-ils clairement formalisés? O/N?

\*à des objectifs généraux? O/N?

\*à des objectifs spécifiques ou des moyens à mettre en place? O/N?

\*à la définition préalable des indicateurs d'évaluation? O/N?

Au vu des éléments cités, quels sont ceux qui font le plus défaut pour remplir votre mission convenablement?

4- Qui est le rédacteur du projet individuel?

Qui est-ce qui l'élabore?

Qui en est le référent?

5- Ce projet fait-il l'objet d'évaluation intermédiaire? O/N?

- éducatif? O/N? Par qui?
- pédagogique? O/N? Par qui?
- thérapeutique? O/N? Par qui?

A quelle fréquence?

6- A la suite de ces évaluations:

- les objectifs sont modifiés? O/N?
- la stratégie d'intervention est redéfinie? O/N?
- les activités sont adaptées? O/N?

7- Existe-t-il un emploi du temps individualisé? O/N?

Semble-t-il adapté aux besoins réels de l'enfant?

8- La procédure d'élaboration du projet individuel est-elle formalisée sur un document? O/N?

Si non, quel en serait l'intérêt?

9- Zones de commentaires personnels sur le sujet du projet individuel.

➤ **Résultats du questionnaire relatif au projet individuel :**

Elément préalable: sur 42 questionnaires transmis, il y a eu seulement 13 retours; il est donc important de préciser une certaine relativité de ces résultats.

- A la première question sur l'existence d'un document intitulé "projet individuel", 3 personnes répondent positivement en mentionnant les conclusions de synthèse.

- La majorité des personnes considèrent qu'il n'y a aucune distinction entre le bilan et le projet. Le fait qu'ils soient contenus dans un seul et même document a pour conséquence principale l'absence de lisibilité. Une seule réponse relève une distinction entre bilan et projet: ce dernier est en effet issu d'un travail pluridisciplinaire et d'échanges.

- Concernant les dossiers, les éléments relatifs au bilan d'admission initial sont globalement retrouvés. Il n'en est pas de même pour le diagnostic; 5 personnes considérant qu'il n'y a pas de recherche de handicap ou des désavantages et potentiels du jeune effectuée. Une autre nuance est à apporter par rapport aux objectifs: si les objectifs généraux sont lisibles, les objectifs spécifiques ou les moyens à mettre en place sont difficile à distinguer. Aussi, le diagnostic et les informations sur les prises en charge antérieures sont-ils les éléments qui font le plus défaut pour que certains professionnels remplissent leur mission convenablement.

- Certains éléments institutionnels sont bien identifiés: le rédacteur du projet individuel est le médecin psychiatre, l'équipe pluridisciplinaire de la synthèse l'élabore, par contre le référent cité est soit l'éducateur, soit différentes personnes en fonction de leur discipline soit le directeur au sens des Annexes XXIV.

- Les évaluations intermédiaires sont repérées généralement lors des réunions de régulations ou des points de synthèse, en fonction des situations individuelles. Elles comportent de manière générale des modifications d'objectifs pour essayer de proposer des adaptations aux jeunes.

- L'emploi du temps est bien individualisé, il reste adapté aux besoins de l'enfant dans la limite des contraintes organisationnelles.

- Concernant la procédure d'élaboration du projet individuel, peu de réponses ont été formulées. La question n'a pas été comprise en tant que telle et l'accent a été porté sur l'existence d'un document formalisé définissant le projet individuel. Celui-ci aurait le mérite de rendre lisible et de clarifier les situations autant pour les jeunes que pour les professionnels.

- Enfin, les commentaires personnels: l'intérêt de la formation « évaluation » a été relevé pour améliorer l'élaboration du projet individuel ainsi que la forme contractuelle qui rend le jeune acteur de son projet; les similitudes de certains projets dans une même unité interrogent; le concept de projet individuel est intéressant mais il doit être compris dans les limites d'une institution et doit éviter le risque d'une trop grande individualisation.

### Annexe III

#### **Modèle du contrat individuel et du protocole d'utilisation**

(Présentation réduite)

**INSTITUT MEDICO-EDUCATIF  
DEPARTEMENTAL**  
Z.I Eygreteau  
33230 Coutras  
Tél.: 05 57 49 84 84

**Unité 1/2/3/SSESD**

#### **CONTRAT INDIVIDUEL**

**DE**

**SIGNE LE**

#### Article 1

**Mon projet individuel décidé en équipe, en réunion de synthèse, est le suivant:**

#### Article 2

**J'ai pris connaissance de mon projet décidé en équipe, en réunion de synthèse.  
J'ai donné mon avis à mon éducateur référent.  
J'accepte ce projet et les propositions qui me sont faites.**

#### Article 3

**L'éducateur référent, en lien avec l'équipe, s'engage avec moi pour le respect de ce contrat.**

## **Signatures**

**Le jeune,**

**Le directeur  
ou son représentant,**

**L'éducateur référent,**

**Les parents de l'enfant  
ou son représentant légal,**

### ➤ **Protocole d'utilisation du contrat individuel**

Le contrat individuel signé entre le jeune (et son représentant), l'éducateur référent, le représentant de l'établissement, est un nouvel outil de la prise en charge et un moyen de garantir les droits et devoirs de chacun. Il représente une transcription en termes d'objectifs intermédiaires du projet individuel et engage les différentes parties concernées. Il demeure un document interne à l'I.M.E.D et nécessitera certainement des adaptations au fil de son utilisation.

#### **QUOI?**

Le projet individuel décidé en équipe pluridisciplinaire, lors des réunions de synthèse, conclut les différents bilans éducatif, pédagogique et thérapeutique. Il appartient au médecin psychiatre de l'unité de le rédiger, en termes d'objectifs généraux de prise en charge.

Le contrat individuel s'inscrit dans son prolongement. Il définit les objectifs partiels permettant de mettre en œuvre les décisions du projet ainsi que leur évaluation. L'éducateur référent, en tant que garant du suivi du projet individuel, le construit avec le jeune, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire.

#### **QUAND?**

Le contrat individuel est élaboré après la réunion de synthèse, lors de la rencontre entre l'éducateur référent et le jeune.

Le projet individuel pourra comprendre un calendrier de suivi qui fixera la durée de chaque contrat, afin de réaliser une évaluation régulière. Le contrat sera alors actualisé après les réunions de révision de projet, les points de synthèse ou les réunions de régulation.

#### **COMMENT?**

L'utilisation de la première personne du singulier est un moyen de placer le jeune au cœur du dispositif et de l'impliquer directement dans sa prise en charge.



L'article premier déclinant le projet individuel doit correspondre non seulement à une définition des objectifs intermédiaires pour la mise en œuvre du projet mais aussi à l'inscription dans le temps de celui-ci (dates d'évaluation).

### **QUI?**

Les signataires du contrat sont le jeune, en tant que sujet de son projet, l'éducateur référent en tant que garant du suivi du projet individuel et le directeur de l'établissement ( ou son représentant) en tant que garant du projet d'établissement.

Les parents ou le représentant légal de l'enfant pourront être signataires du contrat individuel, notamment si leur implication ou leur collaboration est à approfondir pour la prise en charge de l'enfant. Dans ce dernier cas, un exemplaire du contrat leur sera délivré.

Le contrat individuel est à utiliser pour et avec le jeune, dans le cadre d'indications spécifiques.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **OUVRAGES**

- BERNOUX Philippe, La sociologie des entreprises, Paris, Ed. du Seuil, coll. Points Essais, 1995
- BOUTINET Jean-Pierre, Anthropologie du projet, Paris, PUF, Psychologie d'aujourd'hui, 1990
- BRENOT Jacques et TUVÉE Louis, Le changement dans les organisations, Paris, PUF, Que sais-je ? n°3114, 1996
- DANACIER Jacques, Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif, Paris, Dunod, Coll. Action sociale, 1999
- JABES Jak, « Changement et Développement organisationnel », in AUBERT Nicole, GRUER Jean-Pierre, JABES JAK, LAROCHE Hervé et MICHEL Sandra, Management Aspects humains et organisationnels, Paris, PUF Fondamental, 1991, pp.593-626
- JEANNE Philippe et LAURENT Jean-Paul, Enfants et adolescents handicapés, pour une prise en charge qualitative du handicap, Paris, ESF Editeur, Coll. Actions sociales et société, 1998
- JOINING Jean-Luc, Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Paris, ESF Editeur, Coll. Actions sociales et société, 1998
- LOUBAT Jean-René, Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, Paris, Dunod, Coll. Action sociale, 1997
- MIRAMON Jean-Marie, Manager le changement dans l'action sociale, Rennes, Ed. ENSP, 1996

### **DOCUMENTS OFFICIELS**

- Projet de réforme de la loi du 30.06.1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Document de travail de la DAS, 7 mai 1998 et 23 décembre 1998

### **DOSSIERS**

- BENAZET Jean-Pierre, CARLES Joseph, IGALENS Jacques, PEYRE Alain, Gestion des entreprises sociales, Voiron, Dossiers d'experts, La lettre du cadre territorial, 02.1999
- CREA I BOURGOGNE, Construire un projet, Synthèse des journées d'étude 3 et 4 novembre 1993

- CREA I MIDI-PYRENEES, Construire et réaliser un projet, Trois journées d'étude 9 février, 6 avril, 18 mai 1995
- LOUBAT Jean-René, CREA I Rhône-Alpes, « Le projet d'établissement, perspectives et aide méthodologique », document présenté dans le cadre des groupes de travail « réforme des Annexes XXIV » mis en place par la DRASS, 11.1990, n°96
- UNAPEI, « Les Annexes XXIV », Cahiers de l'éducation, Pédagogies et informatique, 04-07.1992, n°13

## **REVUES**

- ANPASE Emergences, 1992, n°4, « Le nouveau pin's est arrivé : le projet d'établissement » LEONARD Jean-Louis, pp.13-16
- Cahiers de l'actif, 07-08.1998, n°266.267, « Le projet en quête de sens », pp.3-116
- Le nouveau Mascaret, revue régionale du CREAHI d'Aquitaine, 4<sup>ème</sup> trimestre 1998, n°54, « Le directeur à l'épreuve de la qualité » LAFORCADE Michel, pp.13-19
- Lien social
  - 14.11.1991, n°144, « L'émergence du travail par projet » LOUBAT Jean-René, pp.5-9
  - 2.12.1993, n°238, « Construire un projet » BERTIN Brigitte, pp.4-7
  - 4.01.1996, n°334, « Vers des projets personnalisés de promotion » BENABDERRAHMAN Sadok et LOUBAT Jean-René, pp.4-8
  - 11.03.1999, n°477, « Le social doit-il avoir peur de l'évaluation » LOUBAT Jean-René, pp.4-7
- Revue Française de Gestion 03-05.1988, « Le changement » pp.60-92
- Revue Hospitalière de France 03-04.1999, n°2, « Plaidoyer pour une démarche qualité sociale et médico-sociale » pp.12-16, « L'évaluation est une déontologie : enjeux et modalités » pp.46-49
- Technologie Santé 12.1997, n°32, Qualité, évaluation, accréditation, pp.5-49

## **DIVERS**

- Cours de MM.MIRAMON Jean-Marie et LOUBAT Jean-René, DESS Gestion de l'entreprise sociale, ESUG Toulouse
- Cours de Mme DRONIOU Claire, Promotion de l'utilisateur, ENSP Rennes
- Projet institutionnel 1992, projet thérapeutique 1994, rapport d'inspection de la DDASS 1992 de l'Institut Médico-Educatif Départemental de Coutras