



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES
Promotion 2004
Enfance

**REDEFINIR LE PROJET D'UN I.R. AU
REGARD DES BESOINS DE SON
ENVIRONNEMENT ET DE LA COMMANDE
PUBLIQUE**

Patrick JIMENO

Sommaire

SOMMAIRE.....	2
LISTE DES SIGLES UTILISES	6
INTRODUCTION	7
1ERE PARTIE : DE LA SITUATION PARTICULIERE DE L'ETABLISSEMENT DE VIAZAC A L'ACTUALITE DES INSTITUTS DE REEDUCATION (I.R.)	9
1. L'INSTITUT DE REEDUCATION COMME REPONSE AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT	10
1-1- Jeunesse au Plein Air : une confédération gestionnaire.....	10
1-1-1- des valeurs laïques	10
1-1-2- des missions hors du champ social	10
1-1-3- des implications dans le secteur social et médico-social	11
1-1-4- une politique de gestion des établissements	11
1-2- L'institut de rééducation de Viazac.....	11
1-2-1- un cadre, une histoire, un agrément	11
1-2-2- une compétence départementale de fait	13
1-2-3- une politique intégrative ambiguë	14
1-2-4- une image locale ternie	14
1-3- La notion de trouble du comportement.....	15
1-3-1- une définition classique.....	15
1-3-2- une définition introuvable	16
1-3-3- une tranche d'âge en lien avec la scolarité.....	17
1-3-4- des symptômes et des besoins variés.....	18
2- QUELLES SONT LES MISSIONS D'UN INSTITUT DE REEDUCATION?.....	19
2-1- les dimensions du projet.....	20
2-1-1- la dimension thérapeutique	20
2-1-2- la dimension pédagogique	20
2-1-3- la dimension éducative	21
2-1-4- la globalité de la prise en charge	21
2-2- Un secteur en évolution et en réflexion.....	22

2-2-1- les constats.....	22
2-2-2- Un secteur en proie aux doutes	23
2-2-3- Un manque de perspectives	23
2-3- La nécessité de répondre aux besoins locaux	24
2-3-1- La fonction du schéma départemental.....	24
2-3-2- Le plan Handiscol'46	25
2-3-3- Etude de la population locale	25
3- LES ECARTS CONSTATES VIS-A-VIS DE L'HABILITATION	28
3-1- Le rapport d'inspection de la D.D.A.S.S.	28
3-1-1- Le déroulement de la mission	28
3-1-2- Les constats	28
3-2- Les évolutions nécessaires.....	30
3-2-1- Un fonctionnement conforme aux exigences légales	31
3-2-2- Une restructuration qui s'impose	31
CONCLUSION PARTIELLE DE LA PREMIERE PARTIE.....	32
2EME PARTIE : DEFINIR LE NOUVEAU PROJET DANS UN CONTEXTE DE RENOVATION SOCIALE ET DE REPERAGE DES BESOINS LOCAUX	33
1- LES POLITIQUES SOCIALES COMME SUPPORT DU CHANGEMENT.....	34
1-1- La loi du 2 janvier 2002, une rénovation opportune	34
1-1-1- Resituer la place de l'utilisateur et de sa famille dans l'institution.....	35
1-1-2- Se soumettre à une évaluation permanente	36
1-1-3- Instaurer des outils de clarification	37
1-2- Politique d'intégration et prévention de la maltraitance comme contexte de reconstruction.....	38
1-2-1- Handicap et société : une autre place	38
1-2-2- L'intégration comme priorité	38
1-2-3- Une notion nouvelle : la bientraitance.....	39
1-3- Agir dans un contexte évolutif.....	40
1-3-1- 35 heures et temps de travail effectif	40
1-3-2- La segmentation des compétences comme nouveau repère	40
1-3-3- Communication et éthique professionnelle	41
2- LES CHOIX DEPARTEMENTAUX COMME GUIDES.....	41
2.1. Le schéma départemental de l'enfance inadaptée	42
2-1-1- Une compétence départementale reconnue.....	43
2-1-2- Un travail en partenariat	43
2-1-3- Développement du S.E.S.S.A.D.	44

2-2- Une culture locale d'intégration.....	44
2-2-1- Des besoins repérés en milieu scolaire	44
2-2-2- Construire un réseau de soutien en milieu ordinaire	45
2-2-3- Un partenariat qui interroge la durée de prise en charge.....	45
2-3- Ruralité et notions de territoire.....	46
2-3-1- La nécessaire proximité	46
2-3-2- Privilégier le travail en réseau	46
2-3-3- Participer à la planification des réponses	47
3- LE PROJET TECHNIQUE A METTRE EN ŒUVRE.....	47
3-1- Mettre en pratique les choix réglementaires.....	48
3-1-1- Moduler les actions en prestations	48
3-1-2- Le projet individualisé.....	48
3-1-3- La prévalence du droit commun.....	49
3-2- Redéfinir les modes d'accompagnement	49
3-2-1- Offrir un accueil de qualité	49
3-2-2- Clarifier les fonctions de chacun	50
3-2-3- Proposer des formes d'intervention modulables	50
3-3- Se redéployer géographiquement	52
3-3-1- S'investir dans le nord-est du département	52
3-3-2- Bâtir des projets individualisés de proximité.....	52
3-3-3- Repenser le SESSAD et ses zones d'intervention	52
CONCLUSION PARTIELLE DE LA DEUXIEME PARTIE.....	54
3EME PARTIE : NEGOCIER, OPERATIONNALISER ET METTRE EN PLACE LE NOUVEAU PROJET.....	55
1. LE ROLE DE L'ASSOCIATION DANS SA DIMENSION POLITIQUE	56
1-1- Positionnement associatif et stratégie d'action	56
1-1-3- Constituer une équipe de direction.....	56
1-1-2-Conseil d'administration et politique de gestion	56
1-1-3- Clarté et lisibilité des choix associatifs	57
1-1-4- Dimension pluriannuelle et perspectives	58
1-2- Se placer en articulation avec le système médico-social global.....	58
1-2-1- Un projet lié à l'Education Nationale	58
1-2-2- Créer et entretenir des liens avec les autres établissements.....	59
1-2-3- Recenser les services partenaires.....	60
1-3- Une négociation avec l'organisme de contrôle.....	60
1-3-1- Les conclusions du schéma comme support.....	60
1-3-2- Obtention des autorisations	61

1-3-3- Clarifier les implications budgétaires	62
2- APPROPRIATION DES PRATIQUES ET GESTION DES RESISTANCES.....	62
2-1- Préciser la base commune et le chemin à parcourir.....	63
2-1-1- L'écriture d'un projet d'établissement	63
2-1-2- Rappeler la fonction centrale du plateau technique	64
2-1-3- Segmentation des actions en modules	64
2-2- Gestion managériale du changement.....	65
2-2-1- Une appropriation par champs d'intervention	65
2-2-2- fiches de fonction et entretien annuel d'évaluation.....	66
2-2-3- Un plan de formation spécifique	67
2-3- Outils techniques et rédaction des protocoles.....	67
2-3-1- Les supports de la communication interne	67
2-3-2- Les nouvelles techniques de communication	68
2-3-3- Garantir de bonnes pratiques par des protocoles	68
3. OUVERTURE, PARTENARIAT ET EVALUATION	69
3-1- La place de l'usager et de sa famille	69
3-1-1- Favoriser l'implication de la famille	70
3-1-2- Contractualiser des projets individualisés.....	70
3-1-3- Mise en place du conseil de la vie sociale.....	72
3-2- S'impliquer dans des partenariats et un travail en réseau.....	73
3-2-1- Le partenariat pédagogique	73
3-2-2- Le partenariat thérapeutique.....	74
3-2-3- Le partenariat éducatif.....	74
3-3- Evaluation et contrôle de la qualité	75
3-3-1- L'évaluation des actions	75
3-3-3- Un projet d'établissement en réflexion permanente	76
3-3-4- Une démarche qualité institutionnalisée	77
CONCLUSION PARTIELLE DE LA TROISIEME PARTIE.....	78
CONCLUSION GENERALE.....	79

Liste des sigles utilisés

A.I.Re. : Association des Instituts de Rééducation
A.S.E. : Aide Sociale à l'Enfance
A.E.M.O. : Action Educative en Milieu Ouvert
A.N.P.E. : Agence Nationale Pour Emploi
C.A.M.S.P. : Centre d'Accueil Médico-Social Précoce
C.A.T. : Centre d'Aide par le Travail
C.D.E.S. : Commission Départementale d'Education Spéciale
C.M.P. : Centre Médico-Psychologique
C.M.P.P. : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
C.R.A.M. : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
C.R.E.A.I. : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
C.R.I.S.M. : Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-sociales
C.A.F. : Caisse d'Allocation Familiale
C.C.P.E. : Commission de Circonscription Prélémentaire et Elémentaire
C.C.S.D. : Commission de Circonscription de Second Degré
C.F.A. : Centre de Formation des Apprentis
C.F.A.S. : Centre de Formation des Apprentis Spécialisé
C.I.O. : Centre d'Information et d'Orientation
C.L.I.S. : Classe d'Intégration et de Soutien
C.O.T.O.R.E.P. : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement
C.R.O.S.S. : Commission Régionale d'Organisation Sanitaire et Social
D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
E.N. : Education Nationale
E.T.P. : Equivalent temps plein
I.G.A.S. : Inspection Générale des Affaires Sociales
I.M.E. : Institut Médico-Educatif
I.M.PRO. : Institut Médico-Professionnel
I.R. : Institut de Rééducation
I.T.E.S. : Institut Thérapeutique et d'Education Spéciale
J.P.A. : Jeunesse au Plein Air
M.E.C.S. : Maison d'Enfant à Caractère Social
M.I.S.I. : Maître Itinérant de Soutien à l'Intégration
O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé Professionnel
S.E.G.P.A. : Section d'Enseignement Général Préparatoire à l'Apprentissage
S.E.S.S.A.D. : Service de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile
S.P.E. : Service de Protection de l'Enfance
U.F.C.V. : Union Française des Centres de Vacances
U.N.E.S.C.O. : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

INTRODUCTION

Le 8 janvier 2001, je prenais mes fonctions de directeur par intérim à l'institut de rééducation de Viazac.

Un mois plus tôt, alors que je démarrais ma formation de directeur d'établissement spécialisé, j'étais contacté par l'association Jeunesse au Plein Air qui me proposait ce poste.

Le contexte de l'établissement pouvait alors se résumer en une phrase extraite d'un rapport d'inspection remis par le directeur de la DDASS à la mi-décembre 2000 :

« Le climat social de l'établissement est actuellement particulièrement dégradé (...) il en résulte un état de démission collective, portant un risque potentiel majeur sur la prise en charge des enfants. (...) En conséquence, la direction n'est plus en mesure d'assurer avec efficacité ses fonctions et a perdu sa légitimité institutionnelle. Il appartient dès lors à l'association gestionnaire de prendre les dispositions nécessaires pour mettre en œuvre les préconisations de la mission d'inspection afin de restaurer la sécurité des enfants (...) »

Ce défi, malgré les risques qu'il comportait, représentait pour moi une opportunité d'entrer dans la fonction de direction au travers d'une mission, certes difficile et inconfortable, mais particulièrement claire et résolument destinée à la mise en place d'une bienveillance institutionnelle.

Cette question des risques que l'internat porte en lui, m'occupe depuis le début de ma carrière professionnelle. J'ai pu en un temps, militer pour le développement des actions de proximité, je me suis confronté à la violence institutionnelle, aux effets pervers de l'usure professionnelle, à la place dévolue ou contestée aux parents... Je ne suis aujourd'hui porteur d'aucune vérité mais le contexte des politiques sociales m'offre la validation de ces centres d'intérêts.

Je n'ai d'ailleurs pas mis longtemps à en trouver la confirmation dans la circulaire no 2001/52 du 10 janvier 2001 relative à la protection de l'enfance : *« Le renforcement de la lutte contre les violences en institution passe notamment par la mutualisation des compétences pour lever la loi du silence, surmonter les situations de crise et prévenir la répétition de ces violences. »*

Depuis, je n'ai cessé de trouver espoir, soutien et réconfort dans de nombreux textes : anciens et travaillés durant mes regroupements théoriques, nouveaux et découverts au fil de l'exercice de ma nouvelle fonction.

Si la loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale, a représenté un support vital avant de constituer un véritable fil rouge de mes actions, celle du 29 juillet 1998 dite « loi de lutte contre les exclusions » en affirmant un droit positif pour tous, en postulant sur la prévalence du droit commun, a offert un cadre fiable autant que ferme à la reconstruction institutionnelle qui m'a été confiée.

Dans le tourbillon émotionnel que représente une crise, par les incertitudes que provoque une remise en cause, malgré les déchirements qu'induisent les dysfonctionnements, il est indispensable de trouver un guide, de définir un cheminement qui rassure, de permettre une projection qui redonne confiance en l'avenir.

L'association gestionnaire, en affirmant qu'elle ne soutiendrait qu'une démarche novatrice et indiscutable dans ses valeurs fondamentales, a voulu rompre avec un passé de certitudes en imposant le questionnement.

Dès lors, les textes réglementaires représentant les incontournables du projet à définir, il restait à retrouver une légitimité régionale, à effacer des années de défaillances progressives menant jusqu'au doute et à la suspicion. Reconquérir la confiance indispensable et particulière à toutes les missions concernant l'enfance.

Pour y parvenir, le choix s'est porté sur une démarche altruiste. L'hypothèse a été retenue qu'en donnant satisfaction aux attentes de nos partenaires, qu'en se mettant à la disposition d'un système global, qu'en favorisant la communication et l'échange, il serait possible d'obtenir une reconnaissance et un respect indispensables à la bonne pratique professionnelle.

Je n'aurai pas dans ce mémoire la possibilité de démontrer la maîtrise d'une situation professionnelle. Le décalage initial vis-à-vis de la mission, le contexte particulièrement douloureux, l'urgence de garantir une qualité et une sécurité minimum dans les vécus des enfants, m'ont conduit à mener de front plusieurs chantiers. Le temps nécessaire pour impulser le changement, le passage indispensable par le débat et l'appropriation, font que la situation est encore aujourd'hui incertaine.

J'ai donc essayé de retracer mon action au service de l'émergence des idées mobilisatrices indispensables à la reconstruction. Montrer comment il est possible de créer de la réassurance par la connaissance du cadre réglementaire. Rompre avec un fonctionnement autarcique en se soumettant aux attentes de l'enfant, de sa famille, des partenaires, des équipements et services voisins, de l'autorité de contrôle et de l'association auprès de laquelle on s'est engagé dans une mission de service public déléguée.

Je terminerai ce travail par un repérage des actions à engager. Elles concernent différentes instances et utilisent des méthodologies spécifiques. Je tenterai de démontrer comment le directeur se doit de faire apparaître le chemin à parcourir sans pour autant en maîtriser ni les étapes ni la destination finale. Projet final qui d'ailleurs, se devra d'être rapidement remis en question pour éviter de retrouver les effets pervers d'un fonctionnement validé en un temps, qui se fige et demeure, hors de tout contrôle et sans démarche évaluative.

« Lorsque tout marche bien,
il est grand temps d'entreprendre autre chose. »

Fernand Deligny (« Graine de crapule »)

1ère Partie : De la situation particulière de l'établissement de Viazac à l'actualité des Instituts de Rééducation (I.R.)

Un directeur d'établissement, pour appréhender sa fonction, doit situer son action dans le microenvironnement que constitue l'établissement auquel il est affecté. Mais aussi dans son adaptation au public, pour lequel, son association a été mandatée pour remplir une mission de service public.

1. L'INSTITUT DE REEDUCATION COMME REPONSE AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT

L'institut, comme tout établissement, ne constitue qu'un outil à la disposition de l'association qui le gère au service du public auquel il se destine. Soumis aux décisions de son Conseil d'Administration, il y puise ses finalités et les valeurs qui le particularisent. Celui dont je veux vous parler existe depuis l'année 1974 et fut créé par l'association Jeunesse au Plein Air dont le siège est à Paris.

1-1- JEUNESSE AU PLEIN AIR : UNE CONFEDERATION GESTIONNAIRE

Même si le souvenir peut en être lointain et diffus, tout ancien écolier a en mémoire les timbres édités par la JPA et distribués par l'éducation nationale dont la vente permettait, et permet encore, d'œuvrer pour le départ en vacances d'enfants défavorisés. Cet acte solidaire et éducatif place la J.P.A. dans la mémoire collective.

1-1-1- des valeurs laïques

Créée en 1938 par des enseignants, la Jeunesse au plein air est une confédération laïque reconnue d'utilité publique qui regroupe trente sept organisations nationales oeuvrant pour les vacances et les loisirs éducatifs des jeunes : organisateurs de vacances et de loisirs, représentants des parents d'élèves, des enseignants, formateurs des personnels d'encadrement et amis de l'école publique.

La JPA et les organisations qui la composent veulent promouvoir les valeurs de laïcité et de solidarité.

En référence à la Convention Internationale des droits de l'enfant, la confédération revendique la promotion de vacances et de loisirs de qualité pour tous les jeunes car cela favorise la cohésion sociale, le respect de l'autre et la lutte contre les exclusions.

1-1-2- des missions hors du champ social

La JPA développe ses activités autour de quatre axes principaux :

- Une mission d'expertise dans le domaine des vacances et des loisirs d'enfants et des jeunes. Ses interventions sont menées tant auprès des associations que des pouvoirs publics;
- Une mission d'éducation à la solidarité dans les établissements par le biais de sa campagne annuelle sous le parrainage de l'éducation nationale ;

- Une mission de solidarité par la collecte de fonds qui sont reversés sous forme de bourses, aux enfants et aux familles défavorisées dans les différents départements ;
- La promotion des vacances et loisirs éducatifs par l'organisation de colloques et l'édition d'ouvrages.

1-1-3- des implications dans le secteur social et médico-social

La Jeunesse au Plein Air s'investit également dans les champs du handicap et de la difficulté sociale à travers l'activité de ses établissements spécialisés:

L'Institut de Rééducation du Château de Viazac (46) accueille des enfants et des adolescents de 8 à 18 ans présentant des troubles du comportement et de la conduite

La Maison d'Enfants à Caractère Social (M.E.C.S) « Le Manoir Georges Lapiere » à Bordeaux Saint-Clair (76) prend en charge des enfants et adolescents confiés par l'Aide Sociale à l'Enfance.

Les structures de l'Institut Jacques Besse à Lavour (81) accueillent quant à elles des adultes présentant des handicaps divers.

En mettant à la disposition de ces entités, des patrimoines conséquents donnés en héritage par des familles militantes, la JPA affirme sa volonté de se soucier des enfants et des adultes les plus défavorisés. Elle met ainsi à leurs dispositions tous les savoir-faire et la reconnaissance qui sont les siennes.

1-1-4- une politique de gestion des établissements

La gestion de trois institutions d'ampleurs inégales, s'occupant à des missions différentes sur le territoire national n'est pas chose facile.

Si ces investissements ne constituent qu'une activité annexe de l'association, elle y engage pourtant son image et son crédit.

Son Conseil d'Administration et son bureau, en soutenant les équipes en place, affirment leurs volontés de participer à l'évolution de ces différents secteurs de la solidarité nationale.

Ils offrent ainsi des champs de recherche et d'investigation destinés à promouvoir de nouvelles pratiques, issues des valeurs qu'elle défend depuis plus de soixante ans.

1-2- L'INSTITUT DE REEDUCATION DE VIAZAC

1-2-1- un cadre, une histoire, un agrément

Le département du Lot constitue la pointe Nord de la région Midi-Pyrénées, tout en se nichant sur le flanc sud du Massif Central. A 5 kilomètres de Figeac, sous-préfecture de 10.000

habitants, se trouve le village de Viazac. Accroché au versant d'une vallée étroite et fraîche cette commune n'a plus guère d'activité, elle regroupe encore quelques trois cents habitants autour de ce que toute la région appelle « le château. » C'est en fait une demeure bourgeoise du XVIII^{ème} siècle dont on devine par l'ampleur de ses dépendances qu'elle a pu constituer, en un temps, le centre d'activité de tout le village.

La bâtisse principale est occupée par les services administratifs, des bureaux, une infirmerie et différentes salles d'activités. Face à elle, un grand réfectoire aux allures de chalet a été bâti dans les années 70. Et de part et d'autres, dans des bâtiments réhabilités, trois groupes de vies de dix places ont été aménagés dans un souci de confort mais en conservant un cachet rustique (cheminée dans chaque groupe). Divers immeubles épars complètent le dispositif en proposant salle de classe, de sport et de jeux. La propriété s'étend sur 120 hectares de bois et de prairies escarpés, coupés en deux versants par une rivière.

Cet ensemble isolé, en pleine nature et correctement entretenu, traduit sans doute assez bien les valeurs rédemptrices et thérapeutiques qui ont pu être attribuées, à une certaine époque, à la vie au grand air... Nul étonnement alors à imaginer qu'une association au nom évocateur, Jeunesse au Plein Air, ait pu trouver intérêt à s'investir dans la prise en charge d'enfants en difficulté scolaire. Etroitement lié à l'éducation nationale, la JPA a pu bénéficier de l'engagement militant d'instituteurs qui ont contribué à la mise en place de cette institution et à la réalisation de ce projet.

Aujourd'hui l'établissement est agréé pour accueillir 30 pensionnaires garçons ou filles de 8 à 18 ans et 4 demi-pensionnaires du même âge. Une villa nommée « appartement thérapeutique » et située à Figeac est agréée, elle, pour recevoir 6 enfants ou adolescents de 12 à 18 ans. Le fonctionnement est assuré sur le principe d'un internat de semaine (du lundi matin au vendredi soir) pendant 210 jours de l'année, soit la totalité des journées du calendrier scolaire plus une petite moitié des périodes de vacances.

Les prises en charge s'articulent autour des trois pôles classiques que sont l'éducatif le pédagogique et les soins, mais elles peuvent aussi prendre la forme d'un accompagnement de proximité par le biais du Service de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile (S.E.S. S.A.D.) de l'établissement qui est agréé pour 5 enfants de 12 à 20 ans.

Il existe donc trois services que sont, l'institut en lui-même, l'appartement thérapeutique et le S.E.S.S.A.D. Ils fonctionnent sur la base de budgets distincts (prix de journée pour les deux premiers et dotation globale pour le troisième).

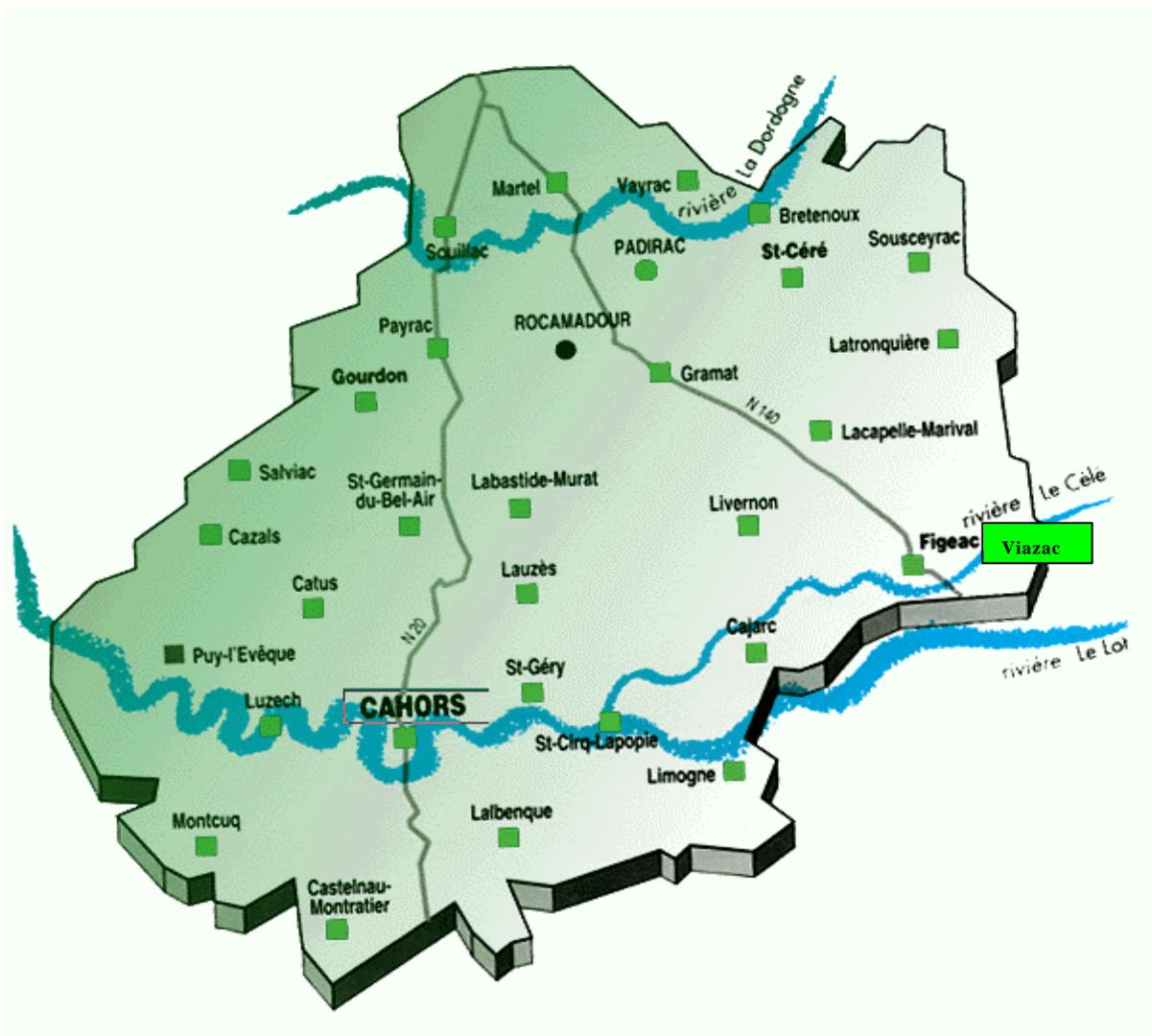
Pour autant, cette séparation n'est effective que pour les enfants et les éducateurs car la plupart des autres personnels interviennent pour une partie de leur temps sur chacun des services.

1-2-2- une compétence départementale de fait

L'institut de rééducation de Viazac est le seul établissement de ce type dans le département. A ce titre, la Commission Départementale de l'Éducation Spéciale (CDES) du Lot, si elle diagnostique des troubles du comportement chez un enfant, n'a pas d'autre choix que de proposer une orientation vers l'I.R. de Viazac ou un établissement d'un autre département.

Pourtant l'implantation géographique ne favorise pas cette fonction. Situé à la pointe Est du département, Viazac n'est qu'à 7 kilomètres de l'Aveyron et à 10 kilomètres du Cantal. Par contre, la distance séparant la commune du chef lieu Cahors est de 80 kilomètres et nécessite une heure trente de transport en commun (bus SNCF). Les villes du Nord du Lot sont, elles aussi, à plus d'une heure de transport.

Le SESSAD a lui aussi une vocation départementale, mais uniquement pour la tranche d'âge 12/20 ans, et en ne disposant que d'un agrément de cinq places...



1-2-3- une politique intégrative ambiguë

On entend par intégration, la capacité d'un établissement à développer son action tout en permettant à l'enfant de poursuivre sa scolarité ou ses activités de loisir dans le milieu social ordinaire.

Disposant de deux classes (cycle2 et cycle3) à effectif réduit (7 places), la scolarisation des enfants du primaire s'organise en interne sous la responsabilité de deux instituteurs spécialisés.

Pour les plus de 12 ans, l'absence de proposition interne de scolarisation ou de préformation professionnelle, implique leur inscription dans les collèges les plus proches (Figeac et Bagnac) en intégration scolaire totale. Une moitié d'entre eux est orientée vers des classes de Section d'Enseignement Général Préparatoire à l'Apprentissage (SEGPA), ils bénéficient tous de l'accompagnement d'un Maître Itinérant de Soutien à l'Intégration (MISI).

Pour ce qui est de l'intégration sociale sportive ou culturelle, les inscriptions individuelles dans les associations locales ne constituent pas une pratique institutionnelle. La mission d'animation est donc confiée entièrement aux éducateurs qui répartissent leurs actions par groupes d'âge.

Ces choix pédagogiques et éducatifs confèrent à l'établissement une connotation autarcique et donnent à voir des enfants ne se rendant à l'extérieur que par groupes stigmatisés par leur nombre, l'accompagnement d'un éducateur ou le déplacement en minibus.

1-2-4- une image locale ternie

Si je date ce descriptif du dernier trimestre de l'année 2000, on peut affirmer sans conteste que l'institut de rééducation de Viazac souffre d'une image négative. Le recrutement local est en baisse, l'âge des prises en charge augmente en mettant en péril le maintien des deux classes en interne. Les adolescents sont de plus en plus difficilement contrôlés, des fugues à répétition alimentent la presse locale, les locaux sont dégradés et les soins proposés sont simplement refusés.

Années	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre d'enfants reçus	34	36	35	28	27

Evolution de l'effectif de l'Institut de Rééducation de Viazac

Une association des personnels (73%) s'est constituée en « collectif pour la sauvegarde et la défense de l'IR de Viazac » et s'oppose à la direction.

L'institut vit retiré sur lui-même, répond peu aux invitations des partenaires et ne participe pas aux divers groupes de réflexion rassemblant les acteurs départementaux des services sanitaires et sociaux.

Bien que l'établissement ne soit pas en danger financièrement, un déficit de confiance apparaît clairement, il repose essentiellement sur une absence de clarté dans les fonctionnements, les pratiques et les partenariats.

Si je fais le choix de m'attarder sur cette période difficile, c'est parce qu'elle a donné lieu à une mission d'inspection des services de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). C'est à l'issue de cette démarche sur laquelle je reviendrai, que je fus recruté dans cet établissement.

1-3- LA NOTION DE TROUBLE DU COMPORTEMENT

Au-delà de son histoire, il est important de s'attacher aux particularités du public pour lequel l'établissement a vu le jour. Dans le cas d'un IR, le profil type est particulièrement difficile à définir et cela constitue une des causes majeures des disparités rencontrées.

1-3-1- une définition classique

Ces troubles se manifestent pour les enfants concernés par des inhibitions, de la violence, de l'instabilité, des difficultés scolaires, des troubles de l'apprentissage, des troubles affectifs, des difficultés relationnelles et de communication, une adaptation difficile à d'autres environnements que le leur, un manque d'autonomie dans la vie quotidienne, des difficultés à se repérer dans l'espace et dans le temps, des troubles du langage.

L'énurésie, les crises, le non-respect des règles sont les symptômes les plus voyants. L'absence de confiance en soi, l'angoisse du réel ou de la relation à l'autre, l'enfouissement d'un souvenir traumatique sont eux plus discrets et insidieux.

Ces symptômes sont variables et évolutifs, ils s'expriment sous des formes multiples et peuvent se regrouper en un « mal-être » qui handicape les capacités de l'enfant à progresser dans un milieu ordinaire.

Des aspects médicaux (maladies, fragilités, allergies, surcharge pondérale...) ou des troubles du développement (handicap, nanisme, troubles sensoriels...) viennent quelquefois s'ajouter à leur problématique.

Les caractéristiques des enfants reçus ont généralement un lien avec leur histoire personnelle et familiale.

1-3-2- une définition introuvable

C'est du moins ce qu'affirme le Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (I.G.A.S.) de 1999 dans sa première partie. Il souligne qu'au-delà de nommer cette notion comme caractéristique du public pris en charge, les annexes XXIV n'offrent qu'une définition « en creux » :

- Ce ne sont pas des enfants souffrant de déficience mentale.
- Ce ne sont pas des enfants souffrant de handicaps physiques ou sensoriels.
- Ce ne sont pas des enfants en difficulté sociale.

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) postule que les troubles du comportement font partie des « *atteintes du psychisme*. » Il les définit dans la « *nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages* » de la façon suivante :

- Troubles hyper kinésiques : manque de persévérance dans les activités cognitives.
- Troubles des conduites : attitudes dyssociales, agressives, provocatrices et répétitives.
- Troubles émotionnels : comportement agressif associé à des signes de dépression et d'anxiété.
- Troubles émotionnels de l'enfance : angoisse de séparation, troubles phobiques.
- Troubles du fonctionnement social : mutisme sélectif ou attachement généralisé.
- Tics : mouvements moteurs ou vocalisations involontaires et récurrents.
- Autres troubles du comportement : énurésie non organique...

Pour sa part, l'Association des Instituts de Rééducations¹ propose une description des enfants reçus en quelques traits remarquables, issus de l'observation faites par les directeurs des établissements. L'importance des potentialités de ces enfants est tout d'abord soulignée, elle se caractérise par des capacités de réflexion, d'attention de pertinence, de récupération rapide et d'adaptabilité. Mais elles sont associées à :

- Un contrôle difficile des émotions.
- Une très faible estime de soi.
- Une détresse existentielle et une forte quête affective.
- Un mode relationnel où l'affrontement défensif domine.
- Un mode relationnel où le repli défensif est privilégié.
- Un rapport perturbé à la temporalité.

¹ www.aire.com

- Un brouillage des liens intergénérationnels.
- Une intolérance à la frustration.

C'est finalement autour de la définition donnée par l'Unesco dans un ouvrage de 1983 : « Terminologie de l'éducation spéciale », que tous les spécialistes pourront se réunir sans pour autant y trouver un grand soutien :

« Trouble du comportement : Conduite qui crée des difficultés au sujet ou à autrui. »

1-3-3- une tranche d'âge en lien avec la scolarité

Sans s'appuyer sur les nosographies classiques ou sur les habilitations il y a lieu de s'interroger sur la réalité concrète des profils des enfants reçus. Comment s'explique l'hétérogénéité constatée, les répartitions inter structurelles, les différents modes d'intervention et d'hébergement. En bref qu'est-ce qui unit cette « population limite² » dont on sait aujourd'hui qu'elle est constituée à 78 % de garçons et dont 68 % ont entre 11 et 16 ans³ ?

Le secteur de l'enfance n'est concerné qu'à partir de l'âge de six ans. Celui de la puériculture assure quant à lui les premières années de la vie.

Selon son agrément, un institut de rééducation pourra, si cela semble nécessaire, poursuivre son action auprès de l'enfant, tant que celui-ci poursuivra sa scolarité (en interne ou en intégration) ou une formation professionnelle. L'entrée dans le monde du travail, par la signature d'un contrat d'apprentissage à l'âge de 16 ans par exemple, constitue donc la fin du champ de compétence. Le droit d'accès à l'éducation spéciale du secteur médico-social, se trouve donc considérablement réduit, comparativement à celle qui s'applique pour l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.) : 18 ans ou 21 ans s'il y a formulation d'une demande d'aide du jeune majeur, quel que soit le statut social.

La question de l'habilitation au travers des âges d'entrée et de sortie du système, confère donc aux I.R., de part leurs liens avec les Commissions Départementales de l'Education Spéciale (C.D.E.S.) et les Commissions Techniques d'orientation et de Reclassement Professionnel (C.O.T.O.R.E.P.), une fonction d'orientation radicale entre le monde ordinaire et celui du handicap. *« les jeunes sortis d'I.R. de Midi-Pyrénées retournent pour plus de la moitié (54%) dans le milieu ordinaire ; 41% ont une orientation vers une autre structure médico-sociale.⁴ »*

² « Les instituts de rééducation » Rapport de l'IGAS n° 99/3 bis Michel CAGNEUX et Pierre SOUTOU

³ « Les instituts de rééducation en Midi-Pyrénées » mars 2002 – Etude réalisée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Midi-Pyrénées et la Direction régionale du service médical de Midi-pyrénées.

⁴ « Les instituts de rééducation en Midi-Pyrénées » mars 2002 – Etude réalisée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Midi-Pyrénées et la Direction régionale du service médical de Midi-pyrénées.

1-3-4- des symptômes et des besoins variés

Comme nous l'avons vu, le critère des troubles du comportement n'offre qu'une définition floue des enfants pris en charge. Dans les diverses réalités institutionnelles, on observera une forte disparité en matière d'admission qui traduit le plus souvent une adaptation au microenvironnement, résultante de multiples évolutions par strates.

Au bout du compte, il est plus facile de souligner les différences que de mettre en exergue les points communs. Pourtant, et même si l'on observe plusieurs façons de s'y prendre, c'est l'objectif de retour en milieu ordinaire qui identifie le mieux le public des instituts de rééducation.

Alors pour aller à la rencontre de ces enfants là, les équipes font preuve d'une grande tolérance, elles s'activent à renouer des relations là où les premières formes de rejets ont déjà caractérisé les attitudes. Les professionnels savent bien que les symptômes ne sont que des façades cachant des maux plus profonds, pourtant ils s'en saisissent, s'y opposent et les utilisent souvent pour nommer leurs intentions, pour justifier de leurs actions et valoriser les progressions.

Quand la projection devient possible, quand l'enfant accepte de donner sa confiance et commence à croire à son propre développement, alors la situation se clarifie. Les objectifs de la prise en charge apparaissent et peuvent être mis en commun, envisagés avec l'enfant et sa famille, hiérarchisés et nommés comme « fil rouge » des interventions.

Alors, et alors seulement on commence à savoir où l'on va ou vers quoi l'on veut tendre. Il aura fallu passer au travers de l'opacité des comportements, patienter en croyant en sa pratique et en celle des partenaires, se répéter que si cet enfant est là c'est qu'il y a un travail possible.

C'est peut être autour de cette idée que l'on peut déterminer un point commun à tous les enfants orientés. Ce sentiment que l'échec ou le rejet n'est pas inéluctable, que l'enfant dispose d'atouts, qui une fois mobilisés, lui permettront de prétendre à un parcours de droit commun.

Cette approche de la notion de trouble du comportement a pour but de préciser à quel point l'accompagnement de ces enfants est délicat. L'IR de Viazac, dans son actualité, semble fragilisé et prend le risque de ne pas répondre à la mission qui lui est confiée. Structuré dans les années 70, il n'a que peu évolué alors que les textes réglementaires ont eux été revu en 1989 et 1993. Il y a donc lieu de s'attarder sur les missions attribués aux instituts de rééducation selon les annexes XXIV.

2- QUELLES SONT LES MISSIONS D'UN INSTITUT DE REEDUCATION?

« Sont des institutions sociales et médico-sociales au sens du présent code les personnes morales de droit public ou privé gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux (...) »⁵

Plus communément, l'institut de rééducation prend la forme d'un internat, généralement de semaine, destiné à la prise en charge d'enfants en âge scolaire, souffrant de troubles du comportement. Dispositif médico-social, il inclut les dimensions éducatives, thérapeutiques et pédagogiques dans un projet global visant à favoriser l'intégration de ces enfants dans le milieu ordinaire.

Habilité à proposer une « éducation spéciale », il ne peut intervenir auprès d'un enfant que si celui-ci a bénéficié d'une orientation de la C.D.E.S. Cette orientation est notifiée aux parents qui en ont fait la demande, elle est assortie d'un financement assuré par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (C.R.A.M.). Elle demeure une proposition qui ne s'impose nullement à la famille.

Compte tenu de l'âge scolaire des enfants pris en charge, un partenariat étroit entre l'institut de rééducation et l'Education Nationale (E.N.) est incontournable. A ce titre, des instituteurs spécialisés sont fréquemment « mis à disposition » du projet par leur administration.

La mission consiste à rassembler et à globaliser les actions de soin et celles visant *« l'épanouissement et la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles ainsi que l'autonomie sociale et professionnelle »⁶*, dans un projet individualisé, qui sera proposé à l'enfant durant une ou plusieurs années. La finalité est de tenter de résoudre ses problèmes personnels qui l'empêchent d'accéder ou qui mettent en échec, les structures d'enseignement et d'éducation classique.

En ce sens, il est conforme à l'article 5 de la Loi n°2002-2 définissant les missions des institutions médico-sociales de la façon suivante : *« actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge. »*

A ce titre l'association gestionnaire en assume la responsabilité, en détermine la politique, en définit la stratégie et en confie la dimension opérationnelle au directeur.

⁵ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

⁶ Article 2 de l'annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989.

2-1- LES DIMENSIONS DU PROJET

L'article 9 des Annexes XXIV stipule : « *La prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent est globale. L'ensemble des personnels (...) y participe dans le cadre d'un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé. Le directeur de l'établissement, dans le respect des compétences et des règles déontologiques des différents professionnels, en assure la cohérence et la responsabilité d'ensemble, ainsi que la coordination avec les intervenants extérieurs. (...)* »

2-1-1- la dimension thérapeutique

Elle se doit d'être garantie par la collaboration d'un médecin psychiatre et d'un ou plusieurs psychologues. Destinée à offrir un soutien à l'enfant, elle permet surtout de décrypter l'origine des troubles qui le handicapent. Par des entretiens proposés, de façon ponctuelle ou régulière, à l'enfant ou à ses parents, un cheminement doit s'engager dans le sens d'une meilleure compréhension des comportements des uns et des autres. Ce parcours a pour objectif de mieux faire comprendre l'ancrage des difficultés, de les verbaliser et de proposer des élaborations de réponses.

Dans le quotidien, ces professionnels aident leurs collègues des autres services à organiser le lien relationnel à l'enfant, à en gérer les expressions de violence et d'angoisse, à en percevoir les messages et les évolutions.

L'action thérapeutique est complétée par des activités paramédicales ; Psychomotriciens, orthophonistes ou kinésithérapeutes reçoivent les enfants, en groupe ou en individuel, dans un premier temps pour un bilan d'admission, puis par la suite en fonction du projet individualisé.

Avec la participation d'une infirmière ou par le recours à des prestations extérieures de médecins généralistes ou spécialistes, ce service assume la responsabilité des soins et du suivi médical de l'enfant en partenariat avec les parents et le médecin de famille. Il est au minimum pratiqué un bilan complet par an.

2-1-2- la dimension pédagogique

Les équipes pédagogiques doivent répondre à l'objectif de maîtrise des apprentissages de base, mais pour cela il convient de prendre en compte l'état des savoirs parcellaires acquis, et par un accompagnement spécifique et adapté, favoriser l'investissement personnel en vue de « *refermer la blessure de l'échec scolaire* »

Selon que la scolarisation soit gérée intra-muros ou dans les établissements de proximité, l'institut sera doté d'instituteurs spécialisés soit dans un groupe classe à effectif réduit (8 à 10 enfants) soit en accompagnement des projets d'intégration contractualisés avec les partenaires.

En fonction du projet, certains établissements incluront une proposition de formation professionnelle ou pré professionnelle, en interne ou en lien avec le monde du travail. Dans ce cas, il sera fait appel à des éducateurs techniques spécialisés ou à des professeurs d'enseignement technique.

L'équipe pédagogique participe à la conception du projet global de l'enfant, elle produit des évaluations régulières et propose, en collaboration avec les familles, les orientations nécessaires au cursus scolaire le mieux adapté.

2-1-3- la dimension éducative

Mise en place par des éducateurs spécialisés, elle s'affirme au travers d'un accompagnement de la vie quotidienne. Dans sa forme collective, elle vise un ré apprentissage social, un respect des règles et des usages, et un développement des compétences relationnelles. Par son expression individuelle elle permet, par une mise en confiance, de faire verbaliser à l'enfant sa propre compréhension des ruptures qu'il a subies (familiale, sociale ou scolaire). L'objectif est de faire progressivement apparaître les causes du symptôme.

Généralement organisé en groupe de vie d'une dizaine d'enfant, la vie institutionnelle doit favoriser, dans un cadre sécurisant, le développement des compétences manuelles, sportives et culturelles par des animations utilisant une pédagogie active.

Le suivi des projets individualisés est confié à l'équipe éducative, elle veille à son bon déroulement, signale les besoins de réajustement, accompagne les parents et l'enfant dans leur implication, coordonne les actions et les évalue.

Durant les périodes non scolaires, le service éducatif propose des activités de loisirs adaptées à chacun, dans l'établissement ou en relation avec les associations locales. Il peut avoir recours à l'organisation de transfert d'établissement total ou partiel.

Par des réunions régulièrement programmées, l'équipe éducative mettra en commun ses observations et ses analyses afin de faire progresser la compréhension globale des situations particulières. Elle en conservera les traces écrites qui témoigneront de l'évolution des enfants et des propositions qui lui sont faites.

2-1-4- la globalité de la prise en charge

Placée sous la responsabilité du directeur de l'établissement, elle doit regrouper les trois dimensions du projet individuel. Au-delà d'une cohérence interne, c'est la prise en compte de toutes les interventions dont l'enfant est destinataire qu'il convient de mettre en lien.

Le directeur veillera particulièrement à ce que la prise en charge, si elle est adaptée, se situe dans la continuité des prestations antérieures, et qu'elle ne rompt pas avec des étayages déjà installés.

Par l'animation des réunions de synthèse il garantit la hiérarchisation des objectifs des différents services et la mise en place des moyens indispensables à leurs réalisations. Il

contrôle et signe les documents fournis à la CDES, et négocie avec elle les volontés d'aménagement (internat, externat), d'orientation ou de fin de prise en charge.

Si les trois dimensions du projet et la volonté de globaliser la prise en charge est bien observable dans l'organisation générale de l'établissement de Viazac, elles ne répondent pas complètement aux exigences réglementaires que je viens de résumer. Plusieurs écarts notables, en particulier dans la composition de l'organigramme, posent question. Certes cet établissement n'est pas le seul à souffrir d'une position institutionnelle lourde et statique, alors que les évolutions du public et des commandes nécessiteraient souplesse et adaptabilité.

Avant de revenir plus en détail sur les écarts repérables, un détour par les difficultés rencontrées par l'ensemble de ce secteur d'intervention évitera de pointer cet établissement comme un mauvais objet, mais permettra de resituer les écueils qu'il n'a pas su éviter.

2-2- UN SECTEUR EN EVOLUTION ET EN REFLEXION

2-2-1- les constats

En 1996, il était dénombré 16200 places en France, réparties dans 330 instituts de rééducation. Secteur en nette progression, il affiche une augmentation de 16,5% entre 1985 et 1996. Son financement représente alors 3.5 milliards de francs (533 millions d'€uros) de dépenses pour l'assurance maladie⁷.

Inégalement répartis sur l'ensemble du territoire, ces établissements se sont structurés sous des formes diverses. Privilégiant des hébergements différents, se spécialisant sur certaines problématiques, s'adaptant aux spécificités locales, et répondant à l'évolution des publics, les instituts de rééducation offrent aujourd'hui une palette très disparate d'intervention. La mission même des Instituts de Rééducation (I.R) repose sur le paradoxe de la mise en place d'une éducation spéciale visant à favoriser l'accès à une éducation ordinaire... Il n'y a rien d'étonnant alors, à constater des stratégies variées, voire antagonistes, mises en place par des équipes hétérogènes.

Le public concerné est généralement difficile à identifier, tant il se trouve à la lisière de plusieurs autres formes de prises en charge. Situé entre la déficience, les troubles de la personnalité, les carences éducatives ou affectives, il s'impose souvent par la nécessité de protection, quelquefois par le rejet du milieu ordinaire, plus rarement par une exigence judiciaire. Le seul point commun est alors la souffrance de ces enfants qui, envahis par l'expression de leurs troubles, ne peuvent se concentrer sur leur propre développement.

⁷ « Les instituts de rééducation » Rapport de l'IGAS n° 99/3 bis Michel CAGNEUX et Pierre SOUTOU

2-2-2- Un secteur en proie aux doutes

En cette fin de siècle, ces enfants que l'on nomme caractériels ou « sauvageons », ont souvent défrayé la chronique. Ils ont par leurs actes, mis en échec bon nombre de certitudes, obligeant la société tout entière à s'interroger sur les dispositifs existants et leur efficacité. C'est ainsi que l'on peut lire dans le résumé du rapport de l'I.G.A.S. consacré aux Instituts de Rééducation et datant de 1999 :

« Face à un phénomène aussi multiforme, et d'ampleur, sinon de gravité croissante, de l'avis général, les dispositifs institutionnels traditionnels peinent à s'organiser efficacement. Encombrement administratif et relative pénurie de places réduisent souvent le processus d'orientation à une course au placement, au détriment de la recherche de la meilleure stratégie thérapeutique possible »

En mars 2002, la C.R.A.M. de Midi-Pyrénées⁸ réalise une enquête médico-administrative sur les Instituts de Rééducation. Elle révèle un taux d'équipement régional de 3,15 places pour 1000 habitants, alors que la moyenne nationale est à 1,06. Pourtant le taux d'occupation dépasse les 100 %, même si « 11 % de ces jeunes apparaissent inadéquats à leur structure »

2-2-3- Un manque de perspectives

L'Association des Instituts de Rééducation (AIRe) qui « a pour objectif de fédérer et de représenter les Instituts de Rééducation (plus de 50% sont adhérents) et les personnes intéressées, en vue d'améliorer les modes d'intervention et les conditions d'accueil des enfants et adolescents orientés par les CDES, en relation avec les parents faisant appel aux compétences de nos établissements⁹, » éprouve le besoin de publier deux textes en 2002, l'un pour se situer face aux discours sécuritaires prônant l'enfermement, l'autre pour contribuer à la nécessaire redéfinition des I.R. en Instituts Thérapeutiques Educatifs et Scolaires (I.T.E.S.) par la rédaction d'une nouvelle annexe spécifique¹⁰.

Ces différents écrits justifient donc pleinement le titre de l'article paru dans «Lien Social » du 6 juin 2002 : « *Quel avenir pour les Instituts de Rééducation ?* »

Ces quelques doutes ne font que souligner que ce secteur est actuellement en pleine évolution.

Ce tour d'horizon permet de mettre en évidence une période charnière dans le secteur médico-social d'une part, mais plus particulièrement sans doute, dans celui plus spécifique des instituts de rééducation. Un public difficile, évolutif et mal défini ; une croissance chronique qui semble délaisser les places d'internat pour celles des SESSAD ; des discours affirmant la règle

⁸ « Les instituts de rééducation en Midi-Pyrénées » mars 2002 – Etude réalisée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Midi-Pyrénées et la Direction régionale du service médical de Midi-pyrénées.

⁹ www.aire-asso.com

¹⁰ www.aire-asso.com

de l'intégration quand la vox populi se repose la question de l'enfermement ; et enfin des établissements, fruits de leurs propres cursus, dont les évolutions doivent plus à des adaptations locales qu'à une planification stratégique.

Comment chacun de ces établissements vont-ils prendre l'orientation voulue par les politiques sociales, de l'affirmation des droits fondamentaux des handicapés et de la nécessité de leur permettre des parcours de droit commun ?

2-3- LA NECESSITE DE REPONDRE AUX BESOINS LOCAUX

Depuis la décentralisation, il n'existe pas d'établissement performant qui ne soit en parfaite adéquation avec les attentes de son propre département. Prendre le risque d'un recrutement extérieur, s'aventurer dans des formes d'action décalées des besoins constatés, c'est mettre en question sa raison d'être. La mission de service public est aujourd'hui à entendre dans une dimension locale et évolutive qui s'exprime par les différents schémas départementaux.

2-3-1- La fonction du schéma départemental

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit que le schéma départemental est arrêté conjointement par le représentant de l'Etat et par le Président du Conseil Général. Celui-ci doit être élaboré :

- soit dans un délai de deux ans qui suit la publication de la loi (4/01/04).
- soit dans un délai de un an après la date d'expiration du schéma précédent.

Il précise :

- La nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population.
- Le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante,
- Les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale,
- Le cadre des coopérations et de la coordination entre les établissements et les services,
- Les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre du schéma.
- Une annexe indicative.

Le schéma du Lot pour l'enfance handicapée et inadaptée est prévu pour être publié en novembre 2003. Depuis le début de l'année 2001, j'ai participé à un groupe de travail constitué en vue de son élaboration. Je dispose aujourd'hui d'un document de travail et de plusieurs notes intermédiaires qui vont me permettre d'anticiper (avec les précautions que cela suppose)

sur cette publication. Je m'efforcerai d'extraire de ces écrits, les informations concernant plus particulièrement l'institut de rééducation de Viazac.

2-3-2- Le plan Handiscol'46

Créé le 19/11/1999 par la circulaire N°99-188, sur l'initiative de Mme Ségolène Royal, il a pour but de favoriser et d'accompagner la politique d'intégration initiée par les principaux textes fondateurs en la matière. Il institue dans chaque département, un groupe de coordination Handiscol' en faveur de la scolarisation des enfants et des adolescents handicapés ou atteints de maladies chroniques.

« Sa mission première est de coordonner et de faciliter les actions des différents partenaires (...) de s'assurer de la cohérence du dispositif global d'intégration et d'éducation. Il contribue ainsi à améliorer le pilotage départemental d'une politique concertée de scolarisation. »

« Ces rôles d'observation, de suivi, de coordination et d'évaluation sont enrichis d'un rôle prospectif visant à proposer des adaptations et des améliorations au schéma départemental (...) des équipements sociaux et médico-sociaux (...). »¹¹

Dans le Lot, les travaux du schéma ont été coordonnés par un comité de pilotage élargi au groupe Handiscol'46. Depuis 2002, l'Inspection Académique conduit une réflexion sur l'intégration scolaire en milieu ordinaire avec un triple objectif :

« - Mieux informer les enseignants

- -Travailler sur la carte des C.L.I.S. du département

-Approfondir la question des troubles du langage. »¹²

2-3-3- Etude de la population locale

La population prise en compte dans les diverses statistiques concerne celle dont l'âge se situe entre 0 et 19 ans. Sur cette tranche, le Lot se caractérise par une baisse entre les recensements de 1990 et de 1999¹³.

	Population de 0 à 19 ans
1990	34 051
1999	32 444

Evolution : - 4,72 %

¹¹ Circulaire n°99-188 du 19/11/99

¹² Extrait du document de travail en vue de l'élaboration du schéma de l'enfance handicapé ou inadaptée

¹³ Source INSEE

Cette baisse s'explique par un taux de natalité faible et témoigne d'un vieillissement de la population. La proportion de la population de moins de 20 ans par rapport à la population totale baisse régulièrement.¹⁴

	% population de – de 20 ans
1975	26,9 %
1982	24,3 %
1990	22,8 %
1999	20,81 %

Dans cette partie de la population, on dénombrait en 2002, 737 enfants handicapés ou inadaptés (305 filles pour 432 garçons) parmi lesquels 452 sont orientés en établissement de l'éducation spéciale, dont 38 en Institut de rééducation. Ce chiffre correspond à l'effectif de l'IR de Viazac pour cette même année.

Cela donne un taux d'équipement en IR de 1,19 place pour 1000 habitants de 0 à 19 ans, ce qui est proche de la moyenne nationale (1,06) mais plutôt faible par rapport à la moyenne régionale (3,15). Dans cette étude sur les instituts de rééducation en Midi-Pyrénées réalisée par la CRAM il est précisé en outre que 19 % des enfants présents à Viazac dans l'année 2001 paraissent inadéquats à cette structure d'accueil.

En rapprochant ces chiffres des données fournies par la CDES dans le cadre des travaux préparatoires du schéma départemental de l'enfance handicapée et inadaptée, on constate que ce n'est pas sans rapport avec les orientations prononcées sur les dernières années :

Année scolaire	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002
Orientation vers un IR	26	19	11	11
Renouvellement en IR	23	23	18	24
TOTAL	49	42	29	34

Le déficit d'orientation d'enfants issus du département du Lot sur l'année 2000 a été compensé par des recrutements émanant des départements limitrophes, cela a permis de maintenir l'activité mais a modifié le profil des pensionnaires. (situations plus difficiles, enfants plus en rupture, plus âgés...)

Dans le même document on constate pourtant que le nombre de pathologies « trouble du comportement », reconnu par le service médical de la CDES, a lui augmenté dans le même temps où les orientations diminuaient.

¹⁴ Source INSEE

Année scolaire	1999/2000	2000/2001	2001/2002
Pathologies recensées « trouble du comportement »	64	72	229

Cela traduit une perte de confiance de l'organise paritaire, qui fait le choix d'orienter vers l'Aveyron ou vers des établissements de proximités spécialisés dans la déficience légère.

Ce qui est confirmé par une autre étude de la CRAM consacrée aux IME du Lot en 2002 et qui dit : « Un taux d'inadéquation de 15% a été constaté en IME. Celui-ci provient notamment d'un établissement où les enfants concernés relèvent d'un placement en institut de rééducation. »

Il ressort de ces quelques chiffres que si le public concerné par l'agrément de l'établissement existe bien dans le département, ils ne viennent pas ou plus jusqu'à celui-ci. Le besoin est réel mais il n'est pas pris en charge.

En conséquence on observe une activité en baisse de 20,5% en 4 ans pour l'établissement :

années	1997	1998	1999	2000	2001
Nbr de journées	8 036	7 792	7 421	7 673	6 382

Dès lors, l'avenir de l'établissement passe par sa capacité à comprendre l'origine de ce déficit d'orientation, de savoir y remédier et d'affirmer sa compétence en matière de trouble du comportement sur l'ensemble du territoire départemental.

Pour être complet en terme d'effectif, il convient de souligner que le SESSD de l'IR de Viazac, a lui développé son activité au cours de la même période, jusqu'à présenter une liste d'attente de 8 enfants pour 5 prises en charge.

années	1997	1998	1999	2000	2001
Nbr de journées	112	155	194	193	293

Il semble donc que l'image accolée à la partie internat ne touche pas les prestations à domicile.

3- LES ECARTS CONSTATES VIS-A-VIS DE L'HABILITATION

Dans son histoire, l'IR de Viazac aura bénéficié d'un document de qualité, arrêt sur image d'une époque difficile, pour marquer un virage en forme d'injonction. Inspecté par son organisme de contrôle, il devra prendre en compte ses constatations et envisager l'avenir sous une autre forme.

Comme on peut le pressentir dans les deux chapitres précédents, les écarts sont nombreux entre ce que l'on est en droit d'attendre d'un institut de rééducation et les prestations proposées par celui qui nous intéresse.

3-1- LE RAPPORT D'INSPECTION DE LA D.D.A.S.S.

Le compte rendu écrit que je vais utiliser pour ce travail est celui que le Directeur Départemental de la DDASS a fait parvenir au Président de l'association JPA dans le courant du mois de décembre 2000. Afin qu'il n'y ait pas de confusion entre les affirmations de ce rapport et d'éventuelles appréciations personnelles, je privilégierai l'utilisation de citations et je verse le document en annexe.

3-1-1- Le déroulement de la mission

« Des informations sur la prise en charge des enfants et le climat social de l'établissement... » sont à l'origine d'un premier déplacement d'agents sur place le 9/11/00.

« Suite à des entretiens avec le personnel et compte tenu de la gravité des faits dénoncés et de l'ambiance générale désastreuse constatée ayant une incidence sur la prise en charge des enfants (...) le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales a décidé de diligenter une mission d'inspection sur le site.

Cette mission d'inspection avait pour objectif d'examiner la qualité de la prise en charge des enfants au regard des missions telles que définies à l'annexe XXIV du décret n°89-798 du 27 octobre 1989, du projet d'établissement et de l'organisation qui en découle »

« Ce rapport s'inscrit dans une procédure contradictoire ; l'association devra présenter ses observations et les mesures qu'elle envisage de prendre à cet effet, dans un délai de 1 mois à compter de la réception du document. »

3-1-2- Les constats

Le projet d'établissement : En mars 99, avant son départ en retraite, le directeur fondateur (en poste de 1974 à 1999), a impulsé une démarche de rénovation du projet avec le concours d'un organisme de formation. En septembre 99, la nouvelle directrice reprend le travail en cours, mais le personnel conteste la validité de l'action engagée et demande une *« mise à plat des dysfonctionnements institutionnels »*. La démarche d'élaboration de projet est

alors relancée en janvier et février 2000. Un document est rédigé par le formateur, « *il a ensuite été rediscuté en réunion institutionnelle sans faire l'objet d'un relevé de décision* ». Malgré une nouvelle tentative de l'organisme en novembre 2000, la commission d'inspection conclue : « *l'établissement ne possède donc pas à ce jour de projet d'établissement finalisé* », et elle précise : « *il ressort des entretiens que le personnel ne s'est pas approprié la démarche, ni le document. Personne n'a été en mesure d'en rappeler les grands axes.* »

L'éducatif et le pédagogique : Plusieurs faits émaillent les visites, ils illustrent « *un climat de violence* » et font apparaître des défauts de surveillance : « *Ces défauts de surveillance ont été constants tout au long de notre présence dans l'établissement.* »

Sur les groupes, outre « *le constat d'une absence de projet formalisé par lieux de vie* », il est noté que la répartition des enfants ne prend en compte que leur âge et non les problématiques, ce qui se traduit par « *des rapports de force entre enfants et vers les adultes.* »

« *D'une manière générale, les activités du mercredi sont inexistantes ou très informelles.* » « *Aucune réflexion n'est engagée dans le sens d'une organisation des transferts.* »

Au plan pédagogique, tout en précisant son incompetence à apprécier le contenu de l'enseignement délivré, les inspecteurs font remarquer que l'organisation des deux classes ne permet pas « *la constitution d'une unité pédagogique* » comme le prévoit les textes.

Il est rapporté que les enfants intégrés dans les collèges alentours « *sont stigmatisés à l'intérieur du collège* » et « *arrivent en classe avec les devoirs non faits.* »

Les soins : « *Sur le plan de la composition de l'équipe médicale et paramédicale, l'établissement est en non conformité : il ne dispose pas d'infirmière.* »

Nulle trace n'a été trouvée « *d'un projet thérapeutique et ré éducatif formalisé* », pas plus que de convention liant l'institut à un dentiste, un médecin généraliste ou un oto-rhino-laryngologiste. Pas davantage « *de dossiers individuels d'examens annuels pratiqués.* »

« *Les dossiers médicaux ne sont pas distincts du dossier éducatif et administratif de l'enfant, et sont donc accessibles à tous ; le secret médical n'est pas garanti.* »

« *S'agissant des prescriptions de traitement paramédical proposé dans l'établissement (psychologue, psychomotricité, orthophonie) l'origine de la prescription n'apparaît pas. Elle semble liée à la volonté de chaque thérapeute voire à celle des enfants, alors quelle doit relever d'un médecin exclusivement.* »

L'hébergement : Contrairement à la préconisation des annexes XXIV dans son article 16, des chambres sont occupées par plus de quatre lits.

Dans un rapport fourni en annexe, un ingénieur sanitaire note que « *les 26 points relevés dans le procès verbal de la commission de sécurité du 26 mars 1998 ne sont pas tous levés, un échéancier de mise à jour doit pouvoir être présenté.* » il souligne également que « *la non conservation d'échantillon de repas est une non conformité importante pour ce type de restauration.* »

Le projet individuel : Pour les enfants du cycle élémentaire, « *aucun objectif de prise en charge de départ tant sur le plan éducatif, pédagogique ou thérapeutique n'a jamais été clairement défini pour aucun des enfants dont les dossiers ont été examinés.* »

« *Par ailleurs, et même si les objectifs ne sont pas posés, les moyens de prise en charge mis en œuvre pour chaque enfant, ne sont pas exposés : énoncé du nombre de séances de rééducations, des activités éducatives. Par voie de conséquence, aucune évaluation ne peut être réalisée en fin d'année dans ces conditions, ce qui fait obstacle à toute appréciation de l'évolution de l'enfant sur la durée de son séjour et de ses perspectives.* »

« *Sur le plan formel, les comptes rendus de synthèses ne sont pas toujours écrits et jamais signés.* »

« *Pour les enfants en intégration scolaire, la convention d'intégration (document Education Nationale) tient lieu de projets individuels* »

Les relations avec les familles : Le conseil d'établissement a bien été constitué et se réunit deux fois par an. L'examen des dossiers individuels n'a fourni aucune trace de « *bilan intermédiaire semestriel communiqué à la famille, ni de bilan pluridisciplinaire complet annuel.* »

Ce qui permet de conclure que « *les modalités de communication organisée avec la famille sont relativement faibles : absence de réunions de rentrée, absence de réunions institutionnelles périodiques, pas de lien régulier organisé avec l'éducateur.* »

En guise de conclusion, le rapport évoque « *un état de démission collective, portant un risque potentiel majeur sur la prise en charge des enfants.* »

En soulignant que « *le climat social de l'établissement est actuellement particulièrement dégradé* », la mission d'inspection se positionne clairement en affirmant : « *En conséquence, la direction n'est plus en mesure d'assurer avec efficacité ses fonctions et a perdu sa légitimité institutionnelle.*

Il appartient dès lors à l'association gestionnaire de prendre les dispositions nécessaires pour mettre en œuvre les préconisations de la mission d'inspection dans les délais impartis afin de restaurer la sécurité des enfants et de se mettre en conformité avec les annexes XXIV du décret du 27 octobre 1989 pour assurer une prise en charge de qualité. »

3-2- LES EVOLUTIONS NECESSAIRES

Cet écrit, aux allures de couperet, a au moins le mérite de poser les choses clairement. Le désaveu est bien argumenté et l'injonction de réagir ne se discute pas.

Pour l'association Jeunesse au Plein Air, c'est un gros chantier qui s'ouvre. La recherche d'un fonctionnement normalisé et réglementaire en est le premier objectif, mais il n'ira pas sans un remaniement profond.

Comme le préconisait le rapport d'inspection : « *Constituer un comité de pilotage, représentatif de l'ensemble des catégories de personnel et associant les représentants des familles, chargé :*

- De valider ou d'amender le document élaboré avec l'organisme de formation, De concrétiser ses axes d'intervention par une démarche de projet, déclinant notamment un calendrier »

Celui-ci a été mis en place dès le début du mois de janvier 2001, il a été élargi par la présence de représentants de la DDASS, de l'inspection académique, d'associations locales, des collèges partenaires et des élus de la commune.

Un planning a défini des rencontres mensuelles destinées à déterminer, suivre et évaluer les démarches de remise aux normes, sur une durée minimum d'une année.

3-2-1- Un fonctionnement conforme aux exigences légales

La mise en place du comité de pilotage imposé par le Directeur de la DDASS et la diffusion du rapport d'inspection à l'ensemble du personnel ont initié une importante démarche de remise en conformité. Nombre de pratiques ont dû être revisitées. Toutes les observations, reprises une à une, ont donné lieu à des modifications et des réajustements. Des outils nouveaux ont dû être créés, des réunions de réflexions instaurées et des formes d'écrits définis.

Toujours dans l'optique d'une remise aux normes, des travaux ont été engagés.

Cette démarche de rénovation de l'outil, a rassemblé dans un élan commun les salariés, les employeurs, les contrôleurs, les partenaires et les représentants des usagers. Elle a placé les uns et les autres dans une perspective positive d'évolution, ouvrant les questionnements à une projection à plus long terme, favorisant l'analyse des causes et l'élaboration de réponses nouvelles permettant de garantir le service rendu autant que la pérennité du système.

3-2-2- Une restructuration qui s'impose

Les premiers constats mettent en évidence des dysfonctionnements majeurs liés à un fonctionnement autarcique. L'évolution des politiques sociales ne semble pas être parvenue à influencer les pratiques. L'agir, même s'il semble touché par l'usure professionnelle, est demeuré la forme de réponse privilégiée, au détriment d'autres outils que constituent l'écrit, l'analyse, le projet et les partenariats.

L'évolution des besoins n'est pas parvenue à modifier les types de réponses. L'établissement est dépendant des orientations qui lui sont faites, il n'est pas force de proposition et d'innovation. L'implantation même de l'établissement, si elle a pu répondre en un temps à des volontés de « mise au vert » se révèle aujourd'hui inadaptée à la mise en place d'une politique intégrative pourtant initiée de longue date.

Autant d'indices qui postulent de la nécessité de repenser profondément le projet et la structuration de l'établissement. Ce travail qui m'a été confié devra s'attacher à corriger les

erreurs du passé, mais surtout à dégager des perspectives fiables, en lien avec l'évolution des politiques et à même de fournir une réponse pertinente à la mission de service public pour lequel cet établissement est agréé.

Conclusion partielle de la première partie

De ce premier regard je retiendrai essentiellement que la mission confiée à l'établissement n'est à ce jour pas remplie. L'expression la plus grave est « *le risque potentiel majeur sur la prise en charge des enfants* » ; le fondement, semble lui résider dans la non prise en compte de la commande sociale et de ses évolutions. Si le contexte d'intervention, celui des instituts de rééducation, semble lui-même en crise et en démarche de redéfinition, il n'en reste pas moins indispensable que l'établissement sache se repositionner à partir d'un nouveau projet et d'une structuration différente.

Pour être mobilisateur et pertinent, celui-ci devra prendre en compte les évolutions de la commande sociale. Il devra se situer dans l'esprit de la Loi de rénovation tout en respectant les incontournables des annexes XXIV.

L'occasion doit être saisie de s'appuyer sur une rénovation nationale pour relancer une activité conforme aux besoins du public accueilli.

La vocation départementale devra être revisitée en y incluant la proximité nécessaire à la volonté intégrative des pouvoirs publics. Même si elle est particulièrement difficile à mettre en œuvre en milieu rural.

Pour ce faire, il sera utile de définir de nouvelles pratiques professionnelles susceptibles de laisser une place importante à l'expression et aux droits de l'usager et à ceux de sa famille. Pour le personnel actuel, cela peut correspondre à un changement de culture professionnelle. Pour redéfinir les modes d'accueil il sera nécessaire de bien identifier les attentes de ceux qui, sur le terrain, dans des activités partenaires sont au contact direct des réalités. De quels soutiens ont-ils besoin aujourd'hui au regard de l'évolution de leurs propres pratiques ?

Choisir son mode d'action n'a de sens qu'en veillant à s'articuler correctement avec l'existant. Plus qu'instituer un fonctionnement institutionnel pérenne, il s'agit d'impulser une dynamique efficiente au service d'un réseau d'aide performant.

« changer le pansement...
ou bien penser le changement ? »

Pierre Dac

2ème Partie : Définir le nouveau projet dans un contexte de rénovation sociale et de repérage des besoins locaux

Après avoir décrit l'existant, il est maintenant nécessaire de déterminer l'objectif à atteindre pour que cet établissement se retrouve en adéquation avec la législation définissant les établissements sociaux et médico-sociaux et plus particulièrement les instituts de rééducation.

L'idée de prestation de service, apparue dans la loi de rénovation de janvier 2002, me paraît pertinente pour mettre en exergue les fonctions nécessaires et incontournables de l'institut de rééducation de demain. Leur recensement doit permettre de déterminer le profil de la structuration à mettre en œuvre pour répondre aux attentes politiques du secteur.

Au fil du temps et des textes, ce sont également les pratiques qui évoluent. Les sciences médico-sociales agissent sur les savoirs et se traduisent dans le quotidien des établissements par de nouvelles façons d'être. Elles font partie des variables que le directeur se doit de piloter.

Le cadre légal incontournable doit être teinté des particularités locales pour offrir une garantie de réponses aux besoins. Dans un département, la réponse adaptée à la prise en charge de l'enfance inadaptée et handicapée, repose sur l'inter action de plusieurs établissements et services. Ils émanent généralement de différentes associations qui ont toutes leurs propres histoires, et constituent des entités évolutives qui doivent s'articuler entre elles.

Un projet, pour qu'il soit viable, doit être au clair avec la mission qui lui incombe, portée par ses valeurs associatives, il a le devoir de s'imbriquer dans une réalité locale dont l'expression réside dans le schéma départemental.

C'est en traçant les grandes lignes formulées en objectifs à atteindre, que le directeur va pouvoir communiquer avec le micro environnement. Cela doit préciser les cheminements à parcourir et permettre à chacun de repérer la tâche qui lui incombe.

1- LES POLITIQUES SOCIALES COMME SUPPORT DU CHANGEMENT

Les politiques sociales confirment aujourd'hui un virage amorcé il y a vingt cinq ans. Cela se traduit par des rénovations législatives, par l'expression de volontés nouvelles, par un questionnement des infrastructures existantes, par l'élaboration de méthodologies novatrices, par une plus grande clarté dans les services rendus et par un plus grand respect de l'utilisateur et de ses droits.

La caractéristique première de tous ces changements est assurément de rompre avec les discriminations positives qui ont caractérisé l'émergence de l'action sociale du siècle dernier.

Pouvoir imposer un seul droit pour tous est une étape importante, elle résulte de tous les efforts consentis et annonce les domaines dans lesquels il faudra en consentir encore.

1-1- LA LOI DU 2 JANVIER 2002, UNE RENOVATION OPPORTUNE

« l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, (...), l'autonomie et la protection de personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et en

corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées (...), des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. »¹⁵

Au-delà d'une définition nouvelle des établissements sociaux et médico-sociaux, c'est tout un esprit qui se dégage de ce texte. Je fais le choix d'en souligner trois aspects qui me semblent pouvoir mobiliser les acteurs du changement, dans une dynamique positive et gratifiante de par les effets qu'ils sont amenés à produire.

1-1-1- Resituer la place de l'utilisateur et de sa famille dans l'institution

« la famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation. »¹⁶

En matière de projet individuel, les instituts de rééducation ont fait office de précurseurs. Cette notion aujourd'hui applicable à tous les établissements et services fut imposée aux I.R. dès 1989.

De cette date à 2002, de nombreuses recherches méthodologiques ont occupé les professionnels du secteur, s'inspirant tour à tour des courants de la pédagogie par objectifs, chère à l'Education Nationale, des expériences canadiennes valorisant les formes d'évaluation ou de Jean René LOUBAT¹⁷ dans ses divers ouvrages. Quelles que soient les méthodes retenues, elles ont constitué une rupture dans le monde de l'éducation spécialisée en plaçant l'individu au devant des préoccupations des professionnels. Il ne s'agissait plus de veiller à l'évolution de celui-ci dans le cadre proposé, mais d'adapter la proposition aux besoins de ce dernier, en fonction de son adhésion et de ses rythmes. La nécessaire négociation ne pouvait qu'enrichir le débat, renforcer la participation active, favoriser l'acquisition d'autonomie par la recherche d'une implication de l'utilisateur et de sa famille.

Tout comme le projet individuel, l'affirmation d'un droit à l'intégration tant sociale que scolaire est un vecteur de changement pour les familles. Jadis bien contentes qu'il existe des établissements spécialisés, elles s'accommodaient plus ou moins bien des contraintes associées (internat, transport, perte du sens de l'autorité et de la responsabilité, mauvaise image). Aujourd'hui l'accession au statut de « droit pour tous » et de « priorité nationale » ne peut qu'agir dans le sens d'une meilleure collaboration des parties.

Même si cela ne réduit pas dans un premier temps les embûches, cela objective les démarches de tous les acteurs autour d'un projet commun.

¹⁵ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 article 2

¹⁶ Article 3 de l'annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989.

¹⁷ « Elaborer son projet d'établissement social et médico-social » - J.R. Loubat - Editions Dunot

« En vue d'assurer le respect du droit à une vie familiale des membres des familles accueillies dans les établissements ou services (...) ces établissements ou services doivent rechercher une solution évitant la séparation de ces personnes ou, si une telle solution ne peut être trouvée, établir, de concert avec les personnes accueillies, un projet propre à permettre leur réunion dans les plus brefs délais, et assurer le suivi de ce projet jusqu'à ce qu'il aboutisse. »¹⁸

Là aussi, la Loi de rénovation ne vient que confirmer la volonté des Annexes XXIV qui énonçait : *« Toutes les fois que cela est possible, les enfants ou adolescents demeurent hébergés dans leur famille (...) »¹⁹.*

Aussi vrai que l'origine des troubles dont l'enfant est porteur s'ancre souvent dans l'histoire familiale, son contexte de vie et son système de fonctionnement, les effets positifs des prestations fournies n'ont de sens que s'ils sont transférables dans le contexte familial et le lieu traditionnel d'évolution.

1-1-2- Se soumettre à une évaluation permanente

« Toute action publique mérite évaluation, d'autant plus en matière d'accueil et de prise en charge de mineurs vulnérables. Le groupe de coordination départemental devra s'assurer d'une évaluation effective en matière d'itinéraire des enfants accueillis dans les institutions sociales et médico-sociales, permettant notamment d'évaluer le vécu des enfants, des adolescents et de leur famille, leur profil de réussite scolaire. Les rapports annuels d'activité des institutions sociales et médico-sociales devront contenir une évaluation de la pertinence des prises en charge individuelles au regard des objectifs définis lors de l'admission de l'enfant (bilan scolaire, psychologique, médical, évaluation des relations avec la famille, etc.) et l'enfant sera acteur de cette évaluation, par une prise de parole et par des groupes de parole organisés par des personnes référentes extérieures à la structure. »²⁰

« L'article L. 312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) crée l'obligation légale pour les établissements d'évaluer la qualité des prestations qu'ils fournissent sur la base de recommandations de bonnes pratiques, validées par un conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Les résultats de cette autoévaluation doivent être communiqués tous les cinq ans aux autorités compétentes. »²¹

Plus qu'un contrôle de qualité, c'est une démarche de clarté qui est ici préconisée. En affirmant la nécessité du questionnement, c'est l'éventualité de se tromper qui se trouve officialisée et la réfutation qui devient possible.

¹⁸ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 article 13

¹⁹ Article 6 de l'annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989.

²⁰ Extrait de « Direction et Gestion d'un établissement social et médico-social » Weka CD rom

²¹ Extrait de « Direction et Gestion d'un établissement social et médico-social » Weka CD rom

Demeurer réfutable est un bénéfice secondaire du regard individualisé. En privilégiant le dialogue et la négociation cela harmonise les responsabilités des initiatives. Cela replace la relation interpersonnelle à l'origine de la relation professionnelle. C'est reconnaître à l'autre la capacité à dire non, à démontrer le contraire, à se conduire en sujet. C'est ouvrir le débat et en cela sortir de la toute puissance de celui qui sait ce qui est bien pour l'autre.

Cela permet enfin de reconnaître la possibilité de se tromper de faire fausse route, et en ça de pouvoir rebondir, réajuster et finir par trouver ensemble l'issue recherchée.

1-1-3- Instaurer des outils de clarification

« Article L. 311-2. - Une charte nationale est établie conjointement par les fédérations et organismes représentatifs des personnes morales publiques et privées gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. Cette charte porte sur les principes éthiques et déontologiques afférents aux modes de fonctionnement et d'intervention, aux pratiques de l'action sociale et médico-sociale et aux garanties de bon fonctionnement statutaire que les adhérents des fédérations et organismes précités sont invités à respecter par un engagement écrit. »²²

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3²³ et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :

- Une charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Le règlement de fonctionnement

Dorénavant, l'individualisation des prises en charge reposera toujours sur le projet, mais elle s'ancrera plus avant sur le contrat de séjour instauré par la Loi de rénovation.

« Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que le coût prévisionnel. »²⁴

²² Article L. 311-2 du Code de l'action sociale et des familles

²³ L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

²⁴ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 article 8 – article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles-

Ce document n'est qu'une composante du livret d'accueil. La Loi prévoit en outre la possibilité pour l'utilisateur de faire appel à une personne qualifiée (nommée et départementale) pour l'aider à faire valoir ses droits.

Le conseil d'établissement devient lui un conseil de la vie sociale, il est destiné à associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement.

Ces multiples outils vont aider le personnel d'encadrement à se situer, et à redéfinir leurs pratiques selon le désir du législateur de placer la personne accueillie dans le champ du droit commun.

1-2- POLITIQUE D'INTEGRATION ET PREVENTION DE LA MALTRAITANCE COMME CONTEXTE DE RECONSTRUCTION

1-2-1- Handicap et société : une autre place

Le 12 janvier 2001, à l'Assemblée Nationale, dans le cadre des débats sur le projet de loi de modernisation sociale, une disposition visant à inscrire dans la loi, le droit à compensation pour toute personne handicapée, quelle que soit l'origine de sa déficience, son âge et son lieu de vie, a été adoptée. À cette occasion, le secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés a souligné que l'accès des personnes handicapées aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens est une priorité du Gouvernement. La politique menée depuis 1998 vise à rendre effectif l'exercice de ces droits par des actions positives et concrètes. Elle privilégie résolument l'autonomie des personnes et leur intégration dans le milieu de vie ordinaire.

1-2-2- L'intégration comme priorité

La loi 75-534 dite loi d'orientation en faveur des personnes handicapées affirme en ses articles 1, 4 et 5:

- « L'obligation nationale de soins, d'éducation, de formation et d'orientation professionnelle.
- L'obligation éducative des enfants et adolescents handicapés, dispensée en milieu scolaire ordinaire ou en établissements ou services spécialisés en fonction des besoins particuliers de chacun d'eux.
- La prise en charge par l'état des dépenses d'enseignement et de première formation professionnelle des enfants et adolescents handicapés »

Depuis un quart de siècle ce postulat régit le difficile rapport entre les deux termes ambigus que sont « intégration » et « handicapé ». Si l'intégration sous-entend une action spécifique pour permettre une entrée dans un lieu, on peut se demander si cette place est

légitime et naturelle ? Le handicap quant à lui ne définit pas une personne, même s'il la qualifie par un manque. Peut-on envisager des droits spécifiques aux handicapés qui n'incluraient pas le droit commun ?

Cette ambition nationale non aboutie, puisque quelques 25 000 enfants sont aujourd'hui orientés vers des structures spécialisés, est à entendre comme un objectif à atteindre. Elle détermine ainsi la mission des associations gestionnaires de ces établissements en affirmant que la finalité de leurs actions est de tendre à l'aboutissement de ce choix sociétal.

« Chaque école, chaque collège, chaque lycée a vocation à accueillir, sans discrimination, les enfants et adolescents handicapés ou malades dont la famille demande l'intégration scolaire. Il n'est dérogé à cette règle que si, après une étude approfondie de la situation, des difficultés importantes rendent objectivement cette intégration impossible ou trop exigeante pour l'élève. Des solutions alternatives doivent alors impérativement être proposées aux familles par les commissions d'éducation spéciales. »²⁵

Durant l'année scolaire 1999/2000 on estimait à 19 313 le nombre d'handicapés intégrés à temps plein dans le premier degré, auxquels s'ajoutaient 7 218 intégrations partielles et 44677 scolarisations en C.L.I.S. . Cela correspond à environ 0,30% d'enfants handicapés dans l'école primaire, alors que ce chiffre était de 0,23% en 1989/1990.²⁶

Cette progression n'empêche pas de constater les difficultés que représente une telle volonté de faire de l'école traditionnelle une étape de vie pour tous, un lieu de socialisation et de développement irremplaçable, un espace protégé contre les injustices et militant pour une meilleure acceptation des différences.

1-2-3- Une notion nouvelle : la bientraitance

Longtemps confrontés aux phénomènes de maltraitances, les établissements du secteur médico-social ont accumulé peu à peu des réglementations destinées à la réduire. Cette politique de sanction des dérives inacceptables laisse maintenant place à une action de prévention. En s'appuyant sur la pratique de l'évaluation permanente, il est maintenant possible de viser et garantir une bientraitance à l'égard des usagers.

Il semble en effet plus pertinent de raisonner en amont et de s'attribuer la responsabilité et le devoir de veiller au bien-être de ceux qui nous accordent leur confiance.

Les bonnes intentions ne suffisent pas à valider les actions, il faut veiller aux effets produits par leurs réalisations ainsi qu'aux ressentis et aux vécus des bénéficiaires.

Cette nouvelle conception est révolutionnaire, en ce sens qu'elle renverse les habitudes du droit négatif (donner une contre partie à...) pour affirmer un droit positif.

²⁵ Circulaire n°111 du 30 avril 2002

²⁶ Note d'information, n°00.13, DPD, Ministère de l'Education Nationale.

1-3- AGIR DANS UN CONTEXTE EVOLUTIF

Pour ce qui est des politiques du secteur social et médico-social, nous avons déjà vu quelles en étaient les évolutions. Ce que je souhaite évoquer ici concerne plutôt le croisement des diverses politiques dans lesquelles évolue un directeur d'établissement.

Le droit social évolue, souvent sous l'influence des textes européens. Actuellement il faut prendre en compte les nouvelles législations en matière de personnel de nuit, de temps partiels, de réduction des risques professionnels ou de rénovation de convention collective.

Ce que je veux simplement souligner par ce paragraphe, est qu'avant de se lancer dans un projet de restructuration, on souhaiterait toujours que le contexte politique soit stable de façon à sécuriser au maximum l'évolution et les choix de l'établissement. Ce n'est malheureusement jamais le cas, et il faut bien se lancer, en un moment stratégiquement choisi, mais en acceptant une certaine part d'incertitude qui ne sera gérable que par la capacité d'adaptabilité de la structure et de ceux qui la dirigent.

1-3-1- 35 heures et temps de travail effectif

L'acquit social que représente le passage aux 35 heures hebdomadaire aura marqué profondément les pratiques. Là où pendant longtemps, les éducateurs avaient fait le choix d'un certain « don de soi » par un investissement important sur des amplitudes d'intervention longues, la réduction du temps de travail a imposé de revoir la notion de permanence. Sous l'influence européenne, les temps de travail effectif se sont réduits, la durée ininterrompue de repos s'est allongée, et, nombre d'établissements ont abandonné le recours au forfait de nuit pour les éducateurs en chambre de veille au profit de veilleurs de nuit. Cela se traduit par un rythme de travail plus classique ; présence quotidienne, actions plus courtes. De façon insidieuse, c'est la question de la polyvalence qui s'est posée. Au nom de la substitution parentale, l'action éducative était vécue comme très large et poly forme, par des interventions plus brèves et plus ciblées, elle devient spécifique et ciblée. Ce morcellement favorise le découpage de l'action globale en prestations multiples et spécialisées.

Plus ou moins bien vécu par les professionnels, ce changement semble pourtant irrémédiable. S'il rompt avec certaines habitudes (comme les transferts) il réinterroge les fonctionnements et tend à une professionnalisation, à la mise en place de protocoles, à une plus grande clarté et lisibilité des initiatives.

Ces contraintes fonctionnelles nouvelles ne font que renforcer la difficulté d'imaginer des façons d'être autrement dans sa pratique professionnelle.

1-3-2- La segmentation des compétences comme nouveau repère

L'évolution des pratiques confronte le directeur d'un établissement à une vision nouvelle du fonctionnement global. Le niveau des savoir-faire et des savoir être requis augmente, la

polyvalence laisse place aux spécificités, les méthodologies et la trace écrite s'imposent vis-à-vis de l'intuition, les qualités relationnelles ne se limitent plus aux seuls usagers mais concernent tout l'environnement.

Cela suppose une réflexion de fond associant tous les acteurs afin de préciser les champs de compétences et leurs articulations. Cela induit la création d'outils méthodologiques performants que les salariés doivent s'approprier.

De part la rupture culturelle que représente cette évolution, la durée de sa mise en place est importante. Agir sur les pratiques ne suffit pas, il faut modifier les représentations individuelles de la fonction. Déplacer l'utilisateur, c'est également repositionner l'intervenant social, et en ce sens, rompre avec des expériences professionnelles solidement ancrées.

Par une évaluation régulière des compétences individuelles, il faut aujourd'hui repenser les carrières de façon évolutive, savoir saisir en chacun les meilleures compétences et y associer la formation continue.

1-3-3- Communication et éthique professionnelle

Si l'usage de l'informatique ou de la téléphonie a considérablement changé les habitudes professionnelles, cela a également posé des questionnements de fond sur des domaines tels que le respect du secret, le droit à la vie privée, l'archivage des dossiers et leurs communications. Investir de nouveaux outils, ne se limite pas à agir sur les comportements et les productions. Cela nécessite un positionnement éthique et déontologique qui, bien-sûr, ne se décrète pas mais se travaille avec tous les acteurs concernés.

La technique avance quelquefois plus vite que l'expérience et il est de la compétence de l'employeur de faire vivre le débat, d'en officialiser les conclusions et de fixer à chacun des repères professionnels valides.

2- LES CHOIX DEPARTEMENTAUX COMME GUIDES

Depuis la mise en place de la décentralisation, c'est le département qui a compétence pour définir les moyens nécessaires à développer pour répondre aux besoins médico-sociaux qui sont les siens. Par la réalisation de schémas spécifiques à chaque champ d'actions, les décideurs locaux expriment leurs choix et leurs priorités. Initiés par la loi de 75, ils sont rendus obligatoires par celle de 2002. Nul établissement ne peut dès lors se projeter raisonnablement sans prendre en compte cette expression collective.

Le partenariat d'un institut de rééducation avec l'Education Nationale est également fortement empreint d'une dimension locale. Le Lot s'est depuis plusieurs années positionné en département pilote en matière d'intégration scolaire.

Le département en lui-même est aussi une donnée déterminante. Sa géographie, sa culture, son réseau de communication sont autant d'éléments à prendre en compte par les institutions pour que leurs projets offrent une garantie de réponses aux besoins repérés.

2.1. LE SCHEMA DEPARTEMENTAL DE L'ENFANCE INADAPTEE

Avant toute chose, il y a lieu de reprendre ce que disait le précédent schéma de 1993 en matière de trouble du comportement, et les observations préalables aux actuels travaux :

- *« soutenir l'intégration scolaire, avec mise en place de conventions avec l'Education Nationale.*
- *Développer, pour la déficience moyenne et légère l'intégration scolaire, la possibilité de passage d'un établissement à l'autre.*
- *Assurer le traitement des troubles du comportement en internat, mais aussi en ambulatoire par diminution de capacité et redéploiement de moyens. »²⁷*

Ces volontés ont été soumises à l'avis de la Commission Régionale d'Organisation Sanitaire et Sociale (C.R.O.S.S.) le 14 avril 1994 et ont donné lieu entre autre à la création de 25 places de SESSD dont 5 pour trouble du comportement (celles de l'IR de Viazac).

En 2003, dans le document de travail préparatoire à l'élaboration du schéma, il est noté :

« les SESSAD programmés ont été créés à l'exception de l'antenne pour trouble du comportement sur Gourdon.

L'inadaptation des places de SESSAD pour trouble du caractère et du comportement. »²⁸

Ainsi, après avoir regroupé les données générales sur le dispositif lotois de prise en charge des enfants handicapés, en terme d'intégration scolaire et d'éducation spéciale, le document de travail livre les orientations retenues par le futur schéma :

« Pour l'institut de rééducation :

- *Poursuivre la mise en œuvre du projet d'établissement.*
- *Développer la notion d'I.R. professionnel en partenariat avec le C.F.A.S.*

Pour le SESSD :

- *Développer une capacité de réponse sur le nord du département par redéploiement de moyens et, notamment au niveau de l'I.R.*
- *Adapter les agréments des SESSAD vers une harmonisation de l'amplitude d'âge : 6 à 20 ans.*

²⁷ Extrait du schéma départemental pour l'enfance handicapée ou inadaptée- 14 septembre 1993-

²⁸ Extrait du document de travail en vue de l'élaboration du schéma de l'enfance handicapée ou inadaptée 2003.

- *Maintenir la vocation départementale du SESSAD rattaché à l'IR de Viazac pour l'accueil des enfants présentant des troubles du caractère et du comportement.* »²⁹

2-1-1- Une compétence départementale reconnue

L'institut de rééducation de Viazac peut-il à lui seul, répondre à l'ensemble des besoins du département, en matière de trouble du comportement ?

Cette question a longuement occupé les débats lors des travaux préparatoires. La position géographique ne plaidait pas en faveur de l'IR de Viazac, pas plus que le fait de n'avoir pas mis en place la délocalisation préconisée en 1993.

Pourtant, le plateau technique expérimenté de l'établissement, ainsi que sa volonté à produire un projet d'établissement ambitieux, ont confirmé le choix d'affirmer cette compétence. Pour l'établissement c'est une chance que de se voir attribuer une telle confiance. Pour les professionnels cela se traduit par une mission claire et appuyée sur leurs acquits. Mais en contrepartie, cela implique une déconcentration des moyens, en direction du nord-ouest du département.

2-1-2- Un travail en partenariat

Depuis plusieurs années, ce partenariat s'est imposé de fait. Pour ne pas déplacer certains enfants (les plus jeunes en particulier) d'un bout du département à l'autre, la pratique a voulu que la CDES oriente certains d'entre eux, souffrant de troubles du comportement, vers des établissements plus proches et destinés à la prise en charge de la déficience légère.

Cet état de fait, même s'il ne donne pas pleinement satisfaction, a permis de développer des savoir-faire que l'on peut encore utiliser. On peut ainsi imaginer que la phase de diagnostic puisse se dérouler au plus près du milieu traditionnel de vie de la famille, alors que la mise en place du projet sera elle ré orientée vers l'établissement le mieux adapté.

L'établissement de la JPA devra donc être à même de fournir des prises en charge de proximité en un point quelconque du département, mais il pourra s'appuyer sur les compétences des établissements partenaires. Dans le secteur sud, il est susceptible d'offrir le même service.

Le schéma reconnaît ainsi la possibilité à d'autres structures que la nôtre (des SESSAD en particulier) de collaborer à l'élaboration d'un diagnostic et d'envisager des prises en charge conjointes ou complémentaires.

²⁹ Extrait du document de travail en vue de l'élaboration du schéma de l'enfance handicapée ou inadaptée 2003.

2-1-3- Développement du S.E.S.S.A.D.

Bien que les financements ne soient pas disponibles, le département doit se doter de places de SESSAD supplémentaires. Le redéploiement des moyens affectés à l'internat doit permettre ces créations.

L'agrément de 5 places dont dispose le SESSAD de la JPA n'a plus rien à voir avec les besoins constatés. La liste d'attente en témoigne depuis longtemps, et l'évolution des politiques locales en matière d'orientation ne fait que confirmer cette carence.

Il faut donc envisager un triplement de l'activité actuelle en même temps que la délocalisation.

Accompagner cinq familles dans un rayon de cent kilomètres n'est pas très réaliste, en accompagnant quinze sur deux pôles d'un rayon de cinquante kilomètres le sera beaucoup plus.

L'expérience acquise devrait permettre un redéploiement facile, mais il serait également judicieux de l'associer avec un élargissement de la tranche d'âge de l'habilitation pour s'adresser aux 7/20 ans et ainsi confirmer la pleine compétence départementale.

2-2- UNE CULTURE LOCALE D'INTEGRATION

Caractéristique Lotoise dont on ne connaît pas forcément l'origine, le département est depuis longtemps un lieu d'expérimentation de la politique d'intégration. L'inspection académique affirme de longue date cette volonté. Elle a su en donner les moyens en créant de nombreux postes de Maître d'Insertion et de Soutien à l'Intégration (M.I.S.I). Ces postes d'instituteurs, sans salle de classe, sont mis à la disposition des institutions pour assurer le lien entre l'école, l'enfant, la famille et l'intervenant social ou le thérapeute.

Plus qu'une volonté politique, c'est un regard sur le handicap qui s'est développé dans les esprits de chacun. Figeac fut pendant plusieurs années organisateur d'un festival international des artistes handicapés mentaux, qui laisse dans la mémoire collective un souvenir positif.

Les nombreuses écoles de campagne, regroupements pédagogiques souvent à effectifs réduits, offrent d'intéressants lieux d'expérimentations. Les bonnes volontés se nourrissent des expériences antérieures, et permettent aux lieux ressources de se multiplier.

2-2-1- Des besoins repérés en milieu scolaire

Naturellement liés par cette fonction de repérage, le milieu scolaire et l'institut de rééducation peuvent encore progresser dans leur coopération. Les collèges et les écoles sont très disponibles pour intégrer dans leurs effectifs des enfants en difficulté, pour autant cette volonté trouve ses limites et le relais est généralement pris par un recours au médico-social.

La volonté de développer le travail en réseau laisse présager de nouvelles possibilités qui pourraient mieux allier les compétences réciproques. Plutôt que de miser sur le travail des uns en relais du travail des autres, il est séduisant de réfléchir au travail que nous pourrions engager ensemble. Cela suppose des allers-retours de l'enfant entre le milieu traditionnel et le milieu spécialisé, des mises en commun des analyses et des stratégies.

Ces pratiques, si elles ne sont pas encore en place, commencent à se parler et nul doute que les publications conjointes du schéma de l'enfance inadaptée et du plan handiscol', favorisera leurs expérimentations.

2-2-2- Construire un réseau de soutien en milieu ordinaire

La Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 a institué l'obligation éducative. Elle a fixé comme objectif prioritaire le maintien ou l'intégration en milieu scolaire ordinaire. En 1989, la Loi d'orientation sur l'éducation et la rénovation des Annexes XXIV confirment cette priorité nationale d'intégration en impliquant conjointement le ministère de l'Education Nationale et celui de la Solidarité. Les moyens en seront précisés par diverses circulaires au cours des années 90.

Dés lors, l'action pédagogique des Instituts de Rééducation est appelée à sortir de ses murs pour agir en partenariat au plus près des collègues de l'Education Nationale.

L'outil commun est la convention d'intégration, document contractuel qui garantit la recherche d'une intégration scolaire individualisée. Il fixe les objectifs communs auxquels chacun pourra se référer pour vérifier l'adéquation des actions aux intentions de départ. La Commission de Circonscription Préélémentaire et Élémentaire (C.C.P.E.) et la Commission de Circonscription du Second Degré (C.C.S.D.) en sont les dépositaires et restent informés de leurs évolutions ou modifications. Cet écrit constitue un complément d'information pour la C.D.E.S..

Les efforts doivent se consacrer à l'animation de cet organe partenarial de réflexion. Il représente la capacité à proposer des réponses adaptées et individualisées aux écueils rencontrés par l'enfant. Il est le stimulateur des capacités d'adaptabilité des institutions aux besoins de la personne handicapée et de sa famille.

2-2-3- Un partenariat qui interroge la durée de prise en charge

L'évidence du partenariat entre l'éducation nationale et un institut de rééducation se traduit depuis longtemps par la durée de la prise en charge : elle est généralement définie en année scolaire. Cela postule que l'action spécialisée a à s'incruster dans le déroulé de l'enseignement traditionnel.

Aujourd'hui encore, la CDES s'interroge quelquefois pour savoir si l'ampleur des troubles (du comportement) mérite une rupture et un déplacement d'une année. La présence de ces troubles et le besoin d'aides ne sont pourtant pas contestés.

Depuis quelques années, les praticiens des SESSAD démontrent eux, qu'une intervention d'une ou deux heures par semaine peut se révéler efficace sans perturber le rythme de vie.

L'affirmation de la place de l'utilisateur, comme l'obligation de se fonder sur un projet individualisé, ne pourront que lier plus encore les deux institutions. Leurs actions ne pourront demeurer alternatives, elles gagneront à se fonder dans un projet commun où la notion de temps aura plus à voir avec l'intérêt de l'enfant qu'avec le calendrier scolaire.

La durée comme la forme des prises en charge devront pouvoir se moduler librement en fonction des objectifs retenus par les divers partenaires. Cela correspond à une difficulté de gestion des effectifs (budget prévisionnel et prix de journée) mais cela va surtout dans le sens d'une meilleure qualité des prestations, plus adaptées et moins perturbantes pour l'enfant.

2-3- RURALITE ET NOTIONS DE TERRITOIRE

Les concepts que je voudrais exprimer ici, sont sans doute d'origines plus personnelles. Pour un natif du département, de la même communauté de commune que celle où il exerce, il est difficile de penser un projet sans y inscrire une part de lui-même.

2-3-1- La nécessaire proximité

Dans le Lot, seules deux villes dépassent les 10 000 habitants. Dans notre effectif actuel, sept enfants sur dix habitent dans des villages ou des gros bourgs.

Une histoire de vie tient souvent à peu de choses, surtout lorsque l'on est enfant : Un banc d'école, le creux d'un arbre ou l'odeur d'une tartine... Cette fragilité, il me paraît important de s'y attarder, de la prendre en compte et de la préserver.

C'est dans la proximité de l'aide proposée, que l'on peut respecter ce genre de détails. Avant de mettre en œuvre des «actions» il est peut-être important de ne rien perdre de l'existant. De prendre le temps de comprendre : où réside l'équilibre fragile qui a permis de tenir jusqu'aux difficultés actuelles ?

Viser ce travail là, c'est simplement se rapprocher, au sens de se rendre disponible et savoir donner du temps aux situations d'urgence. C'est donc se rapprocher aussi, au sens propre.

2-3-2- Privilégier le travail en réseau

Le travail en réseau prend sans doute une connotation particulière en milieu rural.

L'ensemble des intervenants est facilement identifiable. Sans l'avoir choisi, on se retrouve régulièrement autour de situations différentes, mais dans des fonctions identiques. Les souvenirs, les conflits, les connivences peuvent influencer sur nos positions. Il est délicat de laisser le hasard présider à ce genre de rencontres.

Il me semblerait beaucoup plus raisonnable de lier des liens professionnels permanents, dans la mesure où nous aurons de toute façon à nous croiser.

Le travail en réseau constitue avant tout pour moi une façon de créer un relationnel stable, qui peut le moment venu, répondre efficacement en agissant conjointement.

Unifier les compétences, en plus de l'évidence du bénéfice cumulatif, permet de ne pas prendre le risque des oppositions stériles et des confusions d'objectifs.

En ce sens, la reconstruction d'un établissement ne peut se concevoir qu'en envisageant les liens qu'il va pouvoir créer, de façon durable et constructive, afin de se noyer dans un système global où chacun saura l'identifier.

2-3-3- Participer à la planification des réponses

L'expérience des années écoulées nous obligent à constater un grand nombre de disfonctionnements dans la succession des prises en charge proposées à une même personne. Qu'elles se croisent dans un temps commun ou, qu'elles se succèdent de façon plus ou moins complémentaire, elles étonnent souvent par la « non prise en compte » du travail antérieur, autant que par la méfiance vis à vis des actions engagées par les partenaires.

Il me semble nécessaire d'offrir une gamme plus stabilisée de réponses. Du premier acte de prévention à la solution ultime que personne ne souhaite, quel que soit le domaine d'intervention, les professionnels connaissent les cursus possibles. Malheureusement, ils s'initient de façon empirique et ne donne pas lieu à une lecture uniforme. On sait bien sûr que cela résulte d'un croisement de services, d'associations ou de juridictions qui n'ont pas d'obligations de converger leurs actions.

Pourtant, si l'on souhaite que l'utilisateur y gagne, il faudrait se fixer des contraintes de cohérence et de suivi, qui permettraient une meilleure lisibilité du système, et des actions qui le compose.

L'IR de Viazac peut être source de propositions en la matière. Par la clarté de ces protocoles d'admission et d'orientation, il participera à la lisibilité des actions.

3- LE PROJET TECHNIQUE A METTRE EN ŒUVRE

Si l'objectif premier est de mettre aux normes les fonctionnements existants, il reste à définir les évolutions nécessaires pour que l'établissement se situe en adéquation avec l'évolution des politiques sociales et le repérage des besoins locaux.

Ce projet technique devra assimiler à la fois les démarches de qualités requises, mais aussi la notion de prestations modulables.

Il faudra également y inclure la déconcentration attendue par les partenaires et notre organisme de contrôle.

3-1- METTRE EN PRATIQUE LES CHOIX REGLEMENTAIRES

En premier lieu, il me semble important de préciser ceux que je considère comme des incontournables de l'action médico-sociale de ce début de siècle. Ces concepts, sans être révolutionnaires, représentent les dernières conquêtes de notre secteur et je n'imagine pas de nouveau projet qui n'intègre pas ces avancées.

3-1-1- Moduler les actions en prestations

Si l'on a pu penser que l'institution constituait une réponse universelle concentrant en un même lieu toutes les réponses nécessaires, on reproduirait la même erreur en affirmant que toutes les situations pourraient être correctement prises en compte dans le milieu traditionnel de vie.

Segmenter les différentes formes d'action, éclairer sur la multiplicité des tâches qui incombe à un institut de rééducation. Rien de très étonnant si l'on compare avec les nombreuses fonctions parentales associées aux missions d'éducation et de protection. Mais pour garder la même image, tous les parents vous diront combien deux enfants peuvent être différents et à quel point leur éducation peut nécessiter des formes variées voire antagonistes.

C'est sans doute cette dimension là, qu'il faut garder comme illustration du changement fondamental engagé dans la prise en charge des enfants. Chacun d'eux doit pouvoir prétendre à toutes les gammes d'aide et de soutien.

Il convient de moduler les propositions en fonction des intentions, des évolutions et de l'adhésion des bénéficiaires. Quand le regard individualisé s'est imposé, la prise en charge est devenue un ensemble de prestation. La nouvelle étape est de moduler ses prestations à l'infinie pour que tout individu puisse se voir proposer une prise en compte spécifique et évolutive de sa problématique.

Si cela rompt avec la polyvalence antérieurement recherchée chez l'éducateur, cela permet la mise en place de méthodologies beaucoup plus lisibles et donc évaluables. Cela permet une plus grande adaptation aux projets spécifiques à offrir à chaque individu, dans le respect de ses propres besoins.

3-1-2- Le projet individualisé

Notion fondamentale du secteur médico-social depuis le début des années 90, elle a tout d'abord dérangé les acteurs sociaux qui y perdaient leurs repères professionnels. Elle a également repositionné l'usager et sa famille en les plaçant en interlocuteurs sujets de droit. Elle a enfin obligé à une re-lecture des prestations du point de vue de celui qui les vivait.

Ce changement douloureux mais porteur, continue aujourd'hui de s'étendre dans la plupart des domaines de la relation humaine : l'école, la recherche d'emploi, les maisons de retraite, l'hôpital.

Cette évolution affirme la volonté de rompre avec des logiques institutionnelles qui ont pourtant permis la prise en compte des plus démunis. En glissant de notions très larges (handicapés, orphelins, vieux...) vers des regards plus pointus au fur et à mesure de l'évolution des sciences psychosociales (autistes, cas sociaux, travailleurs handicapés...) notre société peut aujourd'hui postuler sur l'unicité de l'individu et exiger que l'action sociale et médico-sociale se redéfinisse au regard des besoins de chacun.

Le projet individualisé offre la particularité de ne pas correspondre à un simple courant de pensée. Il est aussi incontestable que : « *les hommes naissent libres et égaux...* »³⁰ et en cela il évacue les débats du pour et du contre en obligeant chacun à se positionner différemment.

L'autre en devenant une entité unique interroge le service rendu, et dès lors, le « c'est bien ce que vous faites pour eux » ne peut plus cacher le « qu'avez-vous fait pour lui ? » C'est déjà l'amorce de l'évaluation et donc de la démarche qualité qui est induite par cette nouvelle façon de se situer.

3-1-3- La prévalence du droit commun

Un regard individualisé sur un parcours personnalisé offre des perspectives d'évolutions forcément différentes de celles que l'on aurait imaginées pour un groupe d'individus.

Les marges de progression d'un groupe d'enfants handicapés apparaissent forcément réduites du fait de l'accumulation de leurs handicaps respectifs. Par contre en raisonnant successivement pour chacun d'eux, rien n'empêche de se fixer comme objectif de cheminer jusqu'à l'atteinte du droit commun.

En tout état de cause, cela permet de situer la position de chacun au regard de l'exercice plein et entier de ces droits d'être humains. Peu importe s'il est réaliste ou non d'espérer les atteindre, il est fondamental de se poser la question et d'agir et d'avancer dans ce sens.

Ce choix politique est précieux car il offre un objectif ambitieux à tout nouveau projet d'établissement concerné par l'accueil d'enfants inadaptés.

3-2- REDEFINIR LES MODES D'ACCOMPAGNEMENT

3-2-1- Offrir un accueil de qualité

Fortement mis à mal dans le rapport d'inspection en fin d'année 2000, la notion de qualité de l'accueil a déjà été revue dans l'établissement. Néanmoins il reste beaucoup à faire, et pas seulement en terme de respect de la réglementation.

³⁰ Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

La démarche de recherche d'un accueil de qualité est un travail permanent qui doit inclure l'expression de tous les acteurs (usagers, encadrants, services généraux...). Elle doit donner lieu à des réajustements permanents et à des projets pluriannuels.

Les domaines concernés sont vastes et multiples, ils vont du respect de l'intimité à une préoccupation esthétique. Ils sont au croisement du souhaitable et du possible, mais ils ont la légitimité à imposer des choix lors de toute évolution. Ils doivent être soumis à évaluation permanente.

3-2-2- Clarifier les fonctions de chacun

Le découpage des actions donnera lieu à des spécialisations. Cette répartition des tâches doit, elle aussi, contribuer à une meilleure clarté. Il faut donc envisager de rédiger des fiches de fonctions et des fiches de postes au fur et à mesure que la nouvelle structuration se définira.

Pour l'ensemble du personnel, cette démarche doit être porteuse de réassurance. Elle offrira des missions spécifiques et évaluables, destinées à rompre avec la globalisation de la responsabilité, le flou de la commande et les culpabilités injustifiées.

Ce n'est qu'à partir de fonctions bien repérées que l'on pourra bâtir des articulations interservices pertinentes et cohérentes.

3-2-3- Proposer des formes d'intervention modulables

Ces prestations correspondent au service rendu par l'établissement pour favoriser l'accession des enfants handicapés à l'ensemble de leur droit. En ce sens, toutes les formules proposées doivent pouvoir être mises en place pour chacun des enfants, quel que soit leur lieu de résidence dans le département.

- La prise en charge pleine et annuelle

Cette formule qui était la seule utilisée jusqu'à ce jour, doit perdurer. Elle correspond à proposer la prise en charge de la totalité d'une année scolaire, avec hébergement en internat du lundi au vendredi et intervention sur la globalité du projet.

Longtemps considéré comme une fin en soi, l'internat est aujourd'hui fortement questionné. L'idée du déplacement de l'enfant, du milieu de vie traditionnel, où les problèmes ont été repérés, vers une institution reconnue comme soignante, ne suffit plus à légitimer les actions mises en place.

Si le fonctionnement en mode de vie collectif a pu apparaître comme une réponse cohérente pour des groupes d'enfants souffrants de troubles similaires (malgré des expressions spécifiques), il ne peut aujourd'hui qu'être considéré comme un simple outil utilisable dans la mission d'intégration, la lutte contre les exclusions et le retour vers le milieu traditionnel de vie.

Les Instituts de rééducation continueront donc à disposer de diverses formes d'internats, de propositions collectives de vie, mais elles ne seront plus considérées que comme des

étapes, des actions ponctuelles, généralement affectées à la mission de protection ou à la volonté d'offrir un cadre structurant à l'enfant qui en manque.

Ce passage de « réponse universelle » à « outil ponctuel » doit permettre de mieux cibler le fonctionnement. Il n'est plus souhaitable de faire cohabiter des enfants rebelles aux contraintes qui ont besoin de se confronter à des limites, avec des enfants stabilisés qui nécessitent encore d'être hébergés afin de recevoir diverses formes de soins.

Pour un éducateur, acteur et animateur de la vie quotidienne en internat, il est plus opérant de segmenter les fonctions que de les faire cohabiter. Se donner une mission de structuration sur un temps donné, permet une évaluation plus fine de l'efficacité de l'action, un ciblage plus précis de l'attitude à adopter. Pour l'enfant cela ne peut que clarifier ce que l'on attend de lui.

En parallèle, l'hébergement de semaine classique, en temps que prestation en nature, pourra être adouci et se dispenser des contraintes que représente la volonté de faire intégrer des notions de limites, de respect et d'autorité.

La notion de cadrage des comportements, d'acquisition des règles d'éducation de base n'a de sens que si une fois intégrée elle peut être mise à l'épreuve de la confiance, de l'appropriation et de la réutilisation spontanée.

Diverses formes d'internat seront donc à réfléchir et à offrir en fonction de l'objectif à atteindre et de la hiérarchisation des priorités.

- La prise en charge pleine et temporaire

Aussi complète que la précédente, elle se limite dans le temps (un mois, un trimestre), elle est susceptible d'intervenir de façon ponctuelle dans le courant d'une année scolaire, pour viser à la résolution d'un problème précis, sur une durée à définir.

Elle peut également prendre la forme d'une intervention à temps partiel (du lundi au mercredi par exemple) tout au long d'une année scolaire.

- La prise en charge de proximité

Non définie au préalable, elle est guidée par le projet individuel qui combine librement et selon une négociation les formes de scolarité, d'hébergement et de soins. Elle vise tout particulièrement à ne pas perdre les acquis de la situation de l'enfant tout en permettant la mise en place des actions nouvelles à engager.

- La prise en charge de jour

C'est la formule que l'on nomme semi-internat. Elle permet un accompagnement quotidien et global, au trimestre ou à l'année scolaire, sans prendre en charge l'hébergement, et donc en permettant à l'enfant de garder sa place dans sa famille ou dans une famille d'accueil.

3-3- SE REDEPLOYER GEOGRAPHIQUEMENT

3-3-1- S'investir dans le nord-est du département

Dans ce secteur, l'établissement doit s'implanter. L'appartement thérapeutique (agrée pour 6 places) aujourd'hui installé à Figeac, doit déménager et s'installer à Gourdon. Il faudra veiller à se doter de locaux compatibles avec les fonctions d'hébergement, de semi internat, d'externat et de SESSAD.

Ce lieu doit être affecté prioritairement aux situations ne nécessitant pas de temps de rupture, et dont l'origine des familles offre une proximité.

Le secteur de Cahors, proche de Gourdon et bénéficiant de moyens de communication performants (autoroute, ligne S.N.C.F.), ne justifie pas d'une implantation dans la mesure où les prises en charge longues peuvent s'effectuer à Viazac, et celles nécessitant une proximité du milieu naturel peuvent s'organiser sur Gourdon.

Les établissements partenaires (I.M.E.), situés sur le cadurcien, ayant souhaité conserver une double habilitation dans le cadre de leur SESSAD (trouble du comportement et déficience légère) ils restent susceptibles d'intervenir sur leur secteur ou d'orienter vers notre antenne SESSAD de Gourdon.

Il faut tout de même créer des liens de partenariats avec le C.F.A. et le C.F.A.S. qui y sont installés.

3-3-2- Bâtir des projets individualisés de proximité

C'est bien là que se situe le principal bénéfice de la déconcentration. Dès lors que les moyens seront en place, il sera possible d'appréhender toutes les nouvelles situations avec la dimension géographique. Les outils que peuvent représenter la proximité ou la rupture seront alors maîtrisables.

Contrairement aux habitudes actuelles le choix pour une famille d'avoir recours ou non au soutien médico-social, ne reposera plus sur l'acceptation d'un éloignement, mais sur des propositions d'élaborations incluant leur situation initiale.

Cela ne postule pas de l'exclusivité du « tout à domicile », mais au contraire cela contraint à verbaliser les intérêts d'avoir quelquefois recours à la distanciation, non plus comme un état de fait mais comme une intention psychopédagogique.

3-3-3- Repenser le SESSAD et ses zones d'intervention

Ces services offrent en fait une prestation similaire aux établissements régis par les différentes Annexes XXIV. Ils utilisent un plateau technique comparable mais privilégient le maintien dans le milieu ordinaire de vie, et l'intégration, tant scolaire que sociale.

En ce sens ils ont développé des savoir-faire spécifiques, bâtis sur des projets individualisés, et adaptés aux particularités des enfants et de leur famille : selon l'âge, les troubles, les origines ou les lieux d'interventions.

Apparus au début des années 70, les places en SESSAD représentaient 3.9 % des places d'éducation spéciale en 1985 avec la prise en charge de 4953 enfants. En 1998, avec 18050 places, cela représentait 14.2 %.

Une progression importante qui n'a fait que se confirmer depuis. Pourtant ces services se sont multipliés en se diversifiant, ce qui les rend d'autant plus difficiles à identifier. Différents dans les tranches d'âges, dans les publics, dans les modes d'interventions, dans les zones de couvertures géographiques, et bien- sûr dans les projets, les SESSAD ont souvent pris l'habitude de se définir par ce qu'ils ne sont pas. En effet, bien que proches et souvent alliés, ils ne sont pas des CMPP, ni des CMP, pas plus que des CAMSP ou des AEMO.

L'outil s'avère tellement souple et modulable qu'il évolue en fonction des enfants confiés et des avancées des politiques sociales.

Certains responsables estiment que dans le contexte actuel de la rénovation de la loi de 75, les SESSAD préfigurent une nouvelle culture du secteur médico-social : la mise en avant de la prestation de service, la place centrale tenue par la famille, l'encouragement à développer des pratiques innovantes, sont autant de points forts qui ont constitué la trame de ces pratiques et que l'on retrouve comme ligne directrice de la loi du 2 janvier 2002.

Aujourd'hui la plupart des SESSAD se créent par redéploiement des moyens qui étaient attribués aux établissements. Il ne faut pas pour autant mettre en opposition ces deux formes d'interventions car elles ont tout intérêt à être complémentaires. L'articulation de leurs spécificités permet des interventions précoces de proximité, et situe l'institution comme un passage destiné à rendre possible le retour dans le milieu naturel. L'association d'emblée de la famille au projet de l'enfant, renforce la clarté des interventions, et permet un véritable choix dans les formes de prises en charge.

La prestation des SESSAD apparaît comme une pratique sur mesure, artisanale, originale et sans cesse renouvelée. Si le projet est central, il doit s'accommoder des rythmes et des habitudes de la famille, de ses valeurs et de sa culture, allant même jusqu'à les inclure dans la gestion du temps, dans les méthodes et dans les interrelations des intervenants et des partenaires.

L'outil semble en effet particulièrement adapté aux volontés affirmées dans la nouvelle loi. On peut penser que de nouveaux champs d'action pourraient s'ouvrir à cette forme de pratique. Des réflexions sont menées pour une ouverture vers de nouvelles tranches d'âge ; les 16/20 ans confrontés à l'insertion professionnelle, les 20/25 ans en risque de marginalisation. Le fil conducteur de l'action médico-sociale pourrait reposer sur un suivi en SESSAD et le recours à l'internat ne constituerait alors qu'une étape de la prise en charge.

Au travers de ce questionnement, c'est bien une nouvelle culture professionnelle que l'on voit poindre. Le pas pris par la prestation sur l'hébergement ne peut être que rassurant car il privilégie la construction autour de l'enfant plutôt que son morcellement.

Conclusion partielle de la deuxième partie

D'un existant et de son contexte décrit dans une première partie, ce regard porté sur les politiques sociales au sens large, la prise en compte des spécificités locales, la volonté d'inclure une réalité historique et culturelle préexistante, permettent de tracer les grandes lignes de la nouvelle structuration à mettre en place.

Au-delà des modifications matérielles et des investissements qu'elles sous-tendent, c'est tout un organigramme qui se trouve chamboulé. Chaque acteur voit sa place précisée, clarifiée et mieux articulée à celles de ses partenaires.

Vu de l'extérieur (partenaires ou usagers) cela doit correspondre à une palette de propositions riches et variées, adaptables et perfectibles, modulables et transposables.

Ces concepts, même s'ils restent encore à définir dans leur réalisation, sont destinés à imposer des repères intentionnels au service d'une dynamique de changement.

Ces choix préalables à l'action constituent une base commune qui doit permettre au directeur et aux représentants de son association gestionnaire de communiquer, de négocier, d'enclencher les groupes de réflexions nécessaires.

Issus de diverses réalités et de leurs histoires, de débats et d'échanges, de choix et de propositions émanant des salariés actuels, ce projet me semble suffisamment mobilisateur pour impulser l'étape suivante qui va correspondre à la définition, l'appropriation, l'écriture et la mise en place du nouveau projet.

« Moins on a de connaissances
plus on a de convictions. »

Boris Cyrulnik « un merveilleux malheur »

3ème Partie : Négocier, opérationnaliser et mettre en place le nouveau projet

La mise en place d'un projet de restructuration, une fois les grandes lignes tracées, ne concerne pas que le seul pilotage du directeur. Celui-ci va se situer à l'articulation de plusieurs forces qu'il devra guider, harmoniser et mobiliser pour qu'elles participent, ensemble, à la réalisation du projet globalement défini.

Les instances décisionnaires que sont le Conseil d'Administration de l'association, l'organisme de contrôle du service public (DDASS), et l'instance référente en matière d'autorisation (CROSS) doivent fixer la version réglementaire du projet.

Les acteurs institutionnels doivent eux s'approprier les intentions retenues et les traduire en objectifs professionnels assortis de méthodologies performantes et acceptées par tous. Les bénéficiaires et les partenaires, dans le cadre de leurs positions respectives, agissent sur le projet en lui-même par les notions essentielles que sont : l'identification, la communication et la satisfaction.

Un travail spécifique à chacune de ces trois dimensions devra donc être conduit par le directeur. La production finale dépendra de sa capacité à en coordonner les effets, les influences, la compréhension et l'acceptation finale.

1. LE ROLE DE L'ASSOCIATION DANS SA DIMENSION POLITIQUE

Au-delà de l'avant projet présenté en comité de gestion qui représente le fruit de la réflexion collective interne et les volontés de l'équipe de direction, l'association gestionnaire doit maintenant s'approprier le projet, en garantir les valeurs, la viabilité et la projection politique et financière sur le long terme.

1-1- POSITIONNEMENT ASSOCIATIF ET STRATEGIE D'ACTION

1-1-3- Constituer une équipe de direction

Pour l'association JPA la question du recrutement d'un directeur est récurrente. En effet par deux fois déjà, les autres établissements de Normandie et du Tarn ont, par leur actualité, posé la question de la direction d'un établissement par un personnel détaché de l'éducation nationale. Si durant toute une époque l'engagement, le dynamisme et les valeurs de ces personnes ont fort bien correspondu à la réalisation de leurs missions, il est fréquent de constater (dans cette association comme dans d'autres) que l'évolution du niveau d'exigence technique, administratif et financier souligne un déficit en terme de formation.

Le choix du conseil d'administration s'est alors porté sur le recrutement d'un directeur répondant aux critères du Certificat d'Aptitude aux Fonction de Directeur d'Etablissement spécialisé (CAFDES).

C'est en l'occurrence la solution que l'association a retenue. Afin de permettre ce recrutement et de, néanmoins réagir rapidement, elle m'a proposé d'assurer un intérim de direction dès le 8/01/01 par une mise à disposition négociée avec l'association locale qui m'employait jusqu'alors. Mon engagement concomitant dans le cursus de formation CAFDES, mais surtout la mise à disposition de l'établissement de Viazac du directeur, du conseiller juridique et du comptable de l'établissement de Lavaur, pour des actions ponctuelles et régulières, ont satisfait aux attentes de la DDASS. Cette stratégie a été garantie par l'engagement personnel du secrétaire général de l'association et la participation active d'une conseillère pédagogique du siège.

1-1-2-Conseil d'administration et politique de gestion

Le conseil d'administration de la Jeunesse au Plein Air a eu à questionner la politique de gestion des établissements dont il dispose. Le rapport d'inspection de la DDASS a infirmé sa volonté de permettre des pratiques innovantes. Pire, l'éloignement ne lui a pas permis de

percevoir la dégradation progressive de la structure qui a conduit l'établissement hors du cadre réglementaire.

Il attend maintenant que lui soit proposé un projet novateur qui, outre de garantir un accueil normalisé, renouera avec sa volonté de se situer à la pointe de la réflexion et de l'expérimentation avec l'objectif de mieux répondre aux besoins des usagers et du contexte médico-social.

Le secrétaire général a animé une réflexion autour de la question de la direction, des délégations, du contrôle et du suivi des évolutions des trois établissements. Si les valeurs associatives ont toujours leurs pertinences, l'évolution des pratiques, celle de la réglementation, et la gestion décentralisée des besoins et des réponses placent les administrateurs à trop grande distance des lieux stratégiques du débat. Il en découle une confiance aveugle, incombant au directeur, sans pour autant correspondre à une volonté associative.

Depuis deux ans maintenant, des réunions de directeurs ont été instaurées deux fois par an. Elles regroupent les directeurs et leurs adjoints, un conseiller juridique et un conseiller financier, et sous l'impulsion du secrétaire général, elles ont la mission de permettre une mutualisation des idées et des moyens sur les questions spécifiques de l'évolution de chacun des établissements.

C'est en bénéficiant de ce nouveau support que j'ai eu à définir les grandes lignes des orientations institutionnelles à proposer au comité de gestion de l'IR dans un premier temps, puis au conseil d'administration ensuite.

1-1-3- Clarté et lisibilité des choix associatifs

Pour compenser le déficit d'image constaté durant la période de crise, il m'a été explicitement demandé de prendre en compte les critiques des personnels qui se sont sentis délaissés. Celles des partenaires locaux, qui pointaient eux, le fonctionnement autarcique.

La fonction attendue du projet d'établissement à écrire est donc de clarifier l'existant et de l'officialiser aux yeux de tous. Celle du projet de restructuration est maintenant de s'inclure dans une dynamique locale et nationale, d'y proposer un rôle actif et pertinent, de projeter l'institut vers une appropriation de sa compétence départementale en matière de « trouble du comportement », en lien avec les décideurs et les partenaires.

Cela doit se traduire par des positions associatives non ambiguës, argumentées et réfutables. Les méthodes de son élaboration doivent associer les usagers les collaborateurs et les décideurs autour d'un intérêt commun : améliorer le service rendu.

Il convient de noter ici combien les groupes de travail inter institutionnels préalables à l'écriture du schéma départemental, ont pu être utiles. Ils ont permis d'y associer le personnel de l'IR, tout en renouant des liens avec l'ensemble du dispositif concerné par l'enfance inadaptée.

1-1-4- Dimension pluriannuelle et perspectives

Afin de garantir le devenir de tous, l'association a souhaité que soient dégagées des perspectives d'évolution sur le long terme. En ce sens, j'ai eu à réfléchir et à proposer des gestions pluriannuelles de divers services.

La gestion des emplois devra prendre en compte une succession de départs en retraite qui bien que déstabilisants permettra de dynamiser le potentiel humain tout en privilégiant des recrutements de proximité, dans les nouvelles structures à créer dans le nord du département.

Les acquisitions nouvelles, le parc automobile, les travaux d'entretien et de rénovation, les investissements et l'informatisation sont autant de domaines qui méritent d'être penser sur du long terme. Mais pour cela il est nécessaire de définir les intentions, les visées et les probabilités d'évolution de l'activité elle-même. C'est pourquoi j'ai impulsé une réflexion interne sur le devenir des institutions médico-sociales au travers de la lecture de la loi de rénovation. Ces tendances sont amenées à influencer sur la définition des nouvelles pratiques ainsi que sur la planification de la formation continue.

Sur la base de ce travail, l'association doit être à même d'énoncer une politique de gestion durable, lisible et partagée.

1-2- SE PLACER EN ARTICULATION AVEC LE SYSTEME MEDICO-SOCIAL GLOBAL

Les intentions associatives clarifiées permettent dans un second temps d'entrer en discussion avec les partenaires institutionnels. Certains choix impliquent des interactions sur lesquelles il convient d'avoir des garanties pour que le projet soit viable. Soutenu par des représentants de mon association, j'ai eu à échanger avec divers partenaires locaux pour mesurer les implications de notre nouvelle structuration sur les pratiques existantes.

1-2-1- Un projet lié à l'Education Nationale

La dimension pédagogique de notre projet est portée par la participation active de nos quatre instituteurs spécialisés affectés à l'institut. Nos partenariats avec les divers collèges, lycées et écoles renforcent ce lien de fait. L'évolution de la politique intégrative définie elle, notre contexte d'évolution.

Ces trois degrés sont indissociables de nos activités et impliquent des avancées communes, des visions parallèles et des stratégies définies conjointement.

L'IR de Viazac a tout intérêt à se doter d'un projet pédagogique stimulant et efficace pour fidéliser les instituteurs internes à la structure. Chaque année, la période des nominations est source d'inquiétudes car elle est susceptible de modifier la composition de notre équipe. Pour offrir stabilité et qualité de travail, il faut se donner les moyens de compenser les

inconforts de la mission. Ces enfants en but avec le scolaire peuvent donner pourtant de grandes satisfactions si les méthodologies sont performantes, le travail d'équipe réel et rassurant, les objectifs adaptés au possible.

Depuis quelques temps, nous avons fait le choix de multiplier le nombre des supports scolaires d'intégration. Nous veillons à ne pas dépasser un certain nombre d'enfants par classe et par établissement scolaire. Cette volonté de ne pas stigmatiser les « enfants de Viazac » porte déjà ses fruits, mais elle nous oblige à entretenir des liens avec toujours plus de principaux, de professeurs et de conseillers d'éducation. L'investissement de nouvelles zones géographiques ne pourra que confirmer cette difficulté mais elle doit donner lieu à l'acquisition d'un savoir-faire indispensable à l'accompagnement des enfants qui nous sont confiés.

Tout pousse donc à renforcer nos pratiques communes avec l'éducation rationnelle. L'écoute de leurs difficultés propres, la recherche de stratégies concomitantes et complémentaires ne peuvent que favoriser une plus grande efficacité dans la mise en application des politiques intégrative qui nous lient.

1-2-2- Créer et entretenir des liens avec les autres établissements

Dans l'exercice de nos pratiques respectives, les établissements du secteur social (MECS) et ceux du médico-éducatif (IME) entretiennent une interrelation de fait. Au fil des orientations nos services se croisent et ont à intervenir auprès des mêmes enfants ou familles. J'ai également souligné comment, pour des raisons de proximité géographique, il pouvait être retenu une orientation spécialisée plutôt qu'une autre.

Dans cette articulation nécessaire, il est important de ne pas laisser au hasard tout ce qui pourrait être anticipé, pensé et objectivé.

Les frontières entre l'inadaptation sociale et les troubles du comportement, entre les déficits d'apprentissage et la déficience, sont si minces qu'il est préférable d'envisager des pratiques complémentaires plutôt que cloisonnées. Le plus important est sans doute de permettre à l'enfant d'évoluer et de trouver le service le mieux adapté à chacun des stades de son développement.

Chaque établissement doit veiller à être clairement identifié par ses partenaires. Il doit afficher ses spécificités et veiller à rester complémentaire des autres structures, les mouvements d'un lieu à un autre doivent s'envisager dans la souplesse et sans perte des acquis antérieurs. C'est pour cela qu'il est primordial d'entretenir des relations étroites et fiables, entre les équipes de direction sans doutes, mais aussi entre l'ensemble des services.

Les représentants des associations gestionnaires ont, à ce niveau un rôle important qui consiste à affirmer cette volonté. Les directeurs ont quant à eux, la mission de créer les rencontres et de faire émerger les difficultés à résoudre.

1-2-3- Recenser les services partenaires

A l'occasion de la redéfinition d'une organisation globale, il peut être judicieux de s'interroger sur les partenariats volontaires ou de fait qui sont associés à la mise en place des choix retenus. De nombreux services sont concernés, avec plus ou moins d'implications, par notre nouvelle articulation. Ils sont plus nombreux que l'on peut le penser, si l'on s'attarde sur toutes les implications d'une année de fonctionnement.

Il y a bien sûr les incontournables de l'éducation spécialisée ; les CMP, CMPP, AEMO, CAMPS, Hôpitaux de jour... cela sont directement concernés par le travail engagé. Mais également ceux qui occupent des fonctions connexes ; CIO, Centres hospitaliers, CFA, CFAS, associations sportives et de loisirs... Enfin il y a ceux qui agissent en périphérie de notre mission ; ANPE, CAF, Sécurité sociale, réseau d'employeur et leurs chambres représentatives, Gendarmerie, tribunaux...

Dans le cadre des délégations qui lui sont confiées, le directeur représente son association et véhicule son expression. Il ne s'agit pas seulement de s'identifier dans sa mission mais de savoir communiquer sur les valeurs défendues et leurs mises en application. Au-delà, il convient d'entretenir des relations performantes tant dans les formes que dans la durée.

Cette communication externe a bénéficié à s'appuyer sur les fondements de la mission associative plutôt que sur la personnalité du directeur. Elle place ainsi en avant, une éthique et une garantie morale qui sont nécessaires à la crédibilité requise par la délégation de service public que l'établissement exerce.

1-3- UNE NEGOCIATION AVEC L'ORGANISME DE CONTROLE

Trois ans après avoir engagé une relation aux formes d'inspection et d'injonction, il est rassurant de se situer aujourd'hui en terme de négociation. Il a fallu entre temps regagner une confiance émoussée. Renouer avec une activité stable et apaisante, lentement amener l'idée d'une mutation maîtrisée, réfléchie, garantie. Ce travail permet de disposer d'un projet, objectif en externe et penser en interne. Un écrit³¹ définit les objectifs retenus et permet d'échanger, tant sur leurs validités que sur les autorisations que cela implique et la gestion financière qui en découle.

1-3-1- Les conclusions du schéma comme support

La stratégie retenue par l'association a consisté à s'appuyer sur la loi de rénovation sociale pour redéfinir un fonctionnement immédiat et, dans le même temps, travailler à une restructuration inspirée des volontés du schéma départemental.

³¹ Cf : 3- Le projet technique à mettre en œuvre.

La transparence des travaux préalables, la collaboration régulière de tous les acteurs départementaux, les participations politiques des responsables des associations ainsi que les apports techniques des équipes de direction, ont offert une élaboration progressive et communicable aux équipes en interne de chaque établissement ou service.

Si la mouture définitive n'est pas encore à disposition, plusieurs documents de travail, intermédiaires, permettent d'anticiper sur les positions finales.

C'est une chance, que de disposer d'un projet mobilisateur qui corresponde aux attentes et pour lequel la démarche de changement est déjà engagée.

De ces rencontres multiples avec les représentants de la DDASS est née une certaine complicité. De la mission de contrôle que requérait l'animation des premiers comités de pilotage (une année de suivis mensuels) les liens ont peu à peu pris la forme d'un préalable à une action commune. Le projet actuel a des paternités multiples et bénéficie ainsi d'un soutien réel et fiable.

J'ai eu, dans le cadre de ma mission, à garantir cette adéquation des volontés, des besoins et des attentes. Je peux ici témoigner que si la démarche initiale pouvait sembler humble et quelque peu soumise, il en ressort maintenant un sentiment de sécurité et de confiance en l'avenir qui permet de se projeter dans la réalisation du projet avec toutes les passions et les ambitions que nécessite une mission auprès de « l'Humain »

1-3-2- Obtention des autorisations

La question souvent problématique de la modification d'un agrément, le dossier argumentaire qu'il nécessite, le passage devant la Commission Régionale d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS), sont autant de contraintes obligées qui si elles garantissent la qualité des créations et des modifications, les découragent aussi quelquefois.

Dans ce domaine, le Lot a mis en place une pratique spécifique : celle de proposer aux établissements qui ont participé à l'élaboration du schéma départemental, de proposer leurs demandes de modifications ou de créations de façon concomitante à sa publication.

Dans la mesure où il y a concordance des projets et des attentes et que la question du financement a été traitée, c'est la DDASS elle-même qui soutient le dossier face aux autorités régionales compétentes.

J'ai pu, récemment être reçu par le Directeur de la DDASS sur cette question. Les attentes de l'institut en matière d'autorisations sont relativement limitées. Il s'agit de passer l'effectif du SESSAD de 5 à 15 places et d'en étendre l'habilitation de la tranche d'âge 13/20 ans à 7/20 ans. En contre partie, l'internat réduira sa capacité de 30 à 24 places ce qui permet de financer l'agrandissement du SESSAD et la création de deux places de semi internat supplémentaires.

	Internat	Semi internat	Appartement	Sessad
Agrément 2003	30	4	6	5
Agrément 2004	24	6	6	15

L'appartement thérapeutique, s'il n'évolue pas en effectif, devra obtenir une nouvelle autorisation d'ouverture dans des nouveaux locaux situés à Gourdon. Ce même local servira également d'antenne au SESSAD. Il faudra en outre, préciser dans ce projet, le recours aux services de deux familles d'accueil pour en gérer la partie hébergement.

Ces demandes ont été reconnues valides et conformes aux accords antérieurs. Le schéma départemental, s'il en confirme le besoin, vaudra avis favorable de l'administration.

1-3-3- Clarifier les implications budgétaires

Celles qui concernent le projet de restructuration sont déjà clarifiées, puisque, à la demande de la DDASS, elles ont été réfléchies à coût constant. Le déplacement des baux locatifs de Figeac vers Gourdon ne devrait pas représenter de surcoût. Les redéploiements des moyens humains de l'IR à destination du SESSAD correspond à une pratique existante qu'il convient seulement de renforcer.

Le financement des familles d'accueil est lui une charge nouvelle, mais je propose de le financer sur les cinq ans à venir par des économies à réaliser sur le compte « appointements et salaires » au fur et à mesure des six départs en retraite d'ores et déjà programmés.

Par contre, plusieurs dossiers restent à négocier. Ils concernent l'évolution du parc automobile, l'informatisation de l'ensemble des services et une planification de travaux et d'aménagements destinés à l'amélioration de la qualité de l'accueil.

Je travaille actuellement avec le conseiller financier de l'association à un financement pluri annuel de l'ensemble de ces charges qui sera soumis à la décision du Conseil d'Administration de la Jeunesse au Plein Air.

2- APPROPRIATION DES PRATIQUES ET GESTION DES RESISTANCES

Dans la première partie de ce travail, j'ai eu l'occasion de préciser dans quel contexte l'émergence de la remise en question s'est imposée à cet établissement. Cet épisode douloureux a laissé des traces dans les esprits.

Pourtant la mobilisation sereine des acteurs est indispensable et elle nécessite un travail spécifique destiné à garantir un engagement total de chacun dans un cadre d'évolution clair.

2-1- PRECISER LA BASE COMMUNE ET LE CHEMIN A PARCOURIR

Manager le changement ne constitue pas pour un directeur un labeur solitaire, pas plus que l'entraînement d'une masse inerte vers un ailleurs. Il ne doit pas incarner le changement mais se mettre au service d'une évolution nécessaire qui s'impose à lui tout autant qu'à son personnel.

En la matière, l'injonction de la DDASS et la rénovation de la loi sociale constituent des incontournables que chacun doit intégrer à son rythme mais de façon inéluctable.

Dans l'existant il est utile de valider ce qui constitue la base de départ sur laquelle on peut compter. Confirmer chacun dans des fonctions déjà maîtrisées avant de leur demander de se projeter dans des pratiques nouvelles.

2-1-1- L'écriture d'un projet d'établissement

Ce travail, déjà engagé puis abandonné, est devenu incontournable. J'ai fait le choix de faire appel à une nouvelle équipe de formateur, du même organisme de formation, pour ne pas perdre les acquis tout en évitant de réveiller les blocages.

En s'appuyant sur la définition d'un institut de rééducation telle qu'on la trouve dans les annexes XXIV, il a été possible de déterminer une vision commune à tous les intervenants et de la figer comme terrain d'entente minimum.

Les valeurs, affirmées par l'association gestionnaire et déclinées au travers des moyens en présence, ont permis de tracer les objectifs de l'établissement.

En bénéficiant des travaux préparatoires à la rénovation de la Loi de 75 (nous étions en 2001), chaque corporation professionnelle a pu redéfinir les trois dimensions du projet (thérapeutique, pédagogique et éducatif), et en vérifier les articulations.

La place de l'usager, repositionné comme centrale, a fait apparaître les prestations indispensables à un fonctionnement de qualité. De même, le positionnement de la famille comme partenaire institutionnel a permis de redéfinir les pratiques dans le sens d'une plus grande clarté et d'une nécessaire démarche évaluative.

Cet écrit, quoique conséquent et de qualité, s'est limité à définir un fonctionnement dans la configuration historique de l'établissement. Destiné à remettre la structure « en marche », il a défini les principes minimums en laissant pour plus tard les perspectives de restructuration et de redéfinitions des missions.

Symboliquement, ce travail m'est apparu comme déterminant. Point de blocage à l'origine, il a permis d'exprimer un refus d'aller plus loin, en un temps où le vécu quotidien était devenu insupportable. Que tous les acteurs acceptent de se remobiliser sur cette même question, alors qu'elle ne constitue plus qu'une première étape d'un long cheminement à engager ensemble, est signe d'une reprise de confiance en l'avenir.

C'est cette dynamique que j'essaie, aujourd'hui encore, de préserver dans le cadre de toutes les instances de réflexion qu'il nous reste à créer et à vivre.

2-1-2- Rappeler la fonction centrale du plateau technique

Que le plateau technique constitue une fonction centrale n'est en soi qu'une banalité. Les annexes XXIV le préconisent et tous les établissements l'appliquent. Pourtant dans le cadre spécifique d'une déconcentration, les angoisses légitimes s'expriment autour d'une crainte de dispersion, de perte des acquits et de remise en cause des compétences.

Postuler que, quelles que soient les articulations retenues, les équipes éducatives, pédagogiques et thérapeutiques resteront indissociables et centrales dans l'élaboration de tous les projets, permet de faire lien avec le passé.

Les moments clés que représentent l'admission, le diagnostic, la synthèse et l'évaluation devront être revus et adaptés, mais ils se dérouleront toujours dans la même salle du château, regrouperont les mêmes intervenants et permettront ainsi que nul ne se sente dépossédé ni exclu.

Pour que cet organe remplisse sa fonction de catalyseur, qu'il permette à chacun de se projeter dans le changement en toute sécurité, j'ai souhaité qu'un travail méthodologique le redéfinisse dans ses déroulements et dans ses formes de restitutions.

Nous disposons ainsi d'un outil fonctionnel, élaboré en interne, qui balise toutes les formes de prise en charge et regroupe à intervalle régulier tous les services.

« Sécuriser la réussite du changement revient en fait à sécuriser ses acteurs. Le porteur du changement (...) donne confiance et peut conduire le groupe vers la découverte et construire avec lui les indispensables outils. »³²

Ma volonté managériale va dans le sens de cette citation ; avant de se lancer dans l'aventure du nouveau projet, il est essentiel de rappeler ce que nous ne perdrons pas en chemin. En l'occurrence : les compétences respectives, la garantie d'être consulté, la réflexion pluridisciplinaire et le lien avec le passé.

2-1-3- Segmentation des actions en modules

Méthodologiquement, le vrai changement se situe dans le découpage des pratiques antérieures en différents modules destinés à élargir la palette des prestations, à mieux s'adapter au regard individualisé, à répondre aux divers besoins recensés par les partenaires.

Les résistances du personnel s'expriment tout particulièrement dans ce domaine car il s'agit là de rompre avec les habitudes et donc d'accepter de rentrer dans une période transitoire lourde d'inconfort et d'incertitude.

³² Willaey Jean-Pierre dans « Le changement en question » Les cahiers de l'Actif – n° 314-317.

La première des aides à fournir est de donner du temps, de l'écoute et des lieux d'échanges.

Pour que le travail d'élaboration se fasse, il faut que l'action puisse avoir un sens. Le premier travail à engager sera donc de permettre à tous de s'approprier les commandes, d'en faire ressentir l'intérêt et finalement de donner le goût et la volonté de changement.

Selon les personnes et les fonctions, les positionnements peuvent varier de façon conséquente. Plusieurs axes de réflexions sont utilisables pour que chacun y trouve son compte. Le seul objectif est de permettre la compréhension des efforts à consentir.

La gestion des compétences peut conduire à spécialiser certains des acteurs dans des domaines qui leur sont chers, d'autres auront besoin de percevoir une compréhension globale du système. La difficulté sera alors d'assumer les aspects paradoxaux de cette période en veillant à ce qu'elle débouche sur une cohérence finale.

2-2- GESTION MANAGERIALE DU CHANGEMENT

« Changer, c'est avant tout oser se regarder, élargir le cadre de l'expérience et accepter d'interroger les certitudes. La mobilité des idées, des structures et des comportements est alors la condition pour y entrer. Enfin, le changement est simultanément un processus mobilisateur, qui ouvre des directions à prendre, qui nécessite des programmes et des ressources pour y parvenir, faute de quoi le changement ne serait qu'illusion et déception pour les institutions et les hommes. »³³

2-2-1- Une appropriation par champs d'intervention

Afin de prolonger la réflexion interne menée depuis deux ans, je propose d'avoir recours à des intervenants extérieurs pour porter le dernier trait à l'action restructurée. En utilisant le « fond d'intervention » de l'organisme collecteur de la cotisation de formation continue, il sera possible de financer une aide à l'appropriation du changement par la définition de nouvelles méthodes.

Destinée à tourner la page des inquiétudes pour se concentrer à la mise en acte, cette démarche ne peut que prendre plus d'ampleur en l'assistant d'une compétence théorique et méthodologique telle que celle proposée par les organismes de formation.

Après avoir nommé la base immuable de l'institut, avoir défini les prestations en modules, il reste à chaque service à se redéfinir autour de projets respectifs.

Préciser les intentions d'un service éducatif, pédagogique ou thérapeutique fait appel à des connaissances spécifiques. Chacun doit pouvoir prétendre à l'aide la mieux adaptée, à une perception commune et une expérience partagée.

³³ Miramon Jean Marie – Promouvoir le changement - Les cahiers de l'Actif n°314-317.

J'envisage donc un travail en trois groupes de compétences qui auront pour mission de produire un écrit regroupant les objectifs les méthodes et les moyens de chaque service. Une restitution institutionnelle finale situera chacun d'eux comme porteur des orientations de leur propre champ de compétence.

Dans le même temps, les services généraux bénéficieront d'une formation sur la qualité de l'accueil, et le personnel administratif peaufinera ses connaissances en matière de maniement de l'outil informatique.

2-2-2- fiches de fonction et entretien annuel d'évaluation

Pour rompre avec une culture professionnelle privilégiant la prise en charge globale et la polyvalence des compétences, les acteurs du nouveau système ont besoin de connaître précisément ce que l'on attend d'eux dans la future structuration.

Le découpage des interventions en modules permet de dissocier les savoir-faire en fonction des intentions annoncées. Les thérapeutes se spécialisent dans des fonctions de diagnostics, de régulations ou de suivis individuels selon les cas. Les pédagogues distinguent les temps d'évaluation, d'enseignement ou d'éveil, tandis que les éducateurs se répartissent les tâches de cadrage, de réflexion-projection, d'accompagnement ou de suivi d'autonomisation.

Chacune de ces pratiques doit se traduire par des fiches de fonction qui, le moment venu, permettent de s'investir pleinement dans l'action. La clarté de la commande est source de clarté dans la mise en œuvre, elle épargne le doute et les initiatives intempestives.

Ces fiches, établies collectivement, serviront de support à la mise en place des entretiens individuels d'évaluation que j'animerai en collaboration avec le responsable éducatif.

L'objectif de ces entretiens individuels est de vérifier la bonne compréhension de la mission. Un échange entre collaborateur et responsable permet de pointer les écarts éventuels dans l'appropriation de la commande. D'année en année ces rencontres serviront à mesurer si les objectifs escomptés sont atteints, si un réajustement des moyens affectés est nécessaire ou encore s'il y a lieu d'engager une action pour améliorer le niveau de compétence.

« De toute façon, les responsables « jugent » leurs collaborateurs. La réciproque est vraie aussi. Il s'agit de passer de ces modes spontanés d'exercice de la pensée, à une situation où il est exercé avec des règles connues et partagées. »³⁴

Ces rendez-vous présentent surtout l'avantage de dédramatiser la notion d'évaluation. Par des critères nommés et objectifs, les productions individuelles sont ramenées aux attentes du collectif et débouchent sur des validations ou des aménagements. Ils doivent servir à chacun à s'interroger sur l'évolution de sa carrière et de ses compétences. De se projeter dans une progression individuelle, d'exprimer des choix personnels et de les relier aux attentes du projet institutionnel.

³⁴ Brigitte SIVAN – « Conduire vos entretiens d'appréciation » - Insep Consulting – Editions 2002.

2-2-3- Un plan de formation spécifique

Parmi les indicateurs de qualité d'un établissement, la gestion du plan de formation en est un des plus parlant. Soit-il va être utilisé pour consolider l'existant, soit-il introduira du dynamisme et de l'innovation. Sa maîtrise est une donnée importante qui dans l'expression des choix de l'équipe de direction.

En mettant en place une action ponctuelle et supplémentaire de formation à l'occasion de la redéfinition du projet d'établissement, je souhaite pointer une modification dans l'utilisation des fonds de formation continue.

Ceux-ci devront se destiner prioritairement au financement des besoins institutionnels. Une deuxième partie sera consacrée à la mise en œuvre des actions envisagées en entretien individuel d'évaluation, selon des critères de priorité à préciser en consultation avec les instances représentatives. Une dernière part pourrait permettre d'organiser des journées d'études et des colloques ouverts aux partenaires locaux.

Ces choix ne sont que des illustrations des changements, mais sont susceptibles d'évolutions en fonction de l'évaluation des fonctionnements et des débats internes.

L'important est que l'utilisation des fonds ait un effet sur le court terme, se définisse à moyen terme en fonction de visées sur le long terme.

2-3- OUTILS TECHNIQUES ET REDACTION DES PROTOCOLES

Un projet de restructuration, même sérieusement travaillé, n'est qu'une vision intellectuelle d'un fonctionnement à mettre en place. Il fixe les objectifs à atteindre, il repère les difficultés et définit une stratégie pour les résoudre. Il décompose l'action en étapes successives et prévoit les modes de contrôle à utiliser.

Pourtant dans sa transcription en pratiques individuelles, il ne constitue pas une garantie fiable. Il reste sujet à interprétation et son passage nécessaire par les réseaux de la communication en relativise son infaillibilité.

Une attention particulière doit donc être portée aux outils d'élaboration qu'il est nécessaire d'inventer, à la maîtrise de la communication interne, et aux règles dont on souhaite se doter pour pouvoir garantir une mise en application conforme au projet que l'on a retenu.

2-3-1- Les supports de la communication interne

De l'ancestral « cahier de liaison » assorti du « tableau d'affichage de la direction » à l'utilisation d'un réseau intranet, il est des changements qui ne vont pas tout seuls...

La position managériale qui a été évoquée dans ce mémoire ne va pas sans la création d'outils écrits tels que les protocoles, les grilles d'observation et d'analyse, les contrats de projets, etc..

Répondant à un principe de hiérarchisation (comme les sources de droit) ces écrits peuvent être indiscutables et durables (projet d'établissement) ou adaptables et configurables par leurs utilisateurs (grille d'observation). Dans tous les cas ils représentent la « règle du jeu » commune, ils participent à la transparence et à la démarche qualité.

Les principes du respect du secret médical, de la confidentialité, du secret professionnel et du droit d'accès aux dossiers individuels doivent être intégrés à l'ensemble des documents et de leurs utilisations. En la matière, les évolutions récentes de la réglementation justifient d'un regard tout particulier. Cette attention ne pourra que confirmer le choix du législateur de garantir à l'usager des accompagnements respectueux de leurs droits, dans leurs intentions et dans leurs formes.

L'ensemble de ces outils, une fois créés, constituerons le cadre de référence d'un nouveau fonctionnement dynamique et évolutif.

2-3-2- Les nouvelles techniques de communication

Les motivations qui me conduisent à l'utilisation de ce management semi-directif pour la réalisation du cadre méthodologique interne, sont liées à la période de doute légitime que le personnel a eu à traverser durant cette aventure institutionnelle.

Néanmoins l'objectif affiché est bien de parvenir à accéder à une communication motivante et valorisante induite par un management participatif.

La leçon doit être tirée de l'expérience du passé. Un établissement ne peut pas s'installer dans une routine, il doit en permanence mobiliser ses forces vives autour de réflexions projectives qui doivent permettre à chacun de participer à la redéfinition perpétuelle de l'avenir institutionnel.

Dans la démarche de rénovation et de modernisation qui nous occupe, le renouvellement du matériel informatique est à prévoir. Avec lui, ce sont les formes de la communication elles-mêmes qui se transformeront. Les nouvelles contraintes d'éloignement géographique y trouveront réponses, la traçabilité n'en sera que meilleure et la fiabilité plus grande à l'image de la rapidité de traitement.

2-3-3- Garantir de bonnes pratiques par des protocoles

La notion de protocole est apparue dans les établissements du médico-social par le biais des consignes de sécurité. En matière de protection contre l'incendie, le recours à des comportements entièrement codifiés, plaçant l'humain en position d'exécutant, pour garantir des réactions uniformes et validées, n'ont jamais choqué personne.

La loi n° 2001-52 du 10 janvier 2001 relative à la protection de l'enfance préconise que des protocoles soient signés entre les établissements, les Services de la Protection de l'Enfance (SPE) et la justice pour uniformiser les modes de signalement de maltraitances subies par des enfants.

Dans cette volonté de codifier l'agir, il faut voir un désir de réduire l'erreur et le dysfonctionnement, de garantir la sécurité et l'uniformité des réponses. Ces notions seront amenées à se développer dans ce secteur qui veut rompre avec la maltraitance et les dérives.

Sans y perdre une faculté d'analyse et d'interprétation, je pense que des processus tels que l'admission, l'orientation, la contractualisation peuvent être finalisés en protocoles.

Par ce recours, l'efficacité est au rendez-vous, les responsabilités sont moins lourdes et la lisibilité depuis l'extérieur est plus grande.

3. OUVERTURE, PARTENARIAT ET EVALUATION

L'évolution des politiques sociales ne laisse plus le moindre doute quant à la dimension qualitative requise au niveau des prestations proposées. Tout établissement est appelé à inclure dans ces fonctionnements des échanges, des négociations, des contractualisations.

Le nouveau fonctionnement interne de l'IR de Viazac doit, pour se démarquer du passé, être ouvert aux influences externes. Cela implique une réflexion sur la place de la famille de l'usager et des partenaires intervenants.

Si cela correspond à une intention nouvelle, ce n'est que la mise en application des textes réglementaires. Cette mise en conformité doit être contrôlée et évaluée dans ses effets. Cette dernière démarche est, elle aussi, requise par les textes de la rénovation sociale et médico-sociale.

3-1- LA PLACE DE L'USAGER ET DE SA FAMILLE

« En vue d'assurer le respect du droit à une vie familiale des membres des familles accueillies dans les établissements ou services (...) ces établissements ou services doivent rechercher une solution évitant la séparation de ces personnes ou, si une telle solution ne peut être trouvée, établir, de concert avec les personnes accueillies, un projet propre à permettre leur réunion dans les plus brefs délais, et assurer le suivi de ce projet jusqu'à ce qu'il aboutisse. »³⁵

La Loi de rénovation ne vient que confirmer la volonté des Annexes XXIV qui énonçait : *« Toutes les fois que cela est possible, les enfants ou adolescents demeurent hébergés dans leur famille (...) »³⁶.*

Aussi vrai que l'origine des troubles dont l'enfant est porteur s'ancre souvent dans l'histoire familiale, son contexte de vie et son système de fonctionnement, les effets positifs des prestations fournies n'ont de sens que s'ils sont transférables dans le contexte familial et le lieu

³⁵ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 article 13

³⁶ Article 6 de l'annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989.

traditionnel d'évolution. A cet effet ce lien devra être maintenu et soutenu tout au long des actions proposées.

Ce rôle prépondérant conféré à l'utilisateur mérite que toutes ses formes d'expression soient revisitées à l'occasion de la réflexion structurelle qui occupe l'établissement.

3-1-1- Favoriser l'implication de la famille

L'article 371-2 du Code civil dispose : « L'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité. Ils ont à son égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation. »

Lorsqu'un enfant est reçu en Institut de rééducation, l'autorité parentale demeure une fonction familiale.

Les pouvoirs publics ont tenu à inscrire dans les textes régissant les établissements et services, le rôle et la place de la famille. Elle doit être informée, associée et soutenue. Elle peut revendiquer un droit à un accompagnement individualisé de qualité pour son enfant, favorisant son développement, son autonomie et son insertion. Ce droit doit être adapté à son âge et à ses besoins, et respecter son consentement éclairé, lequel doit être systématiquement recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. À défaut, le consentement du représentant légal doit être sollicité. La participation directe à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement est donc une obligation.

La vie institutionnelle, pour s'imprégner de cette logique doit instaurer une liaison permanente. Elle se préoccupera du respect des droits de la famille sous toutes ses facettes : accompagnement du droit d'accès aux dossiers, lieux de rencontre parents enfants dans l'établissement...

Toutes les difficultés éventuelles doivent être anticipées et se traduire par un aménagement du processus d'accueil.

Concrètement, chaque module de prestation devra préciser la planification des échanges nécessaires, leur rythme, leur contenu et leur forme.

3-1-2- Contractualiser des projets individualisés

Pour aller jusqu'au bout de la démarche de respect de la personne, confirmer le postulat déontologique, atténuer les contraintes découlant d'une vie collective gérée par des liens professionnels, il est nécessaire d'élaborer un projet individualisé avec chaque enfant.

Quels que soient son âge et sa situation, la personne a besoin d'être reconnue, acceptée pour ce qu'elle a été, ce qu'elle est et ce qu'elle veut devenir ; c'est un être singulier dont il faut tenir compte.

L'entrée en institution représente une étape, un temps de crise dans le développement de la personne. Face à un tel changement, il est nécessaire d'organiser un temps

d'acceptation, de bilan et de projet qui tienne compte du passé, du présent et anticipe le futur quel qu'il soit.

La matérialisation de cette démarche en projet de vie passe par la négociation autour du contrat individualisé. Cela suppose de pouvoir connaître la personne accueillie et de l'écouter s'exprimer sur elle-même, en lui donnant les moyens et le temps de cette expression, quel que soit son état.

Ce contrat d'aide individualisé doit donc s'appuyer sur l'expression des attentes, des craintes, des désirs qui doivent être décryptés aux niveaux physique, psychique, affectif, social, relationnel et spirituel.

Le contrat, de par l'explicitation qu'il fait des attentes et exigences réciproques, ainsi que par le cadre de travail qu'il institue, sécurise la famille et l'enfant. Il les libère de nombreuses incompréhensions et doutes souvent accumulés de longue date. Cette sécurisation permet de mieux définir ce que chacun va faire, la direction commune, les passages obligés.

Bien évidemment, il s'agira d'accorder la plus grande vigilance à la définition des objectifs retenus. Il est absolument indispensable qu'ils soient réalisables et adaptés aux capacités de chacun. L'évolution ou l'acquisition de certaines compétences sera très certainement recherchée. Dans le cadre du projet à établir, il s'agira de les identifier et de proposer les moyens d'acquisition de ces compétences.

Le contrat doit être formalisé, négocié avec l'enfant et sa famille. L'établissement s'engage à le respecter et à se donner les moyens de son individualisation.

La négociation s'impose ainsi comme base de la relation d'aide, elle renvoie à l'utilisateur la responsabilité de son engagement, la capacité à faire des choix, et au professionnel la nécessité d'une stratégie globale et la contrainte d'une avancée progressive et spécifique.

L'élaboration de ce contrat doit se mettre en place dès l'accueil et en amont de l'accueil, si c'est possible. Elle permet à l'institution, au travailleur social et à l'utilisateur de confronter leurs projets respectifs, de définir leurs attentes et leurs désirs. Il s'agira ensuite de se mettre d'accord sur ce qu'il est concrètement possible d'atteindre.

Sur l'aspect thérapeutique, les préoccupations sont les mêmes ; un dossier médical est donc constitué, en lien avec le médecin traitant. Le médecin référent de l'institution et l'équipe soignante auront la charge d'élaborer un projet de soins individualisé.

A terme, l'évaluation du contrat en confirme l'intérêt. En effet, à partir des objectifs communs déclinés et des modalités de changements définies, il est possible d'évaluer collectivement ce qui s'est produit, ce qui a été réalisé et ce qui ne l'a pas été. C'est l'opportunité de comprendre pourquoi certains objectifs ou changements précis n'ont pas été atteints. C'est parce que le contrat offre des points de repères pertinents que l'évaluation des résultats offrira à chacun la possibilité d'une mise au point objective.

L'évaluation peut aussi constater l'échec ou l'incapacité d'atteindre les objectifs fixés. La compréhension et l'acceptation de ce qui a été défaillant dans les engagements de chacun sont

de nature à relancer un processus contractuel. Mais il s'agira alors de se montrer très vigilant dans le repérage des compétences indispensables à la réussite de ce nouveau contrat.

3-1-3- Mise en place du conseil de la vie sociale

Le conseil d'établissement figurait déjà dans la loi du 30 juin 1975. Un premier décret du 17 octobre 1985 rendait obligatoire sa mise en place. Dans tout établissement social, les usagers, les familles et les personnels étaient obligatoirement associés au fonctionnement par son intermédiaire.

« Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. »³⁷

La loi no 2002-2 du 2 janvier 2002 a renforcé le droit des usagers et créé de nouvelles structures représentatives. Le conseil de la vie sociale remplace maintenant le conseil d'établissement. Bien que le décret d'application ne soit pas paru à ce jour, sa fonction restera vraisemblablement similaire.

Les questions sur lesquelles peut statuer le conseil d'établissement sont énumérées dans l'article 2 du décret de 1991. Ainsi, le conseil peut donner son avis et faire des propositions sur :

- le règlement intérieur ;
- l'organisation intérieure et la vie quotidienne de l'établissement ;
- l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques ;
- l'ensemble des projets de travaux et d'équipements ;
- la nature et le prix des services rendus par l'établissement ;
- l'affectation des locaux collectifs ;
- l'entretien des locaux ;
- la fermeture totale ou partielle de l'établissement ;
- les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture.

La dynamisation de cet organe consultatif peut être l'occasion de rechercher une validation des choix retenus. Le conseil d'établissement qui existait préalablement mérite de se renouveler et de préciser ses attributions. Cette nouvelle mise en place représente l'occasion de soumettre à la reconnaissance commune, le règlement de fonctionnement, la charte d'accueil, le contrat de séjour et le nouveau rythme de fonctionnement de la structure.

Valoriser la place de cette représentation comme agent du devenir institutionnel, donne une garantie de rester à l'écoute des perceptions extérieures et des besoins tels qu'ils sont ressentis.

³⁷ Article L. 311-6 du Code de l'action sociale et des familles. Reformuler par l'article 12 de la loi du 2 janvier 2002

3-2- S'IMPLIQUER DANS DES PARTENARIATS ET UN TRAVAIL EN RESEAU

Le travail en réseau est depuis quelques années considéré comme un outil, bénéficiant à l'usager autant qu'au professionnel. Le partenariat fait, lui, référence au fait d'être partenaire : « *personne, groupe auquel on s'associe pour la mise en œuvre d'un projet* »³⁸

Ces concepts, nouveaux dans notre secteur, font pourtant appel à des pratiques anciennes. L'appel à des personnes appartenant à un réseau relationnel pour faciliter la résolution d'un problème est pratiqué par tous. Décider de se mettre à plusieurs pour améliorer l'efficacité de nos actions réciproques, est aussi un usage. Mais structurer ces agissements en une méthodologie commune, est chose nouvelle.

L'IR de Viazac peut trouver dans ces pratiques, une façon de couper avec ses habitudes autarciques. En nouant des relations professionnelles partenariales, il s'engage dans des systèmes d'action globaux et se protège du risque d'isolement.

3-2-1- Le partenariat pédagogique

Si le lien à l'Education Nationale est naturel et déjà établi, il s'agit plutôt d'essayer de constituer un réseau d'intervenant dans chacun des domaines où nous sommes investis.

Dans l'élaboration du projet pédagogique, nous ne pouvons pas nous permettre de rester entre « spécialistes du trouble du comportement » Dans l'appréhension de la problématique elle-même, nous avons ressenti le besoin de prendre en compte les perceptions de nos alliés de l'intégration.

Nous sommes régulièrement témoin de l'isolement de l'instituteur ou du professeur face à sa classe, face à ses doutes et face aux paradoxes de leur fonction. Nous partageons aussi la même place quelquefois.

Il ne peut être satisfaisant d'accumuler nos compétences respectives comme autant de tentatives successives et isolées les unes des autres.

Alors, si nous revendiquons d'être les spécialistes du trouble du comportement dans le département, nous devons être également le support de l'échange de l'expérimentation et du partage. Nous avons tous intérêt, à ce que les initiatives des uns et des autres, soient connues et assistées, qu'elles trouvent leur place dans une stratégie globale dont l'amont et l'aval ont été sécurisés par les acteurs et les services partenaires.

L'étendu du réseau à concevoir est important puisqu'il concerne tous les intervenants de l'enseignement public et privé du département, les acteurs du secteur spécialisé et ceux de la formation pré professionnelle et de l'orientation. Pour en contourner la lourdeur, je propose qu'un réseau spécifique soit constitué, nommé et réuni en appui de chaque projet individualisé.

Tout au long de l'année il nous appartient de faire vivre le débat en invitant et en animant des journées d'information et d'échange.

3-2-2- Le partenariat thérapeutique

La première fonction d'un réseau thérapeutique est d'offrir une continuité dans le suivi médical. La gestion du dossier d'un enfant mérite une vigilance particulière afin que rien ne se perde des interventions antérieures. L'admission d'un enfant doit donc correspondre à une collecte d'informations et à une mise en relation des professionnels concernés.

Le plateau technique interne est responsable de cette mission et se charge également de poser un premier diagnostic. Le projet thérapeutique individualisé qui en découle est susceptible d'allier des prises en charge extérieures et internes à l'établissement.

Les soins proposés (thérapie, orthophonie, psychomotricité...) revêtent une connotation particulière pour les parents, ils entrent dans le champ de leur droit inaliénable au libre choix du praticien. C'est donc dans le cadre d'une négociation que pourront se définir les articulations entre les services.

La notion de proximité du milieu traditionnel de vie a également son importance. Si l'arrivée en institut de rééducation correspond à un déplacement, celui-ci n'est pas éternel. Il faudra alors, prendre en compte la notion de continuité des soins au-delà du passage institutionnel.

Toutes ces particularités obligent à l'établissement de relations fiables et durables avec les services (CMP, CMPP, Hôpitaux de jour...), les médecins de famille et les thérapeutes libéraux.

A l'articulation de tous ces intervenants, l'institut se doit de garantir une cohérence des soins et une stratégie durable avec des acteurs qui communiquent, au mieux de l'intérêt de l'enfant.

3-2-3- Le partenariat éducatif

Dans le domaine éducatif, les partenariats envisageables n'ont pas de limites. Ils peuvent intervenir dans à de multiples niveaux : sport, loisir, culture... Tout ce qui peut contribuer au développement personnel de l'enfant est envisageable.

Le plus souvent, ce sont des associations qui se verront proposer des conventions par l'établissement. Afin de faciliter l'intégration des enfants dans tel ou tel club, il est important d'entretenir des relations privilégiées avec ses dirigeants, d'offrir la possibilité d'évoluer dans un lieu neutre, hors de la présence de l'éducateur mais en bénéficiant d'une observation bienveillante et protectrice.

Pour parvenir à ce type relation, l'institut a déjà l'habitude d'utiliser son infra structure. Le cadre naturel verdoyant, les capacités d'hébergement, les salles d'activité ou de réunion intéressent souvent les associations dans le cadre de leurs activités. Ces propositions de prêts

³⁸ Dictionnaire Hachette- Edition 2004-

débouchent généralement sur des relations privilégiées qui bénéficient à l'enfant et à la réalisation de ses projets.

Depuis peu, un centre équestre, un club de Karaté, une association d'art-thérapie ont accepté un conventionnement. Les perspectives exploitables sont encore nombreuses et elles participent à la revalorisation de l'image de l'institut dans le microcosme associatif local.

3-3- EVALUATION ET CONTROLE DE LA QUALITE

Le rapport IGAS publié en 1995 se proposait de procéder à une évaluation du secteur social et médico-social. En donnant lieu à la loi de rénovation du 2 janvier 2002, ce rapport a également contribué à imposer cette notion d'évaluation dans l'ensemble des articulations du secteur.

Aujourd'hui confirmée par des obligations réglementaires, l'évaluation concerne aussi bien les actions proposées, les besoins recensés, la prévention des risques que les attitudes individuelles ou la qualité de la communication.

Toutes les composantes de l'action méritent d'être évaluées, cela garanti un fonctionnement de qualité et valide les pratiques institutionnelles en soulignant les ajustements nécessaires pour rester en accord avec le évolutions de la commande publique et les besoins des usagers.

Dans le cadre de la reconstruction actuellement vécu par l'établissement, il est raisonnable de se donner des échéances dans le temps pour atteindre un contrôle qualité au sens des outils actuellement en vigueur.

L'évaluation des actions et de leurs effets est déjà en place, celle du projet d'établissement sera désormais obligatoire, la recherche d'une labellisation est, elle, un objectif à moyen terme.

3-3-1- L'évaluation des actions

En la matière, la dernière inspection de l'organisme de contrôle oblige à une démarche particulière d'évaluation assortie d'une certaine humilité. La nécessaire remise en cause des pratiques a permis de développer un questionnaire sur la culture professionnelle. La notion de « rendre des comptes », pour douloureuse qu'elle ait pu être, reste présente dans tous les esprits.

Il en reste une volonté de se sentir validé de façon durable et la meilleure façon d'y parvenir est sans doute la pratique de l'autoévaluation.

A l'occasion de la mise en place de méthodologies nouvelles, une attention particulière s'est attachée à prévoir, pour toute prestation, des critères évaluatifs conformes. Ce regard critique systématique, ne se limite pas à la perception des salariés, il s'étend à celles des partenaires professionnels et des familles.

Cette nouveauté correspond à un changement radical dans la façon d'appréhender notre mission. Il ne s'agit plus de faire pour le mieux de manière plus ou moins empirique, il est maintenant attendu de savoir dire ce que l'on veut faire, de préciser comment on pense le faire et de vérifier ensuite si cela a été fait.

S'ancrer dans cette intention n'est pas chose facile. Le support écrit, garantissant la traçabilité des moyens mis en place, aide dans cette démarche d'estimation des résultats obtenus. Pour aller plus loin, il convient d'associer à cette démarche, les parents et les enfants eux-mêmes.

Autrement dit, l'établissement n'est toujours pas en mesure de certifier une démarche évaluative sans faille. La progression actuelle permet seulement d'affirmer que les positionnements de base sont en train de se déplacer dans le sens de l'adaptation des moyens aux besoins, autrement dit que l'on ne peut savoir ce que l'on va mettre en œuvre avant de connaître l'enfant.

A partir de là, il sera facile de faire émerger l'intérêt de vérifier les effets obtenus par une action spécifique dans le cadre d'une problématique spécifique.

Plus que de disposer d'une méthodologie évaluative, il me semble plus pertinent de faire apparaître une volonté de se situer dans une démarche nouvelle, clarifiée et intentionnelle.

3-3-3- Un projet d'établissement en réflexion permanente

« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et dévaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »³⁹

L'objectif du législateur est d'obliger les structures du secteur social et médico-social à réaliser une évaluation de l'existant et à définir des perspectives en termes d'objectifs et de moyens.

La nouvelle durée de vie d'un projet d'établissement est donc de cinq années au maximum.

Lorsqu'en 1999 l'institut de rééducation de Viazac était en démarche de réécrire son nouveau projet, il venait réformer celui de 1984... Quinze années qui ne permettaient plus de se situer dans une logique de continuité. Le temps écoulé imposait le besoin de changement mais la perte de contact avec les évolutions politiques, nationales et locales induisait, elle, le doute.

³⁹ Article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, reformulé par l'article 12 de la loi du 2 janvier 2002

Il n'est pas étonnant, à mon sens, que ce travail ait donné lieu à une forme d'opposition, de refus d'avancer. L'obligation de changement ne faisait que véhiculer l'angoisse, la perte de sens et le risque de ne pas offrir de réponse satisfaisante.

Il aura fallu qu'un retour vers la réglementation et vers les attentes locales (incarné par la DDASS) impose cette réécriture, pour que les salariés finissent par reprendre contact avec leur raison d'être, leur mission. Ce n'est qu'à ce prix qu'une première production a vu le jour en 2001.

Aujourd'hui, les regards sont déjà tournés vers la structuration de 2004. Un nouveau projet d'établissement sera écrit d'ici 2005, et la nouvelle loi imposera qu'il en soit de même tous les cinq ans.

Cette contrainte oblige à une interrogation permanente, elle offre ainsi la garantie à tous les établissements de ne pas sombrer dans l'habitude, de ne pas pratiquer l'autosatisfaction et de ne pas prendre le risque de se couper des besoins des enfants qui lui sont confiés.

3-3-4- Une démarche qualité institutionnalisée

L'instauration d'une démarche qualité dans un établissement social ou médico-social constitue une nouveauté qui ne va pas de soi. Culturellement associée à la production et au secteur privé lucratif, cette démarche a du mal à pénétrer notre milieu. Pourtant le caractère obligatoire conféré à l'évaluation, a déjà fait le plus difficile...

L'avenir se déclinera forcément autour de cette préoccupation majeure que constitue la volonté d'offrir un service optimum aux usagers et à leur famille.

Pour cela il faudra dépasser les craintes du contrôle /menace et entrer dans le domaine de l'autocontrôle sécurisant.

Comme les autres, cet établissement devra envisager de se soumettre à une validation de ses fonctionnements. Plusieurs méthodes sont aujourd'hui proposées, mais le plus important est d'en percevoir le sens et l'utilité.

Je crois que la mise en application des nouvelles méthodologies peut démontrer le bénéfice d'avoir des pratiques limpides, lisibles et réfutables. Le confort qui débouche d'une action partagée, correctement menée et évaluée dans ces effets, conduira l'ensemble des intervenants à vouloir aller plus loin dans cette démarche de clarification et de mesure.

C'est alors que sera venu le temps de s'engager dans une démarche de recherche de la qualité, sincère et volontaire.

Conclusion partielle de la troisième partie

Comme j'ai eu l'occasion de le dire dans cet écrit, la fonction du directeur n'est pas d'incarner l'être et le devenir de l'institution. Il se doit par contre de se faire le porte-parole des contraintes multiples qui s'imposent au bon fonctionnement de l'établissement.

A ce titre il doit véhiculer les valeurs et les choix de l'association gestionnaire, les traduire en forme d'objectifs, les resituer dans le cadre de la délégation de service public qui nous incombe. Il offre ainsi à chacun une raison d'être.

Pour ce faire, une appropriation des méthodes et des moyens est à réaliser. Dans ces choix de management, le directeur s'adapte à la réalité de terrain et au chemin à parcourir. L'objectif est de proposer la meilleure stratégie pour atteindre le positionnement attendu en privilégiant la qualité de la réflexion plutôt que l'aboutissement apparent, rapide.

Enfin, son agir doit être porteur de sens. La rigueur qu'il impose doit sécuriser le devenir de chacun. Par ces méthodes, il doit mobiliser l'ensemble des ressources humaines dans des perspectives d'amélioration permanentes, qui indirectement garantissent l'avenir institutionnel.

C'est à ces objectifs que se sont destinées les actions que je viens de décrire. Elles n'ont que la forme de directives à suivre pour la réalisation d'une production commune. Elles restent dépendantes de leurs acceptations, de leurs compréhensions et du crédit qu'on veut bien leur attribuer.

Le fait de les asseoir sur des textes réglementaires et sur les attentes mesurables au niveau départemental leur confère une fiabilité et une durabilité qui est à même de produire de la réassurance et de la confiance en soi.

CONCLUSION GENERALE

Nous sommes en novembre 2003, le profil de la restructuration ne fait que prendre forme, les esprits s'apaisent et la confiance revient peu à peu.

Ma fonction, pour avoir démarré dans un contexte de crise avérée, sous le poids d'une menace de fermeture administrative, a dû répondre à plusieurs urgences juxtaposées. Ma priorité, et celle de mon association a été de ne prendre aucun risque de maltraitance au niveau des enfants. Pour cela, il était déterminant de ne pas investir le champ de la dénonciation de l'existant mais plutôt de bâtir au plus vite un fonctionnement à minima recevable en terme de qualité d'accueil et de sécurité, puis d'amener chacun des intervenants à remettre sa pratique en cause.

Pour que cette remise en question soit efficiente, j'ai souhaité qu'elle s'articule autour d'une mise en conformité vis-à-vis des textes législatifs. D'aucun a pu découvrir qu'entre son embauche et aujourd'hui, des textes, dont ils ignoraient l'existence, modifiaient considérablement leur mission.

La loi de rénovation de janvier 2002 est, elle, apparue comme une rampe de sécurité, même si sa destination a pu paraître à certains, audacieuse, troublante, problématique...

Un regard vers l'actualité des instituts de rééducation a permis de se sentir moins seul dans les questionnements fondamentaux.

Enfin, l'attention particulière portée aux attentes et aux demandes de nos partenaires lotois, a amené réassurance et clarté dans les nouvelles compétences à développer.

Il est beaucoup trop tôt pour penser avoir démontré une maîtrise de directeur dans la résolution d'un problème. Seuls peuvent se déceler dans cet écrit, mes volontés de fournir des idées directrices, à même de permettre la reconstruction de l'établissement par l'établissement.

Le contexte social des IR continue son cheminement, leur redéfinition en ITES, promise pour la fin de l'année, n'est toujours pas existante. Le 7 novembre 2003, la revue « Actualité Sociales Hebdomadaires », sous le titre : « Tricoter le soin et l'éducation au service de l'enfant dérangerant » écrit à propos de la pratique en institut de rééducation : « Trop longtemps ignoré, ce savoir-faire commence, enfin, à obtenir un début de reconnaissance »

On a vraiment le sentiment que ce secteur spécifique bouge, la culpabilité s'estompant, on peut penser qu'il va bouger avec l'établissement de Viazac.

Le parcours de nos pensées, de nos actions, de nos expériences permet aujourd'hui de dégager des pistes nouvelles :

Le recours à une éducatrice technique spécialisée en horticulture, en appui des classes internes du primaire, nous laisse entrevoir toutes les possibilités de valorisation de notre patrimoine tout en imposant de nouvelles propositions et stratégies.

La mise en place de partenariat avec un musico thérapeute, qui vient proposer des formes originales de soins aux enfants les plus rétifs, donne le désir d'aller plus loin dans des pratiques d'art thérapie.

L'appui annoncé de familles d'accueils spécialisées permet enfin de ne pas raisonner par l'incontournable de l'internat, et offre l'opportunité de le redéfinir et de le valoriser.

Il demeure surtout une envie d'exister, de participer, d'atteindre une certaine maîtrise, mais si tel est le cas un jour, je m'efforcerai de ne pas oublier cette citation de Fernand Deligny : « Lorsque tout marche bien, il est grand temps d'entreprendre autre chose. »

Bibliographie

Ouvrages :

- « Guide du secteur social et médico-social »
- Marcel Jaeger - Editions Dunot
- « Contes institutionnels : l'ordinaire d'un directeur en institut de rééducation »
- Puyuelo/Capul – Editions Erès
- « L'acteur et le système »
- Crozier/Friedberg – Editions Point
- « La sociologie des organisations »
- Philippe Bernoux – Editions Point
- « L'équipement médico-social de la France »
- Amédée Thévenet – Editions Que sais-je
- « Le métier de directeur »
- Jean Marie Miramon – Editions E.N.S.P.
- « Renover l'action sociale et médico-sociale »
- Jean François Bauduret/Marcel Jaeger – Editions Dunot
- « Elaborer son projet d'établissement social et médico-social »
- J.R. Loubat - Editions Dunot
- « Manager le changement dans l'action sociale »
- J.M. Miramon - Edition E.N.S.P.

Rapports et revues :

« Les instituts de rééducation »- Gagneux/Soutou rapport IGAS n° 1999006

Lien Social

A.S.H

T.S.A.

Les cahiers de l'Actif

Sites internet :

[legifrance .com](http://legifrance.com)

ladocumentationfrancaise.fr

social.gouv.fr

ash.tm.fr

lien-social.com



ANNEXES

MINISTERE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE

DIRECTION DEPARTEMENTALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DU LOT

**RAPPORT D 'INSPECTION
SUR L'INSTITUT DE REEDUCATION
DE VIAZAC**

INTRODUCTION

L'institut de rééducation de Viazac (IR) est agréé depuis le 05 Juillet 1994 pour l'accueil de 45 enfants des deux sexes présentant des troubles du caractère et du comportement répartis comme suit

- 30 en internat, de 8 à 18 ans
- 4 en semi internat, de 8 à 18 ans
- 6 en appartements thérapeutiques de 12 à 18 ans
- et 5 en service d'éducation spécialisée et de soins à domicile de 12 à 20 ans.

Il est le seul établissement de ce type sur le département.

Des informations concernant la prise en charge des enfants et le climat social de l'établissement, nous ont conduit à nous déplacer pour enquête au sein de la structure le 09 Novembre 2000. Suite aux entretiens avec le personnel, et compte tenu de la gravité des faits dénoncés et de l'ambiance générale désastreuse constatée ayant une incidence sur la prise en charge des enfants (enfants sans surveillance, climat de violence...), le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales a décidé de diligenter une mission d'inspection sur le site.

Cette mission d'inspection avait pour objectif d'examiner la qualité de la prise en charge des enfants au regard des missions telles que définies à l'annexe XXIV du décret n°89-798 du 27 Octobre"1989, du projet d'établissement et de l'organisation qui en découle.

Pour ce faire, 5 agents de la DDASS DU LOT ont été missionnés :

- M POQUET L.
- Mme RANDAXHEM.
- Mme le Docteur LAVAYSSIERE F.
- M ROQUES R.
- Mme CAZEAUX C.

Cf : lettre de mission annexe n°1

Ils ont mené leurs investigations à l'aide d'entretien, de visites des locaux et de consultations sur pièces les 23 et 27 Novembre 2000.

Le compte rendu de ces investigations s'organise autour de deux axes :

- l'organisation de la vie institutionnelle (partie I)
- les modalités de la prise en charge des enfants (partie H).

Ce rapport s'inscrit dans une procédure contradictoire;l'association devra présenter ses observations et les mesures qu'elle envisage de prendre à cet effet, dans un délai de 1 mois à compter de la réception du document.

I / L'ORGANISATION DE LA VIE INSTITUTIONNELLE

1-1 Le projet d'établissement

Rappel des obligations réglementaires

L'établissement a pour obligation d'élaborer un projet d'établissement.

Article 30 des annexes : "après concertation menée avec l'ensemble des personnels

placés sous son autorité, le directeur propose au conseil d'administration **un projet d'établissement** fixant les **objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques** du centre ainsi que les modalités de leur **réalisation et de l'évaluation** de leurs résultats".

Les faits

En mars 1999, l'établissement s'est engagé dans une démarche de rénovation de son projet d'établissement.

Pour ce faire, il a fait appel à un organisme de formation et de conseil "l'Actif

- celui-ci est intervenu d'abord pendant trois journées les 31 mars 1999, 01 et 02 avril 1999 avec pour objectif d'établir un diagnostic du fonctionnement existant (cf annexe. 2).
- Une quatrième journée, le 17 septembre 1999 devait être consacrée au démarrage de la démarche projet (élaboration des plans d'actions et des projets techniques). Or, des professionnels ont remis en cause la pertinence de la démarche et il a été préféré de « geler » la suite de l'intervention pour l'élaboration du projet. En effet, le personnel a revendiqué en préalable une démarche de mise à plat des dysfonctionnements institutionnels.

La direction, nouvellement en place depuis le 01 Septembre (date d'arrivée de Mme Cœur), décide alors de mettre en place à cet effet un groupe de paroles de professionnels animé par une psychologue (08 novembre et 15 novembre 1999). Tout le personnel a alors participé.

L'établissement n'a pu fournir de synthèse écrite de ce groupe de réflexion.

Mais, certains problèmes ayant été soulevés, et notamment au regard de la prise en charge d'enfants « de plus en plus difficiles », il a été proposé de constituer de petits groupes d'échange entre professionnels (dits "groupes Balint"). Seuls 4 éducateurs ont alors accepté de s'inscrire dans cette démarche.

La direction a alors décidé de relancer la démarche projet d'établissement (annonce faite au cours d'une réunion institutionnelle).

L'Actif est donc revenu les 12-13 et 14 Janvier 2000 et 7-8 et 9 Février 2000 avec pour objectif d'élaborer les projets par groupes de professionnels (groupes des enseignants, des éducateurs, agents de service, et paramédicaux) mais aussi par groupes de prise en charge des enfants (les petits, les moyens, les grands, les appartements et le SSESAD) ainsi que les aspects de la vie institutionnelle.

Une synthèse écrite a été élaborée par l'organisme le 21 Février et diffusée par groupes de manière informelle. Elle s'articule autour des points suivants :

- les missions de l'établissement,
- les prestations de services déclinant les axes pédagogiques, thérapeutiques, éducatifs, et social, ainsi que les services généraux,
- La formalisation des projets de groupes,
- L'énoncé des procédures mises en œuvre dans l'établissement.

Ce document a ensuite été rediscuté en réunions institutionnelles sans faire l'objet d'un relevé de décisions

L'Actif est intervenu à nouveau une journée fin novembre.

En conclusion, l'établissement ne possède donc pas à ce jour de projet d'établissement finalisé.

Il ressort des entretiens que le personnel *ne s'est pas approprié la démarche, ni le document*. Personne n'a été en mesure d'en rappeler les grands axes.

Ce défaut d'appropriation du projet par le personnel, qui constitue de fait un obstacle à sa mise en œuvre, traduit **une défaillance dans la conduite du projet** : pas de lancement institutionnel de la démarche, absence de comité de pilotage, pas de relecture commune du projet rédigé par l'Actif, diffusion aléatoire du document...

Les préconisations

- Constituer un comité de pilotage représentatif de l'ensemble des catégories de personnel et associant les représentants des familles, chargé :
 - de valider et ou d'amender le document élaboré par l'Actif,
 - de concrétiser ses axes d'intervention par une démarche de projets, déclinant notamment un calendrier.
- Associer les enfants, les familles et l'ensemble du personnel, en présentant le projet d'établissement devant l'instance consultative : conseil d'établissement.
 - Présenter enfin le projet devant le comité de gestion en application de l'article 30 avant le 31 mai 2001.

1-2/ ORGANISATION QUOTIDIENNE DE L'IR

A) SUR LE PLAN EDUCATIF ET PEDAGOGIQUE

rappel des obligations réglementaires

Article 2 : "la prise en charge tend à favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne, sociale et professionnelle... Elle comporte notamment...des actions tendant à développer la personnalité, la communication et la socialisation".

L'article 13 précise la composition des équipes pédagogiques et éducatives intervenant auprès des enfants.

Les faits

1) Sur le plan éducatif

2) # l'encadrement

Les enfants sont répartis en quatre groupes :

- trois groupes sur le site de Viazac :
 - . le groupe des petits qui accueille actuellement 11 garçons de 8 à 11 ans. .
 - . le groupe des moyens qui accueille 12 enfants dont 3 filles de 11 à 13 ans
 - . . le groupe des grands qui accueille 12 enfants dont 5 filles de 13 à 14 ans
- un groupe sur les appartements thérapeutiques à Figeac, qui accueille actuellement 4 jeunes garçons de 14 à 16 ans.

Tous les groupes sont organisés schématiquement de la façon suivante :

- présence de deux éducateurs dans la journée hors temps scolaire (dont l'un reste jusqu'à 22 H 00 pour permettre le relais et assurer le coucher). -
- présence d'un éducateur la nuit (21 H 00 à 07 H 00).

Afin de tenir compte des exigences liées à la mise en place des 35 H et notamment le respect des amplitudes de repos, les éducateurs assurent une semaine sur trois toutes les nuits de la semaine, ce qui de fait les écarte de la vie institutionnelle (réunions de synthèse, contacts avec les enfants...) et selon eux pose des problèmes d'organisation personnelle.

Dans un premier temps, la directrice a sollicité les personnels afin de recueillir des propositions pour l'élaboration des plannings en posant des amplitudes maximales de travail (ex : ne pas travailler plus de 12 H consécutives). En l'absence de réponse et devant l'exigence des éducateurs de respecter à la lettre la réglementation (et notamment en ce qui concerne les temps de repos soit 11 H 00 d'amplitude entre deux temps de travail), la directrice a imposé en Septembre les plannings précédemment exposés.

Ces derniers ont été validés par la DDTEFP.

Lors de nos visites dans l'établissement, nous avons constaté les faits suivants :

- le 09 Novembre, lors du repas du soir à 19 H 00, un climat de violence dans la salle de restauration (bruits, altercations orales et physiques" entre enfants, allées et venues incontrôlées des jeunes au milieu du repas, ne permettant pas qu'il se déroule sereinement) et des jeunes qui fumaient à l'extérieur des bâtiments.

Il est à noter qu'à l'issue de cette visite inopinée, nous avons pu constater lors de la visite suivante (le 23), que la prise des repas avait été modifiée et s'exerçait désormais dans les groupes éducatifs à l'exception des grands qui déjeunent toujours au réfectoire.

Cette disposition, bien qu'elle permette de ramener le calme, n'a pas fait l'objet de note de service et pose un problème de sécurité alimentaire (rupture de la chaîne alimentaire).

Le 23 Novembre, entre-midi et deux, nous avons constaté que enfants étaient laissés" sans surveillance sous la pluie en tenue légère en train de jouer dans un local excentré, non aménagé (sécurité)avec de la terre.

Ces défauts de surveillance ont été constants tout au long de notre présence dans" l'établissement

Ils sont également corroborés par les entretiens avec les enfants même les plus jeunes qui reconnaissent "faire le mur", mettre la zizanie dans les chambres,

Ils entraînent sur les groupes des situations de **rapports de forces** entre enfants (certains, plus faibles évoquant "des situations d'enfer"), et entre enfants vers leurs éducateurs (un instituteur a par exemple reçu un galet, acte laissé sans sanction).

Par ailleurs, cette mixité entre enfants présentant un trouble du comportement allant du registre de l'inhibition à l'hyperactivité, interroge la mission d'enquête : ainsi, par exemple, pour des raisons d'organisation et d'hébergement, sur le groupe des moyens, une petite fille de 10 ans partage sa chambre à son détriment avec deux autres de 13 ans hyperactives et délurées ;. par ailleurs, sur le groupe des petits, 3 petits garçons ont exprimé leurs souffrances à vivre 24H/24 (et particulièrement la nuit) avec des camarades particulièrement agités.

Une répartition des enfants tenant compte davantage des pathologies et non exclusivement de l'âge semblerait plus appropriée.

Les projets de vie

Enfin, tant sur les groupes, que sur les, appartements, nous avons fait **le constat d'une absence de projet éducatif formalisé par lieux de vie.**

Ainsi, et de manière la plus marquante, sur les appartements thérapeutiques, aucune réflexion particulière sur la spécificité de cette prise en charge ne semble mise en œuvre. S'agit-il d'une démarche fondée sur la recherche de l'autonomie ou simplement d'une proximité avec le collègue ? En effet, les appartements dépendent de l'IR. tant pour leurs repas que pour les activités du mercredi, laissant peu de place à l'autonomie.

les activités du mercredi

D'une manière générale, les activités du mercredi sont inexistantes ou de manière très informelle : "

- la salle de poterie, bien qu'équipée n'est pas utilisée.
- La salle d'activité du- groupe des petits (utilisée pour des ateliers cuisine) n'est pas fonctionnelle.
- Seule la salle d'atelier peinture est investie.
- Par ailleurs, certaines activités sont pratiquées (visite de musée, sports collectifs, marche) mais correspondent-elles vraiment à un projet éducatif global réfléchi et adapté aux besoins.
- Il est à noter enfin, que les activités pratiquées à l'extérieur (judo, danse, piscine) et entraînant un coût pour l'établissement et une contrainte d'organisation ont été supprimées

les transferts

Lors de notre visite **aucune réflexion** n'était engagée dans ce sens.

2) Sur le plan pédagogique

Les enfants du niveau élémentaire sont scolarisés sur place dans deux classes (CP, CE1, CE2 et CM1, CM2).

Nous avons visité les salles de classe et constaté **l'extrême exigüité** de l'une d'entre elles, ne permettant aux enfants de bénéficier d'un cadre pédagogique agréable et fonctionnel. En outre, les deux salles de classes sont éloignées géographiquement, ce qui est contraire à la **constitution d'une unité pédagogique.**

Les autres enfants sont en intégration scolaire au collège Masbou à Figeac, au collège de Bagnac sur Celé et au Lycée Agricole.

S'il ne ressort pas de notre compétence d'apprécier le contenu de l'enseignement délivré, il nous a cependant été rapporté que les enfants en. intégration scolaire arrivaient en classé avec des **devoirs non faits.**

Il nous a été rapporté par ailleurs que ces jeunes sont à l'intérieur du collège stigmatisés, ce qui fait obstacle à leur intégration.

Les préconisations

^

Sur le plan éducatif

- organiser une réflexion sur le sens du travail éducatif et la responsabilité des éducateurs auprès des enfants.
- élaborer un projet de vie (éducatif) formalisé par lieu de vie et s'intégrant dans le projet d'établissement.
- revoir la composition des groupes en fonction de l'âge mais aussi et de leurs incidences sur la vie du groupe afin d'éviter les situations de rapport de force entre enfants.
- Organiser les activités du mercredi
- Organiser une réflexion sur l'éventualité des transferts (article 7 des annexes) qui se réfère au projet pédagogique, éducatif, et thérapeutique global, et dans tous les cas sur les activités proposées pendant les périodes sans scolarité (hors mercredi).

Sur le plan pédagogique :

- avoir un véritable projet d'école, en permettant la proximité géographique des deux classes, et notamment en attribuant une salle de classe de dimension convenable à l'activité scolaire pour les CMI, CM2.
- revoir le principe de l'aide aux devoirs, qui relève aussi bien de l'équipe pédagogique que de l'équipe éducative.

B) SUR LE PLAN DES SOINS

Rappel des obligations réglementaires

Article 2 : "la prise en charge ...comporte ...les **soins,et les rééducations, la surveillance médicale régulière générale ainsi que de la déficience et des situations de handicap**".

Article 11 : "L'établissement s'assure des services **d'une équipe médicale, paramédicale**, comprenant notamment :

un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence,
un pédiatre ... ou un médecin généraliste,
un psychologue,
un infirmier diplômé d'Etat,
des rééducateurs divers selon les besoins des enfants".

"Sous la responsabilité de l'un de ces médecins, **l'équipe médicale et paramédicale** :

- **veille à la mise en œuvre et à l'adaptation du "projet thérapeutique et ré éducatif** des enfants,
- assure la surveillance de la santé des enfants ou adolescents **en coordination avec leur médecin de famille,**
- assure en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la **surveillance générale** de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux".

Des accords sont passés avec un oto-rhino-laryngologiste et un dentiste pour prodiguer" les soins aux enfants.

Il est pratiqué au moins de **un examen complet tous les enfants 1 fois par an et en tant que de besoin.**

Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultations.

Article 28 : "Sauf contre indication expresse notifiée par le médecin traitant, les enfants satisfont aux **obligations vaccinales prévues par la loi".** v

Article 29 : "l'établissement constitue et conserve pour chaque enfant ou adolescent **dans le respect des règles de droit régissant le secret professionnel** et la conservation des documents, un dossier comportant...une **autorisation écrite des parents** ou tuteurs permettant la mise en œuvre de traitements urgents qui peuvent être reconnus nécessaires par les médecins de l'établissement et **...lés résultats, des examens** pratiqués en cours d'année par les médecins de l'établissement ainsi que la **surveillance régulière** du développement psychologique, cognitif et corporel de l'enfant ou adolescent".

Les faits

Sur le plan de la composition de l'équipe médicale et paramédicale, l'établissement est en non conformité avec les annexes : il ne dispose pas d'infirmière.

Nous **n'avons pas eu connaissance de projet thérapeutique et ré éducatif formalisé** (cf projet d'établissement et dossiers individuels).

L'établissement **n'a pas de convention** avec d'oto-rhino-laryngologiste ni de dentiste.

Au regard de l'analyse des dossiers médicaux des enfants, il apparaît que :

- ces dossiers **ne sont pas distincts du dossier "éducatif** et administratif de l'enfant, et sont donc accessibles à tous ; **le secret médical n'est donc pas garanti.**

- **l'autorisation écrite** des parents pour traitements urgents n'est présente au dossier que dans 22% des cas.

S'agissant des prescriptions de , traitement paramédical proposé dans l'établissement (psychologue, psychomotricité, orthophonie), **l'origine de la prescription n'apparaît pas. Elle** semble liée à la volonté de chaque thérapeute concerné voire à celle des enfants (notamment au niveau psychologique), alors qu'elle doit relever d'un médecin exclusivement.

- **Nous n'avons pas trouvé trace dans les dossiers individuels d'examen annuel pratiqué.** En ce qui concerne les obligations vaccinales, les dossiers comportent de façon plus ou moins aléatoire l'attestation de vaccination. Enfin, les liens avec le médecin de famille sont inexistants : son identité n'est en général même pas connue et aucune trace d'échange de lettres à caractère médical n'a été retrouvée . **On ne peut pas à ce niveau parler de coordination ce qui peut entraîner des dysfonctionnements importants.**

Ainsi, pour une jeune s'étant vu prescrire un régime par un médecin extérieur, cette prescription n'a pas été relayé en interne, et la mise en œuvre du régime est laissée à la bonne volonté de l'intéressée mais aussi de l'équipe.

Les préconisations

- **élaborer un projet thérapeutique et rééducatif** s'intégrant dans le projet d'établissement
- **conserver les dossiers médicaux** des enfants dans un **endroit sécurisé** garantissant le secret médical.
- **Identifier** à l'inscription **le médecin traitant** afin d'être en mesure de coordonner les soins avec lui, et **vérifier la satisfaction aux obligations vaccinales.**
- Toute séance de traitement paramédical doit être **inscrite** dans le projet individuel de l'enfant et **prescrite** ou **validée** par le médecin responsable de l'équipe soignante.
- **Permettre** à chaque enfant de bénéficier d'un **examen médical complet annuel**, qui sera adressé au médecin traitant.
- **s'assurer de la présence d'une infirmière chargée de la tenue des dossiers de soins infirmiers.**

C) SUR LE PLAN SOCIAL

Rappel des obligations réglementaires

Article 12 : "tout établissement comporte un service social confié à un assistant de service social".

Les faits

L'établissement dispose bien d'une assistante sociale, à mi temps.

Sur l'année 1999-2000, il ressort des entretiens et de l'analyse des dossiers, que tous les enfants ne bénéficient pas systématiquement d'un suivi social. Seuls les enfants jugés prioritaires en bénéficient. Mais les *critères de sélection ne sont pas définis*.

En revanche, il ressort des dossiers, pour les enfants bénéficiaires, que l'assistante sociale constitue un lien privilégié de coordination avec les partenaires extérieurs (CMS, CMP, ASE...). Parfois, elle apparaît même comme le rédacteur des synthèses. Enfin, elle visite les familles à domicile.

Sur l'année 2000-2001, nous n'avons trouvé trace d'aucune visite effectuée à domicile (faute de véhicule disponible) ni même d'entretiens réalisés sur le site. En effet, *si certaines visites au domicile sont justifiées, d'autres peuvent être réalisées dans l'établissement associant ainsi les parents à la prise en charge*.

Les préconisations

permettre une rencontre systématique de toutes les familles par l'assistante sociale %n début û* années son rôle ne se limitant pas à la seule vérification du dossier administratif

- **Permettre le suivi des familles** par des entretiens sur site et si nécessaire à domicile en lien avec les assistantes sociales de secteur.
- **Formaliser le résultat de ces investigations** dans le dossier individuel de chaque enfant.

D) SUR LE PLAN DE L'HEBERGEMENT

Rappel des obligations réglementaires

Ces obligations sont contenues dans le chapitre IV et notamment

Article 16 : "**les chambres collectives comprennent au maximum 4 lits**".

Les faits

présentation générale des locaux

L'établissement comprend sur le site :

- "**un château**" dédié

Au rez de chaussée, aux activités administratives (salles de réunion, comptabilité secrétariat, direction), et à une activité éducative, la poterie.

Au premier étage, aux activités paramédicales (infirmierie et chambre de veille comprises) à l'exception d'une part de la psychomotricité située dans un lieu spécifique adapté à cette pratique, et aux activités pédagogiques (la classe CMI CM2 et la salle réservée au soutien à l'intégration scolaire).

Par ailleurs, de nombreuses petites pièces restent inoccupées, bien que rénovées récemment.

- **des lieux de vies** répartis dans trois bâtiments distincts, comprenant chacun une salle commune, des chambres dont certaines à plus de 4 lits et des sanitaires
- **un espace de restauration (salle à manger et cuisine),**
- un bâtiment non aménagé,
- un bâtiment avec sanitaires et chambres pour accueillir des colonies de vacances non utilisé,
- logements de fonction (non visités).

Sur la ville de Figeac, l'établissement dispose d'appartements thérapeutiques, constitués de 2 maisons mitoyennes communicantes par le garage, à proximité du collège.

Sur la première maison, on répertorie :

- Au rez de chaussée, une cuisine, une salle à manger,
- A l'étage, 3 chambres, une salle de bain et WC.

Sur la deuxième maison, on répertorie :

- Au rez de chaussée, le salon TV, la chambre de l'éducateur et son bureau,
- A l'étage, 3 chambres, une salle de bain et WC.

Enfin, les locaux du SESSAD situés à Figeac n'ont pas fait l'objet de visite.

conformité au regard des annexes 24.

La conformité des locaux au regard des annexes est analysée en annexe dans le rapport de l'ingénieur sanitaire.

remarques complémentaires

Sur les appartements thérapeutiques, la chambre de l'éducateur situé dans l'une des maisons, ne permet pas dans la configuration des locaux actuelle d'assurer la surveillance des enfants hébergés dans l'autre maison.

Par ailleurs, sur le site, certaines chambres donnent sur les sorties de secours, ce qui permet aux enfants faute de surveillance de quitter les lieux.

Les préconisations

au niveau des locaux :

- établir un échéancier de mise à jour et de réalisation des 26 préconisations de la commission de sécurité,
- supprimer les chambres à plus de quatre lits.
- sur les appartements, revoir l'organisation de la surveillance des enfants la nuit.

au niveau de la restauration :

- prévoir la conservation d'échantillons de repas,
- se mettre en conformité pour le transport des repas en dehors de la salle de restauration ; à défaut tous les repas devront être pris dans la salle de restauration.

au niveau du traitement des eaux usées :

- saisir la commune de Viazac du problème du rejet non conforme des eaux de cuisine. -

II / LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE DES ENFANTS

2-1 / Le projet individuel

Rappel des obligations réglementaires

Article 9: "La prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent est globale.

L'ensemble des personnes mentionnées aux articles 11,12, et 13, y participe **dans** le cadre d'un **projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé**. Le directeur de l'établissement dans le respect des compétences et des règles déontologiques des différents professionnels en assure **la cohérence et la responsabilité** d'ensemble, ainsi que la **coordination avec les intervenants extérieurs**. Il organise et préside notamment les réunions de synthèse".

L'article 29 en précise le contenu.

En outre, selon ce même article, l'établissement doit connaître le devenir des jeunes pendant un délai de trois ans à compter de leur sortie définitive.

Article 8 : En ce qui concerne les adolescents, l'établissement a une obligation **d'accompagnement** de l'insertion sociale et professionnelle du jeune pendant au minimum 3 ans.

Les faits

18 dossiers (soit 40% des enfants potentiels) ont été examinés répartis comme suit :

- groupe des grands : 3 dossiers
- appartements thérapeutiques : 2 dossiers
- groupe des moyens : 5 dossiers
- groupe des petits : 5 dossiers
- SESSAD : 3 dossiers dont deux d'enfants venant de l'IR auparavant.

De cette analyse, il ressort que :

- la décision de la CDES est toujours présente, accompagnée le plus souvent des résultats et enquêtes ayant motivé la décision.
 - **pour les soins** : cf supra
- s'agissant, **du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé** :

Pour les enfants du cycle élémentaire :

- le bilan pluridisciplinaire de départ avant 1998 était globalement fait dans les 3 mois suivant la rentrée. Après 1998, ce bilan est beaucoup plus aléatoire.

- Dans tous les cas, aucun objectif de prise en charge de départ tant sur le plan éducatif, pédagogique ou thérapeutique n'a jamais été clairement défini pour aucun des enfants dont les dossiers ont été examinés.

Par ailleurs, et même si les objectifs ne sont pas posés, les moyens de prise en charge mis en œuvre pour chaque enfant, ne sont pas exposés : absence par exemple de l'énoncé du nombre de séances de ré éducation, des activités éducatives...

- Par voie de conséquence, aucune évaluation ne peut être réalisée en fin d'année dans ces conditions, ce qui fait obstacle à toute appréciation de l'évolution de l'enfant sur la durée de son séjour et de ses perspectives.

Ainsi, les synthèses réalisées se bornent à faire un état des lieux de la situation, sans référence à la situation de départ, sans redéfinition des objectifs...

Ces synthèses avant 1998 avaient lieu au moins une fois par an, lors du renouvellement du dossier CDES et parfois plus, en fonction des besoins de l'enfant.

Depuis 1998, ces réunions sont plus aléatoires voire inexistantes depuis Septembre 2000.

Sur le plan formel, les compte rendus de synthèse ne sont pas toujours écrits (distorsion entre les pièces au dossier et le planning des synthèses) et jamais signés.

Pour les enfants en intégration scolaire

La convention d'intégration scolaire tient lieu de projets individuels.

Ces conventions présentent un bilan relativement complet de la situation de l'enfant au départ.

Des objectifs pédagogiques sont bien élaborés et un bilan en fin d'année est effectué.

En revanche, les objectifs internes à l'IR n'apparaissent pas ou très peu.

S'agissant du suivi des enfants sortis, celui-ci est actuellement réalisé par l'assistante sociale de façon informelle, et les informations recueillies ne sont pas inscrites au dossier de l'enfant.

Les préconisations

- établir un projet individualisé pour chaque enfant en intégration ou non dans les deux mois suivant la rentrée comportant :
 - un bilan pluridisciplinaire (éducatif, pédagogique et thérapeutique) de la situation de départ.

- une définition, des objectifs de prise en charge finalisés et cadrés dans le temps sur les trois aspects.
- un exposé des moyens (quantifiés) à mettre en œuvre pour la réalisation de ces objectifs.
- permettre un suivi de ce projet par l'organisation régulière de réunions de synthèse pour chaque enfant avec a minima un réunion par semestre.
- ces réunions ont pour objet de rappeler les objectifs fixés dans le cadre du projet, et de faire le point de la situation au regard de ces objectifs et d'apporter si: besoin les adaptations nécessaires?
- Ces réunions doivent faire l'objet de compte rendus écrits de chaque intervenant auprès de l'enfant et d'une synthèse réalisée en séance, versés au dossier de l'enfant et signée par le Directeur.
- Toute réunion doit faire l'objet d'une fiche de présence des intervenants
- organiser en les formalisant (une fiche de sortie par dossier) les modalités d'accompagnement et de suivi des enfants à leur sortie.

2-2 Les relations avec les familles

Rappel des obligations réglementaires

Article 3 des annexes XXIV : "la famille doit être associée autant que possible à l'élaboration, du projet individuel, pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation".

L'établissement **doit faire parvenir à la famille :**

"au moins tous les six mois des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent".

"chaque année, un bilan pluridisciplinaire complet de la situation de l'enfant ou de l'adolescent".

Article 8 bis de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 : les établissements doivent organiser la tenue **d'un Conseil d'établissement**.

Article 12 du décret du 31 décembre 1991 : le conseil d'établissement se réunit a minima deux fois par an.

Les faits

la communication formelle

. l'élaboration et le suivi du projet individuel

A noter cependant, que pour les enfants en intégration scolaire, les parents sont signataires de la convention.

Nous n'avons pas trouvé trace lors de l'examen des dossiers individuels des enfants :

- de bilan intermédiaire semestriel communiqué à la famille
- ni de bilan pluridisciplinaire complet annuel

Les seuls courriers adressés aux familles dont nous avons eu connaissance concernent des demandes de rencontres ou de renseignements suite à des situations anormales voire de crise (fugues, vols, absence injustifiée, exclusion du collège...).

. le conseil d'établissement

Le conseil d'établissement a bien été constitué.
Il se réunit deux fois par an :

Pour l'année 2000-2001, une première réunion a eu lieu le 05 octobre 2000. La suivante est prévue pour le 05 avril 2001.

Un compte rendu de la réunion du 05 octobre 2000 a bien été réalisé et envoyé à l'ensemble des familles.

. les rencontres avec l'assistante sociale

L'assistante sociale est au sein de l'institution plus spécifiquement chargée du contact avec les familles. Il en va de même pour la directrice.

Il a été expliqué précédemment que l'assistante sociale ne rencontrait pas systématiquement toutes les familles. Par ailleurs, depuis la dernière rentrée, ces contacts se sont fortement espacés compte tenu de l'absence de véhicule pour se rendre à domicile d'une part, et de l'absence d'entretiens réalisés sur le site de Viazac.

En conclusion, les modalités de communication organisée avec la famille sont relativement faibles : absence de réunions de rentrée, absence de réunions institutionnelles périodiques, pas de lien régulier organisé avec l'éducateur référent (qui n'est pas connu des familles) type carnet de liaison ou contact direct.

La communication informelle

. le téléphone

Il reste un moyen non négligeable de communication avec la famille, qui peut appeler l'équipe encadrant le groupe de vie de son enfant.

A l'inverse, les enfants peuvent téléphoner à leur famille de Viazac.

. la réunion du 18 décembre 2000

Les représentants des parents ont sollicité la direction pour l'organisation d'une réunion institutionnelle exceptionnelle comprenant les professionnels, les enfants et les parents sur le fonctionnement de l'établissement.

La direction a donné suite à cette demande en organisant une réunion pour le 18 décembre 2000.

Les préconisations

- réfléchir aux modalités d'association des familles à la vie de l'établissement (en lien avec le conseil d'établissement) et les associer au projet d'établissement.
- formaliser un contact régulier avec les familles : l'éloignement géographique ne doit pas être un obstacle à ce contact, au contraire, il justifie de renforcer ce lien.
- Associer les familles à la définition et au suivi du projet individuel : les familles doivent être associées à son élaboration ; une fois formalisé, le projet doit recueillir l'adhésion de la famille et du jeune si possible (signature par exemple) et régulièrement au moins une fois par an, le bilan doit être présenté à la famille;

III / CONCLUSION GENERALE

Il résulte de la mission d'inspection que l'établissement **est-en état de démission collective, portant un risque potentiel majeur sur la prise en charge des enfants.**

Certains actes (fugues, violence, y compris violence sexuelle...) ont eu lieu sans que l'on puisse attribuer la responsabilité à l'organisation actuelle. Cependant, les constats observés pourraient s'il n'y est pas mis un terme entraîner dans l'avenir des actes susceptibles d'engager la responsabilité de l'IR.

Par ailleurs **le climat social de l'établissement est actuellement particulièrement dégradé :**

le taux d'absentéisme est anormalement élevé (depuis Octobre 2000, 8 agents soit 27% de l'effectif ont bénéficié d'un arrêt de travail)

- certains agents (22 soit 73 % de l'effectif) se sont constitués le 03 octobre 2000 en « collectif pour la sauvegarde et la défense de l'IR de Viazac » en réaction à la politique de la direction.

En l'état actuel, aucune réunion qu'il s'agisse des réunions institutionnelles ou de synthèse ne permet d'aborder les points inscrits à l'ordre du jour, ni même de prendre une décision.

En conséquence, la direction n'est plus en mesure d'assurer avec efficacité ses fonctions et a perdu sa légitimité institutionnelle.

Il appartient dès lors à l'association gestionnaire de prendre les dispositions nécessaires pour mettre en œuvre les préconisations de la mission d'inspection dans les délais impartis suivants afin de restaurer la sécurité des enfants et de se mettre en conformité avec les annexes XXIV du décret du 27 Octobre 1989 pour assurer une prise en charge de qualité.

XXXX XXXXXX

