



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES - 2003

Option : Enfance

**PROMOUVOIR L'ÉVALUATION :
UNE DÉMARCHE AU SERVICE DE
L'ÉLABORATION DU PROJET
INSTITUTIONNEL EN CMPP**

Marcel TORRACINTA

Sommaire

<u>INTRODUCTION CONTEXTUELLE</u>	2
<u>PREMIÈRE PARTIE</u>	6
<u>1- LE CMPP, CONTOURS D'UNE INSTITUTION</u>	7
1.1 <u>LES CONFINS DU MÉDICO-SOCIAL : DE L'ÉCOLE À LA SANTÉ MENTALE</u>	7
1.1.1 <u>UNE IDENTITÉ COMPLEXE</u>	7
1.1.2 <u>MISSIONS ET FINALITÉS DU CMPP</u>	9
1.1.3 <u>CONTOURS LÉGISLATIFS ET MODALITÉS DE FINANCEMENT</u>	11
1.2 <u>LE CMPP DE BASTIA</u>	16
1.2.1 <u>ÉTHIQUE ET POLITIQUE DE L'ASSOCIATION GESTIONNAIRE</u>	16
1.2.2 <u>LES MOYENS HUMAINS, MATÉRIELS ET FINANCIERS</u>	21
1.2.3 <u>ÉTUDE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DE L'ACTIVITÉ</u>	27
1.3 <u>LA VIE INSTITUTIONNELLE, DU SUJET AU PROJET</u>	34
1.3.1 <u>DE LA CONSULTATION À LA RENCONTRE</u>	34
1.3.2 <u>L'ENVIRONNEMENT, PARTENAIRES ET PRESCRIPTEURS</u>	37
1.3.3 <u>DES BESOINS DE L'USAGER A CEUX DE L'INSTITUTION</u>	42
<u>DEUXIÈME PARTIE</u>	46
<u>2- L'ÉVALUATION ACTE DYNAMIQUE, MOTEUR DU PROJET</u>	47
2.1 <u>LA CULTURE DU PROJET ET CELLE DE L'ÉVALUATION</u>	47
2.1.1 <u>LES APPORTS ET LES IMPLICATIONS DE LA LOI 2002-2</u>	47
2.1.2 <u>LA CULTURE D'INTERVENTION</u>	51
2.1.3 <u>LA GÉNÈSE DU PROJET AU CMPP DE BASTIA</u>	55
2.2 <u>LE CMPP DE BASTIA, UNE INSTITUTION EN RECHERCHE D'EFFICACITÉ</u>	61
2.2.1 <u>L'ANTÉRIORITÉ DE L'ÉVALUATION SUR LE PROJET</u>	61
2.2.2 <u>LE CHANGEMENT INSTITUTIONNEL PAR L'ÉVALUATION</u>	65
2.2.3 <u>LES OUTILS MÉTHODOLOGIQUES</u>	70
2.3 <u>L'ÉVALUATION ET LES STRATÉGIES DE DIRECTION</u>	74
2.3.1 <u>UNE POLITIQUE DE LEGITIMITÉ</u>	74
2.3.2 <u>UNE STRATEGIE DE RÉGULATION</u>	76
2.3.3 <u>UN OUTIL DE VALORISATION</u>	79
<u>CONCLUSION</u>	84
<u>ANNEXES</u>	89

Liste des sigles utilisés

AD PEP :	Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public
AEMO :	Action Educative en Milieu Ouvert
AES :	Allocation d'Éducation Spéciale
AIS :	Adaptation et Intégration Scolaire
ARTT:	Aménagement et Réduction du Temps de Travail.
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
BP :	Budget Prévisionnel
CAMSP :	Centre d'Action Médico Sociale Précoce
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCPE :	Commission de Circonscription Pré-élémentaire et Élémentaire
CCNT :	Convention Collective Nationale du Travail
CCSD :	Commission de Circonscription du Second Degré
CDAV :	Centre pour Déficients Auditifs et Visuels
CDES :	Commission Départementale de l'Éducation Spéciale
CLIS :	Classe d'Intégration Scolaire
CMP :	Centre Médico Psychologique (inter secteur de pédopsychiatrie)
CMPP :	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSS :	Direction de la Santé et de la Solidarité (Corse du Sud DRASS et DDASS)
EN :	Education Nationale
ETP :	Équivalent Temps Plein
GRH :	Gestion des Ressources Humaines
IME :	Institut Médico Éducatif
MECS :	Maison d'Enfants à Caractère Social
OPCA :	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
ORL :	Oto Rhino Laryngologie
PJJ :	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
RASED :	Réseau d'Aide Spécialisée aux Enfants en Difficulté (Éducation Nationale)
SAPEMAD :	Service d'Aide Pédagogique aux Enfants Malades ou Accidentés à Domicile
SESSAD :	Service d'Education Spécialisée et de Soins À Domicile.
SS :	Sécurité Sociale
UPI :	Unité Pédagogique d'Intégration (Éducation Nationale)

**INTRODUCTION
CONTEXTUELLE.**

INTRODUCTION CONTEXTUELLE

En 27 ans d'existence, le projet institutionnel du Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) de BASTIA, est resté dans l'implicite. Bien qu'il ait été souvent évoqué et invoqué, il n'a jamais fait l'objet d'une quelconque explicitation ou formalisation.

Avant la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, aucune disposition réglementaire, n'est venue imposer un tel document pour les CMPP, aucune nécessité institutionnelle non plus, car dans la réglementation et au-delà c'est le modèle médical et la référence psychanalytique qui président au travail de soin en CMPP. La cure est ambulatoire, centrée sur la relation duelle et le lien transférentiel avec le sujet. L'intervention du CMPP est donc restée prioritairement individuelle, pour le thérapeute et pour le consultant.

Cette relation «individué» et individualisée pouvant se «suffire à elle-même», les relations des usagers avec l'institution CMPP ont rarement dépassé ce modèle et son contenu à visée de soin. La place de l'institution, quant à elle, qui doit normalement renvoyer au travail collectif de l'équipe pluridisciplinaire, construisant un projet pour l'enfant et sa famille, n'est jusqu'à présent intervenue que sur les contingences administratives de la prise en charge (carte d'assuré Sécurité Sociale, présence ou absence à la séance, rendez-vous...etc). Les «réunions institutionnelles» n'ont pas souvent concerné l'utilisateur. Elles ont pour la plupart servi à la régulation des relations entre les salariés et le cadre administratif.

Cette description abrupte ressemble fort à la caricature d'une institution archaïque que, si l'on considère ce que doit être un établissement ou un service médico-social, en conformité avec l'esprit et la lettre des dispositions de la loi 2002-2. Dans ce contexte, quel sens attribuer à l'acte médico-psycho-pédagogique en tant que donnée institutionnelle, quand la réalité peut renvoyer à l'image d'une sommation libérale et aléatoire de praticiens, fussent-ils les meilleurs thérapeutes du moment ?

En réalité la situation institutionnelle du CMPP de Bastia est beaucoup moins cloisonnée qu'il n'y paraît. En effet, avec les années, malgré l'évolution des pratiques de chacun et des besoins des consultants, il a su conserver une efficacité et une pertinence constantes et linéaires. Une «ligne thérapeutique» a toujours prévalu, garantie par le médecin psychiatre, directeur médical, sous l'autorité et la responsabilité duquel s'exerce le soin.

Le directeur médical concrétise sa responsabilité par la poursuite d'un objectif de pertinence et de cohérence de l'intervention pluridisciplinaire auprès de l'enfant et sa famille.

La dimension « administrativo-financière » et de gestion des personnels, est incarnée par un directeur « administratif et pédagogique » délégué par l'association gestionnaire. Ce principe identitaire des CMPP, sorte de séparation des pouvoirs, s'exerce plus dans la pratique que dans les textes.

En effet, l'annexe XXXII - décret du 18 février 1963 - qui définit les CMPP ne fait obligation que d'une direction médicale. C'est dans la circulaire du 16 avril 1964 que l'intervention d'un directeur administratif ou institutionnel est évoquée.

Dans un tableau juridiquement plus large, nous pourrions ainsi interroger l'articulation concrète de la responsabilité médicale avec celle de l'association gestionnaire et de son délégué, responsable de l'ensemble.

Sans vouloir minimiser l'importance et les enjeux de cette question, la notion de co-responsabilité nous renvoie au quotidien à une forme d'organisation particulière, longtemps implicite et opaque du CMPP de Bastia, expliquant sans doute les difficultés de clarification du projet institutionnel et du champ de la responsabilité qui le concerne. En l'occurrence, le caractère peu explicite de cette co-responsabilité, a très certainement freiné l'émergence d'une construction institutionnelle, identitaire et globale, qui soit élaborée et structurée en commun par les deux directeurs.

Dans les conditions ainsi décrites, le directeur administratif et pédagogique est resté inscrit dans une logique de gestion financière, administrative et a minima dans le champ de la Gestion des Ressources Humaines (GRH). Cette organisation et cette culture institutionnelle, se sont développées sur les mêmes modèles que bon nombre de CMPP ayant pour caractéristique commune la double direction : médicale d'une part, administrative et pédagogique, d'autre part. Cette logique a tiré son sens du cadre réglementaire et du besoin d'efficacité immédiate du système. Chacun des directeurs exerce sa responsabilité selon sa mission, sa formation et ses compétences : l'organisation du soin étant dévolue au médecin, l'administration au délégué du promoteur gestionnaire.

En 27 ans de fonctionnement, rien n'est cependant venu infirmer les hypothèses ayant présidé à une telle organisation. Grâce surtout à des composantes personnelles, l'articulation des deux dimensions s'est toujours déroulée avec une cohésion remarquable. Les résultats obtenus par les soins prodigués ont toujours été très satisfaisants pour tous, consultants et membres de l'équipe.

De même, le climat social s'est établi sur une base de respect dû à chacun et de professionnalisme attendu de tous, imprimés par un directeur médical soucieux d'une éthique personnelle, professionnelle et institutionnelle. Dans ce contexte, le CMPP de Bastia a construit au fil des ans, une image justifiée, de sérieux, de pertinence et d'efficacité, remplissant parfaitement le rôle qui devait être le sien.

Aujourd'hui, ces éléments pourtant très positifs, n'arrivent plus à masquer la chronicisation des pratiques institutionnelles, l'implicite installé dans des projets individuels, l'inévitable opacité du projet global, ainsi que le manque de structuration du champ de la responsabilité qui le concerne.

Le décalage avec l'esprit et la lettre de la loi 2002-2 se précise de plus en plus et marque donc la nécessité de revisiter l'ensemble de la structure institutionnelle.

Pour ma part, je suis membre de l'Éducation Nationale (psychologue scolaire), et comme le précédent directeur, je suis mis à la disposition d'une association pour exercer à la direction d'un établissement médico-social privé. J'étais directeur adjoint depuis environ deux ans, lorsque sur un congé du directeur, l'association gestionnaire m'a demandé, d'en assurer l'intérim pendant la période d'un an. En septembre 2001, ma nomination devenait effective, mais le poste de directeur adjoint n'avait pas été reconduit.

Ma prise de fonctions était porteuse d'enjeux très forts. En effet, de ma place de directeur adjoint, j'avais spécialement reçu les mois précédents, délégation de l'association pour piloter les travaux de mise en place d'un projet institutionnel.

Ce travail engagé, je devais de ma nouvelle place de directeur, mettre en actes et concrétiser les évolutions évoquées en équipe, devenues indispensables à la cohérence de la globalité institutionnelle. Le véritable enjeu était alors de conduire le changement tout en garantissant la préservation des aspects opérationnels si positifs et efficaces reconnus de tous et de chacun. Il fallait changer, restructurer, mais en m'appuyant sur ces éléments de la culture de l'établissement comme autant de leviers, valeurs communes permettant de communiquer et d'initier la démarche de clarification et de structuration.

Délégué de l'association gestionnaire et en cours de formation CAFDES, j'ai donc souhaité donner un sens plus incisif à la notion de « responsabilité globale du directeur ». Ainsi dans la suite de ce document le terme de directeur signifiera la qualification de ma position au CMPP de Bastia. Ma démarche a eu donc pour premier objectif d'aborder la question de l'identité du CMPP de Bastia. Identité originale et complexe qu'est celle des CMPP, institutions médico-sociales aux confins de l'Education Nationale et de la santé mentale, baignées d'une culture médicale et psychanalytique centrée sur le sujet en difficulté de relation, avec lui-même et/ou avec son milieu.

Ainsi, c'est sur la base d'une méthodologie de projet d'établissement, que s'est engagée une réflexion d'équipe autour des missions du CMPP et de leur mise en œuvre dans nos pratiques institutionnelles et individuelles au quotidien. En équipe, nous avons procédé à un examen critique de notre mode de réponse, face à ce que nous constatons de la demande et de la réalité des consultants, ainsi que de l'environnement institutionnel.

La question de l'évaluation a été alors abordée en cours de réflexion. Reconnue de tous comme essentielle dans sa transversalité, elle intervient dans la méthodologie du projet et en est évidemment le corollaire. Le travail sur l'évaluation a tout d'abord été considéré comme une étape qui ne devait intervenir qu'à la fin de notre questionnement. Après avoir rédigé le projet, nous nous pencherions sur la démarche d'évaluation qui allait compléter le dispositif en le transformant en processus de réajustement.

En cours d'élaboration, différents questionnements ont engagé notre travail sur un choix éthique et méthodologique où la démarche d'évaluation revendique son antériorité et préside à l'élaboration du projet. C'est un processus qui intervient sur les valeurs, et la régulation, c'est un outil de mesure et de construction. C'est donc une dynamique conduisant à l'élaboration du projet.

Les pages qui suivent ont pour objet d'illustrer un choix méthodologique qui affirme la prégnance de la démarche d'évaluation sur celle du projet. De la mise en tension de ces deux concepts, de cet espace de jeu et d'entre-deux, à l'aune de l'institution, devrait émerger l'objet de mon travail : « **Promouvoir l'évaluation : une démarche au service de l'élaboration du projet institutionnel en CMPP** ».

Le déroulement de ce mémoire se présente sous la forme de deux grandes parties dont la première «problématise » le contexte politique, éthique, culturel et organisationnel du CMPP de Bastia.

A partir de cette analyse «critique » et stratégique de l'existant, je poserai dans la deuxième partie l'hypothèse qu'il existe un préalable au changement et à la mise en projet, l'appropriation de la « culture de l'évaluation ».

Nous tenterons de vérifier cette hypothèse au travers d'un témoignage concret après deux années de direction consacrées à inscrire l'établissement dans une démarche de clarification, d'explicitation et de transparence.

La mise en perspective des références théoriques et législatives avec notre travail au quotidien, a pour objectif d'ouvrir et d'alimenter un espace de réflexion. Celui-ci devrait avoir au moins pour effet, de réduire celui des représentations souvent défavorables concernant le rôle et la fonction de l'évaluation au sein de l'entreprise sociale aujourd'hui.

PREMIERE PARTIE

LE CMPP,

CONTOURS D'UNE INSTITUTION.

1 - LE CMPP, CONTOURS D'UNE INSTITUTION

1.1 LES CONFINS DU MÉDICO-SOCIAL : DE L'ÉCOLE À LA SANTÉ MENTALE

1.1.1 UNE IDENTITÉ COMPLEXE

Etablissements de soins aux confins du Médico-Social , de l'École, et de la Santé Mentale, les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques sont régis par le code de la Santé Publique et par l'Annexe XXXII au décret du 9 mars 1956. Ils s'adressent aux enfants et adolescents présentant des difficultés d'adaptation, des troubles psychomoteurs, des troubles du comportement, se révélant le plus souvent dans l'environnement scolaire, familial ou social. La prise en charge, de type ambulatoire, est mise en œuvre par une équipe pluridisciplinaire se composant de médecins psychiatres et pédiatres, de psychologues, d'orthophonistes, de psychomotriciens, d'assistantes sociales et de personnels Education Nationale, le plus souvent maîtres chargés de rééducation et psychologues scolaires.

C'est à partir de la seconde moitié du XXe siècle (1945) que les difficultés de l'enfant furent appréhendées, non pas à partir des causes directes liées au sujet lui-même, mais en considérant celui-ci dans son milieu de vie (familial, scolaire, social...). Le fil rouge de l'intervention était le recours à la psychanalyse pour comprendre l'enfant, ses difficultés, et mettre en œuvre les aides appropriées. Cette référence théorique a imprimé le mode spécifique d'organisation de la prise en charge, de la technique d'entretien et de la nature du traitement. Le dialogue avec les parents et les acteurs du monde scolaire apparut alors tout aussi important pour résoudre les conflits psychologiques bloquant l'évolution de l'enfant, que l'intervention sur celui-ci.

De cette époque naquirent les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques de cure ambulatoire. Les textes fondateurs (décret 56-284 du 9 mars 1956 - annexe XXXII ajoutée par décret 63-146 du 18 février 1963, circulaire du 16 avril 1964) sont connotés sur un modèle médical classique, prévoyant un diagnostic et un traitement appliqué à l'enfant pour réduire les troubles. Il y est fait référence conjointement à la neuropsychiatrie classique et à la psychanalyse, intégrant tout à la fois la dimension du soin et l'approche pédagogique.

Cette approche a induit une très forte proximité avec l'École, la population accueillie est majoritairement d'âge scolaire et c'est à l'École que les effets des troubles sont le plus souvent révélés. Avec cela, la présence et les pratiques dans les CMPP des maîtres spécialisés de l'enseignement public, militent en faveur de l'articulation de la prise en charge avec le milieu scolaire et y favorisent le maintien de l'enfant. Cette proximité très affirmée et

revendiquée par certaines associations gestionnaires a des effets certes, très positifs sur la prise en compte de la globalité de l'enfant. Cependant, elle a parfois contribué à stigmatiser voire à confiner le CMPP sur un modèle d'intervention uniquement associé à l'échec scolaire.

En 1963, l'annexe XXXII, précisait dans son article premier, les contours d'une population « d'enfants inadaptés mentaux, dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques ou à des troubles du comportement ... » En parallèle, comme il l'est évoqué plus haut, le modèle des CMPP était encore celui de l'échec scolaire.

Aujourd'hui, ce modèle se modifie avec l'évolution de la société et l'intrication des problématiques familiales et de la psychopathologie avec de nouvelles dimensions sociales. La prise en charge des enfants dont les troubles sont à la fois plus marqués et envisagés dans une perspective dynamique, fait référence à la psychopathologie en termes de troubles psychiques et du développement, en interaction et inter-relation constante avec le milieu social, scolaire et familial. Ainsi, le suivi des enfants et des familles est aujourd'hui, bien différent du modèle initial, les CMPP ayant par ailleurs, très largement contribué au renouvellement de la clinique et de la psychopathologie de l'enfant en lien avec son milieu naturel de vie.

Cette évolution se trouve confirmée au travers de la circulaire « Kouchner » du 11 décembre 1992, sur la politique de santé mentale des enfants et adolescents, précisant le rôle des CMPP qui doivent «... participer... plus étroitement à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé mentale... ». Sans sortir du cadre de la loi 75-535, il s'agissait à l'époque, de mieux positionner les CMPP dans le champ de la santé mentale et d'en préciser la place parmi les autres structures. Dans ce champ d'intervention, au sein de la santé mentale, les CMPP occupent une place privilégiée, dans le cadre de la prévention et du traitement ambulatoire des enfants et adolescents, en prenant en compte, en particulier, l'environnement familial, scolaire et social.

Actuellement les contours de la loi 2002-2 ont permis de formaliser l'évolution de la conception éthique, politique et méthodologique de l'action sociale et médico-sociale. Pour leur part, en un demi-siècle d'existence, les CMPP ont dans leurs pratiques fait apparaître tout leur potentiel d'adaptation d'ouverture et de richesse d'évolution, tant sur le plan théorique que sur les plans méthodologique et éthique de l'intervention.

1.1.2 MISSIONS ET FINALITÉS DU CMPP

Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique est donc un établissement accueillant des enfants et des adolescents. L'équipe pluridisciplinaire y assure une fonction d'accueil, d'écoute et de soins auprès des enfants et de leur famille, sous forme de consultation ambulatoire. C'est une démarche de libre adhésion des intéressés ; chaque praticien s'efforce d'aménager pour l'enfant un espace de confidentialité, tout en tenant compte du désir d'information des parents.

La mission du CMPP est de prendre en compte la souffrance de l'enfant et de faciliter les relations avec son environnement familial, scolaire et social, et ce dans un souci de prévention. Son action peut être primaire, intervenant au niveau de l'entourage familial ou social afin de prévenir l'apparition de troubles. Elle est le plus souvent secondaire pour éviter une structuration sur un mode pathologique fixé, ou tertiaire afin d'empêcher le passage à la chronicité et son retentissement sur l'entourage. Dans ce cadre, apparaît très important le travail de liaison avec les partenaires extérieurs directement concernés par l'enfant (institutions et services de la santé, de l'éducation, de la justice, du secteur social, médecins, paramédicaux...). Il ne se fait qu'avec l'accord des parents.

L'action du CMPP va se décliner selon des stratégies dont la dominante est la rééducation, le soin et le psychologique, dans les domaines de l'intra psychique et de l'épanouissement de la personnalité, du relationnel et réactionnel à l'économie familiale et sociale organisée autour du sujet, de l'instrumental et des apprentissages.

Dans l'esprit des missions définies par la législation, la finalité principale de ces actions, vise le « mieux être » au sens large, pour l'enfant et sa famille.

Le « mieux être » est associé à la notion de « guérison », il est entendu par l'équipe du CMPP comme une meilleure utilisation par l'enfant de ses potentiels cognitifs et psychomoteurs, l'amélioration de ses facultés instrumentales de parole et de langage, ainsi que la réduction de ses difficultés d'apprentissage scolaire.

Le « mieux être » est entendu aussi comme devant permettre à l'enfant de prendre conscience de soi, de ses difficultés et de ses potentialités, de ses désirs propres, de s'approprier les outils nécessaires aux apprentissages scolaires et professionnels, ainsi qu'aux investissements relationnels et culturels.

Le « mieux être » est lié enfin à une plus grande autonomie et liberté de mouvement dans le fonctionnement mental, facilitant l'adaptation, l'intégration, l'entrée dans la culture et les normes sociales de façon harmonieuse, et permettant l'accès au statut de sujet.

Concernant le travail de soin et de rééducation, la prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent doit se référer à l'équipe de manière permanente et pas seulement lors des synthèses initiales où sont posés le diagnostic et l'indication. Les temps de concertation, les synthèses de parcours, constituent les supports incontournables de la prise en charge, afin de permettre un suivi régulier de l'évolution de l'enfant. Chaque type d'action thérapeutique se fait soit en relation individuelle, soit en petit groupe suivant l'opportunité présumée pour chaque enfant.

La prise en compte des familles dans l'action du CMPP a pour finalité de replacer l'enfant dans le contexte familial. La parole de l'enfant et de sa famille crée une dynamique qui lui donne la possibilité et les moyens d'élaborer sa pensée, d'être plus autonome, de mieux accepter la frustration et les limites, de trouver sa place dans son histoire et dans une lignée familiale. Même si la demande première émane généralement des parents, il est important que la demande personnelle de l'enfant puisse émerger au cours du travail thérapeutique d'élaboration.

La parole de l'enfant ouvre aussi pour sa famille une interrogation sur le sens de son symptôme. Elle peut donner lieu à une atténuation, voire à la disparition de ce dernier. Elle peut conduire à une meilleure adaptation et une amélioration dans la vie familiale et scolaire ; elle peut enfin permettre d'éviter la répétition pathologique transgénérationnelle. Ces évolutions possibles traduisent un mieux-être et peuvent donner la possibilité à l'enfant de se projeter dans l'avenir.

L'accompagnement des parents, permet souvent de les ré-impliquer voire de les reparentaliser. Restaurer le lien familial et la fonction de la cellule parentale va aider l'enfant à grandir, se construire, et affronter dans les meilleures conditions, les étapes charnières de son développement et l'entrée dans le monde social. La famille est toujours associée au processus thérapeutique qui renvoie ici à la notion de guidance, où les troubles de l'enfant sont rapportés au milieu dans lequel il évolue.

Si dans leurs missions, au regard des textes de référence, les CMPP ne sont pas des établissements à visée sociale, force est de constater parmi nos usagers, une augmentation du nombre des familles avec des difficultés multiples où le social est intimement intriqué avec l'économie psychique individuelle et familiale. De toute évidence, cela implique la mise en place d'un partenariat actif avec les services sociaux : A.S.E dont AEMO, Assistante Sociale de Secteur, autres établissements sociaux...

1.1.3 CONTOURS LÉGISLATIFS ET MODALITÉS DE FINANCEMENT

Les conditions techniques de fonctionnement des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques de cure ambulatoire ont été définies par l'Annexe XXXII au décret 56-284 du 09 mars 1956 ajoutée par décret n° 63-146 du 18 février 1963.

Elles ont été complétées ensuite par la Circulaire n° 35 bis du 16 avril 1964 en particulier dans les modalités financières.

En voici l'analyse de quelques extraits essentiels :

l'Annexe XXXII au décret 56-284 du 09 mars 1956 ajoutée par décret n° 63-146 du 18 février 1963.

Article 1 *«... Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique sous autorité médicale.*

Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires sans hospitalisation du malade. Ils sont toujours mis en œuvre par une équipe composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, d'assistantes sociales et, autant que de besoin, de pédagogues et de rééducateurs.

Ils ont pour but de réadapter l'enfant en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social.

Le traitement comprend une action sur la famille qui peut recevoir au Centre toutes les indications nécessaires à la réadaptation de l'enfant et éventuellement toutes les thérapeutiques lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, elles ne peuvent être dispensées ailleurs.

Les soins s'étendent à la postcure.»

Cet article premier de «l'annexe XXXII» trace assez bien le cadre général de fonctionnement de ce type de structure. Si les termes décrivant la population d'enfants sont maintenant sans doute assez désuets, il convient pour en prendre toute la mesure actuelle, de mettre en perspective ce texte avec **l'Article 15 de la loi 2002-2 modifiant le Code de l'Action Sociale et des Familles Art. L. 312-1.** qui parle de « *prévention* » à son alinéa 1° , « *d'éducation adaptée* » et d'« *accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation* » à son alinéa 2°.

De même, l'objet de cet article étant de préciser la liste actualisée des établissements et services actuellement couverts par la loi 2002-2, les CMPP s'y retrouvent pleinement dans les spécifications ainsi définies.

Le retour à l'annexe XXXII nous éclaire sur la volonté du législateur de prôner le modèle médical pour la direction des CMPP.

Article 12 extrait : « *Le médecin directeur de Centre Médico-Psycho-Pédagogique doit obligatoirement être qualifié en pédiatrie ou en neuropsychiatrie et avoir des connaissances particulières respectivement en psychiatrie infantile ou en pédiatrie. Le médecin directeur doit être agréé par le directeur départemental de la santé. L'ensemble du personnel du Centre composant l'équipe prévue à l'article 1er est placé, au point de vue technique, sous l'autorité et la responsabilité du médecin directeur* »...

Cet article ne mentionne qu'un seul directeur pour les CMPP, c'est un médecin, assumant la fonction de Directeur Médical. La circulaire 35 bis du 16 avril 1964 qui suivra, précise la possibilité d'une double direction, Médicale d'une part, Administrative et Pédagogique d'autre part.

Circulaire 35 bis du 16 avril 1964 modalités de financement des CMPP.

A propos de l'article 12 : « *Le terme médecin directeur s'entend au médecin chef qui participe effectivement à toute l'activité et à toutes les responsabilités techniques, et qui notamment dirige l'ensemble du personnel.*

Lorsqu'il existe dans un centre une double direction, l'une à caractère médical, l'autre à caractère pédagogique, cette dernière assurant également des tâches administratives, les organismes de prise en charge peuvent tenir compte du traitement des deux directeurs, si l'opportunité de cette mesure n'est pas douteuse.

Quoi qu'il en soit sur ce point, le médecin directeur participe effectivement à toute l'autorité et à toutes les responsabilités techniques. Il exerce vis-à-vis des interlocuteurs du centre la plénitude des fonctions de direction. »...

L'originalité d'une telle formule ouvre le champ de la co-responsabilité et introduit un type d'organisation institutionnelle qui peut a minima complexifier la fonction de direction et a maxima provoquer une rigidification de la structure.

Cependant, si l'objectif de cette **Circulaire 35 bis du 16 avril 1964**, reste l'organisation des modalités de financement, il me paraît important, de préciser qu'elle insiste clairement dans son introduction, sur le souci du législateur concernant la prévention:

«... Le souci de la santé mentale de la population exige la mise en place de dispositifs propres à assurer la prophylaxie, le dépistage, le diagnostic et le traitement de certains troubles neuropsychiques et troubles du comportement qui compromettent franchement l'adaptation de l'individu au milieu qui l'environne, ou s'il s'agit d'un enfant, ses chances de bonne insertion dans l'entourage familial, professionnel et social.

Le cas des enfants est en effet particulier car les difficultés, mêmes bénignes, qu'ils rencontrent sont susceptibles en s'aggravant de provoquer à l'âge adulte des comportements véritablement délictuels ou pathologiques.

En outre, l'efficacité du dépistage et du traitement dépend de sa précocité, par conséquent de la mise à la disposition des jeunes et de leurs parents, d'organismes spécialisés animés par un personnel particulièrement informé des troubles de l'enfance et de l'adolescence.

Tel est l'objet des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques dont l'activité est double : au dépistage des troubles assurés par des centres, comme par les dispensaires d'hygiène mentale, s'ajoute la mise en œuvre de soins et de traitements appropriés. »

Ces notions recouvrent la précocité d'intervention, le dépistage et la prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Axes majeurs de notre action, elles sont et resteront toujours d'actualité.

Les modalités financières : Les CMPP sont financés à 100% par l'Assurance Maladie par le remboursement des actes pratiqués au centre. De la création de ces structures à nos jours, on constate une évolution. A la distinction première instaurant les 6 premières séances à la charge de l'État dans le cadre du dépistage et les séances suivantes à la charge de l'Assurance Maladie après avis du Contrôle Médical, la circulaire n° 126 du 6 décembre 1985 étendit le financement par l'Assurance Maladie aux 6 séances dites de diagnostic, selon le droit commun de la Sécurité Sociale. La lettre ministérielle du 29 mai 1990 rappela par ailleurs :

«... que les services du Contrôle Médical placés auprès des Caisses primaires se prononcent en lieu et place des CDES (Commissions Départementales de l'Éducation Spéciale) sur l'admission et les modalités de traitement à suivre en CMPP.

... l'exercice de la compétence du Contrôle Médical en lieu et place des CDES ne saurait faire obstacle à l'application des dispositions de l'article L. 322.3.6 du Code de la Sécurité Sociale issu de l'article 7 de la loi du 30 juin 1975 posant le principe de la prise en charge intégrale des frais de traitement ambulatoire concourant à l'éducation spéciale...»

Le budget : Il est établi annuellement par la direction de l'établissement, et inclut l'ensemble des dépenses prévisionnelles (charges de personnel, charges de fonctionnement) ainsi que les recettes provenant en totalité des différents organismes payeurs de l'Assurance Maladie. Une activité prévisionnelle, établie en nombre d'actes, sert de diviseur à l'ensemble des charges (nettes après affectation du résultat N-2) instaurant ainsi un coût prévisionnel de séance.

Après approbation de ce budget, le montant de la séance est fixé annuellement par arrêté préfectoral.

Le contrôle : Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique est placé sous le contrôle de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales qui en approuve le budget prévisionnel après une procédure réglementaire. Le compte administratif et financier est examiné et approuvé par cette même instance, après proposition du Conseil d'administration de l'association gestionnaire.

En poursuivant sur l'abord des contours législatifs de notre institution, nous ne saurions omettre la **Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 - Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées**. Même si se dessinent une volonté et une nécessité de revisiter ce texte fondateur, il est primordial de citer son **Article 1^{er}**.

« La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale.

Les familles, l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privés associent leurs interventions pour mettre en oeuvre cette obligation en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables.

A cette fin, l'action poursuivie assure, chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent, l'accès du mineur et de l'adulte handicapés aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie. »

Cette loi fondatrice s'éclaire de la mise en perspective avec le **Code de l'action sociale et des familles - Partie législative - Modifié par la loi no 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**, notamment dans ses articles 2, 3 et 5.

Article 2 « Art. L. 116-1. - L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à 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 et des personnes âgées, 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. Elle est mise en oeuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »

Article 3 « Art. L. 116-2. - L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. »

Article 5 « Art. L. 311-1. - L'action sociale et médico-sociale, au sens du présent code, s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale suivantes : »

« 1° Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ; »

« 2° Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ; »

« 3° 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 ; »

« 4° Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ; »

« 5° Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ; »

« 6° Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique. »

Comme nous l'avons évoqué au chapitre 1.1.1. traitant de l'identité complexe des CMPP, l'évolution des pratiques a suivi celle des besoins de la société, ainsi le champ de la santé mentale dans lequel les CMPP se sont progressivement inscrits, a été validé par le ministère, précisant par-là même la nécessaire articulation avec le secteur sanitaire de la pédopsychiatrie infanto-juvénile. Ainsi avec **La Circulaire n° 70 du 11 décembre 1992** relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, Le Ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire **Bernard KOUCHNER** rappelle l'importance des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques dans le dispositif de santé mentale : «Les CMPP allient dans le cadre d'actions ambulatoires de prévention et d'intégration des techniques psychothérapeutiques et rééducatives qui prennent en compte l'environnement familial, scolaire et social. Ils accueillent un nombre important d'enfants et d'adolescents relevant du champ d'intervention de la santé mentale : s'ils occupent une place particulière au sein du dispositif, le fonctionnement de leurs équipes trouve de nombreux points de convergence avec celui des équipes des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Aussi j'insiste sur la nécessité de faire participer les CMPP plus étroitement à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé mentale.»

1.2 LE CMPP DE BASTIA

1.2.1 ÉTHIQUE ET POLITIQUE DE L'ASSOCIATION GESTIONNAIRE

Dans notre société qui fait beaucoup de crédit aux valeurs libérales, le secteur associatif illustre le fait qu'il est nécessaire que l'engagement militant s'attache à réduire un certain nombre de difficultés qui ne sont pas prises en charge par la société. Le secteur associatif est nécessaire parce que là où il n'y a pas l'impulsion du profit, c'est finalement le moyen de mobiliser des énergies, de fédérer des forces et de faire « *quelque chose de grand.* »

De culture très ancrée dans le paysage politique et social de notre pays, les associations caritatives, confessionnelles ou laïques, représentent la grande majorité des promoteurs et gestionnaires d'institutions ou de services spécialisés, intervenant auprès de publics en difficulté. La richesse de ce dispositif politique est la variété et la complémentarité des approches, des missions et des champs d'intervention possibles entre le secteur Public et le secteur Privé.

Dans cet espace d'éthique et de démocratie, les **Associations Départementales des Pupilles de l'Enseignement Public (A.D. PEP)** militent, pour promouvoir une certaine conception de l'homme, de l'enfant et de la société. Les A.D. PEP se veulent acteurs, au sein et avec l'École publique. La **laïcité et la solidarité** animent l'ensemble de leurs actions, dans la tradition et la pratique active des valeurs républicaines

« La Laï cité est d'abord l'affirmation que les hommes sont responsables du monde dans lequel ils vivent et que chacun doit assumer sa part de responsabilité sans s'en remettre à une quelconque force supérieure. La Laï cité est aussi l'expression de la séparation des responsabilités de la famille, de l'Etat et de la société civile. Cette séparation permet aux jeunes d'échapper aux captations de toutes sortes . la laï cité nécessite une vigilance constante.

***La solidarité** est l'affirmation que tous les hommes sont égaux en droit et que la société doit tout faire pour qu'ils le soient en fait. En conséquence, la collectivité a une responsabilité envers ceux qui sont victimes d'inégalités de droit ou de fait »*

***Au sein de l'École publique :** le mouvement PEP est au sein de l'École publique l'expression militante de la solidarité. Elle marque la présence des PEP en tant que service social de la jeunesse scolarisée. »*

extraits du projet PEP 2000-2005

Créée en 1915 pour secourir les enfants devenus orphelins pour cause de guerre, « *l'œuvre des Pupilles de l'École Publique* », a été portée par des hommes et des femmes, enseignants pour la majorité, bénévoles pour tous, qui militaient pour le développement de l'École Publique et pour ce qu'elle pouvait représenter en tant que vecteur de réduction des inégalités et des difficultés rencontrées par les enfants et leur famille.

Animant à l'origine des orphelinats, des centres de colonies de vacances, des sanatoriums, des institutions médico-éducatives..., « *l'œuvre des Pupilles de l'École Publique* » s'est inscrite progressivement et naturellement dans le champ de l'intervention médico-sociale. Avec les mutations des besoins, des souffrances de l'enfance et de l'adolescence, les orphelins, « *pupilles* » de naguère, sont qualifiés aujourd'hui d'« *orphelins de la société* ». Ils sont les nouveaux Pupilles de l'Enseignement Public.

Administrées encore majoritairement par des enseignants et des militants de l'École Publique, la plupart des Associations Départementales des PEP sont présidées de droit par l'Inspecteur d'Académie du département, *ès qualité*. De par leurs statuts et leur philosophie l'action des A.D. PEP se fait « avec l'École ». Cette proximité éthique et politique avec l'Education Nationale, favorise la mise à la disposition de personnels enseignants au sein des établissements médico-sociaux, comme le prévoit l'article 5 de la loi 75-534. Avec les autres personnels salariés des établissements, ils sont acteurs en synergie, de la prise en charge des publics en difficulté dans les valeurs associatives et éthiques des A.D. PEP.

La création, l'animation et la gestion de quelque 350 institutions, établissements et services du secteur médico-social au service des enfants en difficulté et des « *orphelins de la société* », participent de cette éthique fondatrice. Dans les établissements PEP, les enseignements, les soins dispensés et les interventions pluridisciplinaires, contribuent à une éducation globale de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, en favorisant son intégration scolaire, sociale, et professionnelle :

- par l'accession à l'autonomie, au rang de sujet et au statut de citoyen,
- par le développement de la responsabilité individuelle et collective,
- dans le respect des différences,
- en évitant toutes formes de discrimination, d'exclusion et d'intolérance.

L'Association Départementale des PEP de Haute-Corse :

L'histoire du CMPP de Bastia ne saurait être dissociée de celle de l'Association Gestionnaire, celle-ci épousant les évolutions des différents découpages administratifs de la Corse, en même temps que se sont modifiés le nom et l'organisation de l'Association. En effet, le CMPP de Bastia a été créé en 1974. La Corse constituait alors un seul département et le siège de l'association gestionnaire « *l'Oeuvre des Pupilles* » se trouvait au Vice-Rectorat de la Corse à Ajaccio.

En 1976, la bi-départementalisation a vu le jour, instituant deux départements : la Haute-Corse et la Corse du Sud. De même, dans le Cadre de l'Education Nationale le Vice-Rectorat disparaît, il est remplacé par deux Inspections Académiques. « *L'Oeuvre des Pupilles* » disparaît également. Elle est scindée en deux associations distinctes, donnant naissance aux deux plus jeunes A.D. PEP de France, l'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de Corse du Sud (A.D. PEP 2A), et l'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de Haute-Corse (A.D. PEP 2B). Le CMPP de Bastia est donc géré depuis 1976, par l'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de Haute-Corse.

L'Association dite « Association Départementale des PEP de Haute-Corse », A.D. PEP 2B, est constituée, conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901 et du décret du 16 août 1901, entre les adhérents aux statuts. L'association dont les adhérents se recrutent dans le département, est affiliée à la Fédération Générale des PEP après agrément par le Conseil d'Administration de celle-ci ; elle conduit ses actions conformément aux orientations définies par l'Assemblée Générale de la fédération.

Le siège social de l'A.D. PEP 2B est situé à l'Inspection Académique de Bastia. L'A.D. PEP de Haute-Corse est présidée de droit par l'Inspecteur d'Académie en poste dans le département. Son premier Vice-Président, également de droit, est le Directeur Départemental de la Jeunesse et des Sports. Le deuxième Vice-Président ainsi que le reste des membres du Conseil d'Administration sont élus par l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration est une instance relativement lourde à réunir et à dynamiser. Ses membres, tous issus de l'Education Nationale, sont au nombre de 29, renouvelables par tiers tous les trois ans. Ces dernières années ont vu un déficit de stabilité des administrateurs peu présents « physiquement ou verbalement ». Le bureau directeur est d'un fonctionnement plus souple et plus régulier mais le militantisme de naguère s'est quelque peu émoussé et seul un petit noyau reste vraiment actif et impliqué, vis-à-vis notamment du secteur médico-social.

L'A.D. PEP de Haute-Corse compte environ 70 salariés permanents. Le climat social est relativement serein car les conditions de travail, le respect des salariés, du droit du travail et des conventions collectives y sont privilégiés dans notre culture associative.

Il faut noter cependant, une certaine difficulté des administrateurs, fonctionnaires de l'Éducation Nationale, à endosser le rôle « d'employeur » et de gestionnaire dans une logique d'institution privée, complémentaire sans doute, mais foncièrement distincte de l'École, par ses missions et son mode d'organisation.

Deux mondes bien différents se côtoient et se rencontrent. Le directeur doit donc souvent jouer l'interface et user de « pédagogie » !

Les actions mises en œuvre dans le département :

Colonies de vacances, classes de découverte et d'immersion linguistique : Depuis l'origine, notre association s'est investie dans la gestion d'un centre de colonies de vacances et de classes de découverte en moyenne montagne. Actuellement en plus de ces activités, des séjours de langue et culture corses y sont aussi organisés en partenariat avec le Rectorat et la Collectivité Territoriale de Corse. Deux autres centres d'immersion linguistique en langue et culture Corses sont situés à Bastia et dans la proche région.

Le SAPEMAD, service d'aide pédagogique aux enfants malades ou accidentés à domicile : Cette aide gratuite s'inscrit dans la complémentarité du service public et garantit le droit à l'éducation à tout élève malade ou accidenté. Assurée par des enseignants, avec l'accord des familles, elle est élaborée dans une dynamique de projet individualisé. Elle contribue à maintenir la continuité des enseignements, le lien avec l'établissement scolaire en ayant le souci de préparer le retour de l'élève en classe dans les meilleures conditions. Créé en 2000, ce service s'occupe d'une vingtaine d'enfants du primaire et du secondaire, chacun recevant chaque semaine entre deux et trois heures de cours selon ses besoins.

Le secteur médico-social : Avant la bi-départementalisation de la Corse, l'Oeuvre des Pupilles de Corse, s'est impliquée dans le secteur médico-social et en partenariat avec les Pouvoirs Publics, elle a progressivement créé 3 établissements spécialisés situés à Bastia. Il faut noter que j'assure la direction administrative et pédagogique des deux premiers (CMPP & CAMSP), avec une gestion qui est entièrement séparée.

- Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) : créé en 1974
Avec 22 salariés pour 19.25 ETP et plus de 12000 actes/an, il fait l'objet de ce mémoire.
- Le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) : créé en 1989
Le CAMSP. a été mis en place pour répondre aux besoins des usagers dans le domaine de la petite enfance, insuffisamment couverts jusque-là sur le département.
« Ils se caractérisent par une double action de dépistage et de traitement des enfants de moins de 6 ans atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci, (dépistage, cure ambulatoire et rééducation,) il exerce des actions préventives spécialisées et une guidance des familles ». (art.1 de l'annexe XXXII bis)
Avec 17 salariés représentant 13.75 ETP, le CAMSP réalise environ 7500 interventions annuelles auprès des enfants et de leur famille sur les versants psychothérapeutique, psycho-éducatif, rééducatif, social et médical.

- Le Centre pour Déficients Auditifs et Visuels (CDAV) : créé en 1979

Un service spécialisé pour enfants déficients sensoriels, fonctionnant administrativement comme une antenne du CMPP, a été ouvert sur proposition de la DDASS et de l'Education Nationale. Compte tenu de l'effectif des personnels et des textes différents régissant les établissements médico-sociaux, l'A.D. PEP a proposé que cette structure soit érigée en établissement autonome au titre de l'annexe XXIV quater et quinquies. A compter du 1^{er} Avril 1997, le CDAV est officiellement créé. Il accueille 35 enfants en semi-internat. La prise en charge adaptée se déroule en général sur plusieurs années, pour les mêmes enfants.

Le secteur Formation :

En 1994 il a été créé un service répondant aux besoins de formation continue pour l'ensemble du secteur médico-social des deux départements de Corse. Son objectif premier était de réduire les coûts de formation liés au transport Corse/continent, mais sa vocation opérationnelle s'est vite révélée. En plus d'organiser et de dispenser de la formation, il a permis de favoriser des espaces communs aux professionnels de notre secteur public ou privé, d'échanger sur les pratiques, d'organiser des séminaires, congrès et journées d'études (4 congrès européens, 300 heures de formation /an, 1500 personnes en 4 ans), j'en ai assuré la création et le développement, j'en garde la charge d'animation et de gestion à titre bénévole.

L'A.D. PEP de Haute-Corse est honorablement connue et reconnue par les institutionnels pour sa capacité à créer, animer et gérer dans la durée, son secteur socioculturel et son secteur médico-social. Actuellement elle est sollicitée pour la création d'un SESSAD par la DDASS de Haute-Corse et les Instances Académiques. Parallèlement, le projet institutionnel du CAMSP, en cours d'élaboration, révèle la nécessité d'une extension et d'un changement de locaux.

Si quelques administrateurs charismatiques, particulièrement impliqués et compétents ont construit les acquis de l'association, aujourd'hui nous devons relever le défi du renouvellement en potentialisant le capital qui nous a été transmis.

Les logiques de l'intervention médico-sociale se sont accélérées, elles réclament réactivité, souplesse et adaptabilité, sans rien perdre de notre vigilance et de notre rigueur. Nous devons à ce jour, re-dynamiser la structure associative et aiguillonner les administrateurs pour maintenir leur vigilance.

Les Associations doivent en effet, rester une force de proposition et progresser de concert avec le tissu politique économique, social et culturel, dans lequel elles évoluent.

1.2.2 LES MOYENS HUMAINS, MATÉRIELS ET FINANCIERS

Les moyens matériels : Situé depuis son ouverture dans la « Cité Aurore », habitat social des quartiers sud de Bastia¹, le CMPP de la Haute-Corse a été installé en 1986 dans de nouveaux locaux, propriété de l'Association et construits selon un cahier des charges très précis. Ce dernier a été élaboré en collaboration avec un architecte venu observer les allées et venues du public dans la salle d'attente, ainsi que les diverses activités de l'équipe.

Les locaux d'un abord agréable se sont révélés tout aussi fonctionnels, répondant à la volonté d'une bonne qualité d'accueil pour les enfants et leur famille, tout en prenant en compte les besoins de chacun des professionnels en activité.

Avec 350 m² au sol pour 500 m² habitables ils comprennent :

- **Une partie administration** avec trois bureaux administratifs, dont l'accueil, une petite salle de réunion, un petit local bibliothèque pour enfants avec photocopieur et fax, une « cafétéria » pour le personnel, le bureau du directeur administratif et celui du directeur médical.
- **Pour la partie soin**, deux grandes salles de psychomotricité, une grande salle de réunion bibliothèque professionnelle, et douze bureaux individuels pour les prises en charge.
- Une salle d'attente, vaste, colorée et lumineuse, qui fait la jonction entre ces deux blocs.
- **Quatre points d'eau** avec toilettes ainsi que deux réduits pour le matériel et les produits d'entretien complètent l'organisation intérieure des locaux.

Le CMPP, facile d'accès, bénéficie sur le devant d'un grand parking pour le personnel et les consultants. À l'arrière du bâtiment, un petit jardin arboré et quatre garages complètent le dispositif architectural.

L'ensemble de l'équipement et les matériels éducatifs sont au goût du jour. Les bibliothèques sont riches et l'informatique y est très présente, tant pour la gestion administrative que pour le travail avec les enfants. L'accès « Internet » est utilisé par l'ensemble des « usagers, enfants et adultes » dans l'institution.

Les moyens humains : Comme nous l'avons évoqué précédemment, le CMPP se situe à l'intersection des champs du médico-social, de la santé mentale et des apprentissages scolaires. La composition de l'équipe reflète bien les rapports que chacun de ces champs entretient avec l'action globale de l'établissement.

Un médecin psychiatre directeur médical, cinq psychothérapeutes, une assistante sociale thérapeute familiale, six rééducateurs en orthophonie et psychomotricité ainsi que trois personnels spécialisés de l'Éducation Nationale, représentent le personnel de soin.

¹ 84% de l'habitat social du département se situe dans les quartiers sud de BASTIA

Une secrétaire d'accueil, une secrétaire administrative et un comptable assurent le suivi administratif et financier des prises en charge, un agent de service et un ouvrier professionnel concourent à l'entretien général des locaux. L'ensemble du dispositif est piloté par un directeur administratif et pédagogique Éducation Nationale.

TABLEAU DES EFFECTIFS DE PERSONNEL BUDGETE EN 2002					
Emplois	Temps pleins	Temps partiels		Total	
	nbre d'agents	nbre d'agents	nbre d'ETP	nbre d'agents	nbre d'ETP
Personnel permanent					
1 . Direction, encadrement	1			1	1
Total 1	1	0	0	1	1
2 . Administration, gestion					
Secrétaire principale	1			1	1
Comptable	1			1	1
Agent administratif	1			1	1
Total 2	3	0	0	3	3
3 . Services généraux					
Agent de service	1	1	0.5	2	1.5
Total 3	1	1	0.5	2	1.5
4 . Education Nationale					
Instituteurs spécialisés CMPP	2			2	2
Psychologue Scolaire	1			1	1
Total 4	3	0	0	3	3
5 . Soins					
Médecin Psychiatre Dir. méd.	1			1	1
Psychologue	5			5	5
Orthophoniste		4	2.5	4	2.5
Psychomotricienne	1	1	0.75	2	1.75
Total 5	7	5	3.25	12	10.25
6 . Service Social					
Assistante Sociale	1			1	1
Total 6	1	0	0	1	1
Total Général	16	6	3.75	22	19.75

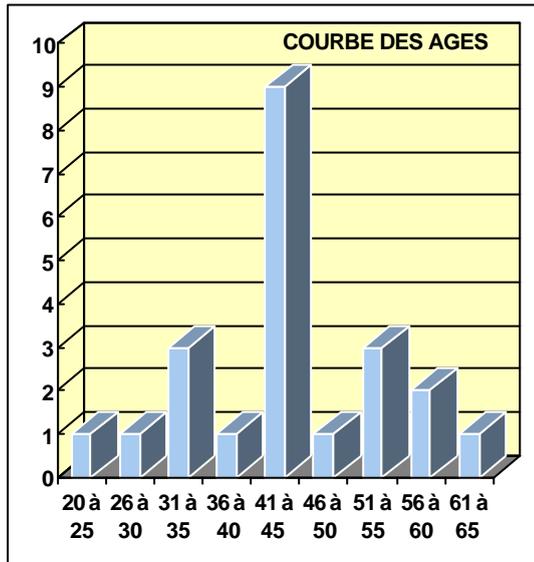
Avec 22 salariés représentant 19.75 ETP (équivalent temps plein) en 2002, l'équipe du CMPP est pluridisciplinaire, conformément à la réglementation.

Il faut considérer l'équipe à travers le rôle et la fonction de chacun, et ce que chacun apporte à la globalité de l'action du centre. Complémentarité et pluridisciplinarité trouvent là tout leur sens, inscrivant ainsi l'institution dans une démarche de conscience collective vis-à-vis des enjeux majeurs et de l'objectif global qu'elle poursuit.

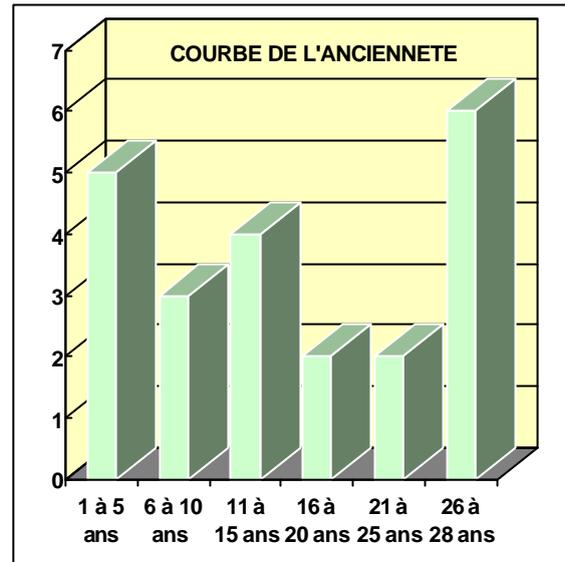
Cette stratégie de GRH, je me suis attaché à la mettre en place depuis ma prise de fonction. L'équipe était relativement clivée à l'image des locaux (Soin / Administration), et des clivages persistaient au sein même de l'équipe de soin, notamment de la part et vis-à-vis, du personnel Education Nationale. Ces clivages de fonction révélaient la présence d'une

conception morcelée de l'institution. Cependant, le climat général et le sentiment d'une institution « positive » n'ont pour autant jamais été entamés.

Le meilleur indicateur à ce sujet, est la remarquable stabilité des personnels. Sur 28 ans d'existence les renouvellements se sont faits en majeure partie pour cause de retraite, et dans une moindre mesure pour situation familiale (mariage, suivi de conjoint, divorce...). Nous pouvons en présupposer les effets sur la culture de l'établissement, sur le potentiel de changement ainsi que sur la structure budgétaire qui seront abordés plus loin.



Graphique 1



Graphique 2

La courbe des âges « Graphique 1 » L'ensemble du personnel comprend 8 hommes et 14 femmes, la moyenne d'âge se situe à 43 ans 5 mois. La secrétaire d'accueil est la plus jeune avec 24 ans, le plus ancien, étant le médecin psychiatre directeur médical, avec 62 ans. Un peu moins de la moitié de l'équipe se situe entre 41 et 45 ans. Avec une expérience bien ancrée dans le métier et l'institution, ils ont entre quinze et vingt ans d'avenir professionnel devant eux, très probablement dans notre établissement.

La courbe de l'ancienneté « Graphique 2 » L'ancienneté moyenne se situe à 15 ans, mais la dispersion est importante. Sur les 22 salariés en activité,

- **8 personnes**, soit plus du tiers de l'équipe, ont une ancienneté supérieure à 20 ans. Ils ont été recrutés à l'ouverture du CMPP ou dans les cinq ans qui ont suivi, entre 1974 et 1979. Ils sont les référents institutionnels, de la « ligne de soin » ainsi que de la culture éthique, reflet de tous les aspects positifs de notre institution. Groupe tranquille, serein, respectable et respecté, il tempère, régule, pose et contient. Cette ancienneté importante dans la même institution, a néanmoins induit un certain « conservatisme », quelques

résistances au changement et des procédures institutionnelles devenues souvent implicites à force de « maîtrise ». Si l'implicite entre les personnes est le résultat d'un lien fort, il se prive nécessairement des bénéfices de la controverse, c'est à dire de la créativité.

- **À l'opposé, 5 personnes** ont moins de 6 ans d'ancienneté. Avec un regard neuf, jeunes dans la vie et dans l'établissement, ils sont porteurs d'idées nouvelles, critiques sur l'institution, soucieux de sa démarche et désireux de bien s'y sentir. Ils manifestent et impulsent de l'impatience face à ce qui ne serait pas efficace. Ils ont très vite intégré les nouveaux enjeux de l'évaluation de l'identité et du partenariat. La référence psychanalytique demeure, mais s'enrichit des approches à visée psycho-éducative ou groupale. La pluridisciplinarité se voit complétée par l'interdisciplinarité. La place du sujet est toujours centrale. L'équilibre des forces est presque atteint entre « les anciens et les modernes ».
- **9 personnes enfin**, sont dans la moyenne d'âge évoquée plus haut, avec une ancienneté de 10 ans environ, pour lesquelles il est possible d'envisager un avenir professionnel commun d'une vingtaine d'années. Bien engagés dans le métier et dans l'institution, ils en ont intégré la culture et restent néanmoins ouverts à la créativité et à la conscience des nouveaux enjeux. Tantôt satellisé par un groupe, tantôt par l'autre, c'est un ensemble mouvant qui peut se révéler ici comme un atout majeur, capable d'agréger tout ou partie de chacun des deux autres groupes.

L'enjeu est donc de taille; nous devons veiller à rénover notre culture institutionnelle, pour construire de nouvelles références communes basées sur l'explicite et l'objectivation, comme sur l'évaluation, la ré-interrogation des pratiques et la démarche de projet, en maintenant la stabilité actuelle, par une stratégie de GRH aussi positive que dynamique. Le contexte est favorable pour mener le changement:

Le tableau page suivante fera le lien entre les moyens humains, que nous venons d'aborder, et leurs implications financières dont il sera question dans l'étude des moyens financiers. Ce tableau rassemble les éléments nécessaires à la détermination du nombre de points, servant de base au calcul de la masse salariale. Nous y trouverons aussi, les âge et ancienneté de chacune des personnes de l'équipe.

TABLEAU DE CALCUL DES APPOINTEMENTS 2001 (ref CCNT 66)

Total pts C.A. N-1	Postes	Date d'entrée dans		Ancienneté dans l'échelon		coeff. de base	Majoration familiale en points	TOTAL mensuel	Nombre de mois	ETP	TOTAL Annuel en points	Age	Ancien. en 2002 années
		éta-bliss-t.	emploi	date	éch								
4 848,00	Directeur Administratif	01-sept-91	01-sept-00	01-sept-00	1	267,83	0	267,83	12	1	3 213,98	44	11
22 048,80	Médecin Psychiatre	01-déc-75	01-déc-75	01-déc-90	7	1 837,40	0	1 837,40	12	0,9	22 048,80	62	27
7 180,00	Psychologue	01-déc-99	01-févr-97	01-mai-01	3	848,00	4	852,00	12	1	10 224,00	34	3
11 280,00	Psychologue	01-mai-76	01-sept-69	01-mai-01	10	1 024,00	0	1 024,00	12	1	12 288,00	54	26
11 328,00	Psychologue	01-févr-75	01-févr-75	01-mai-01	10	1 024,00	4	1 028,00	12	1	12 336,00	51	27
9 196,50	Psychologue	01-janv-90	01-oct-84	01-mai-01	7	944,00	0	944,00	12	1	11 328,00	42	12
8 533,50	Psychologue	01-avr-00	01-déc-87	01-mai-01	6	920,00	0	920,00	12	1	11 040,00	44	2
8 721,00	Assistante Sociale	01-oct-76	01-oct-76	01-oct-01	12	762,00	0	762,00	12	1	9 144,00	51	26
8 628,00	Psychomotricienne	01-janv-76	01-janv-76	01-janv-01	11	715,00	4	719,00	12	1	8 628,00	49	26
4 302,00	Psychomotricienne	01-févr-97	01-févr-97	01-févr-00	3	478,00	0	478,00	1	0,75	358,50	32	5
6 435,00	Orthophoniste	Change d'échelon au :	01-févr-02	01-févr-02	4	503,00	0	503,00	11	0,75	4 149,75	32	5
6 111,00	Orthophoniste	01-mai-74	01-mai-74	01-juil-99	11	715,00	0	715,00	12	0,65	5 577,00	56	28
6 111,00	Orthophoniste	01-oct-79	01-oct-79	01-oct-99	10	679,00	0	679,00	12	0,75	6 111,00	44	23
4 098,00	Orthophoniste	01-nov-79	01-nov-79	01-nov-98	10	679,00	4	683,00	10	0,5	3 415,00	43	23
3 882,00	Orthophoniste	Change d'échelon au :	01-nov-02	01-nov-02	11	715,00	4	719,00	2	0,5	719,00	40	20
0,00	Orthophoniste	01-janv-82	01-janv-82	01-janv-02	10	679,00	0	679,00	12	0,6	4 888,80	40	20
0,00	Insitt. Spé. Option G	01-sept-86	01-sept-86	rémunéré par l'Education Nationale							0,00	43	16
0,00	Insitt. Spé. Option E	01-sept-93	01-sept-93	rémunéré par l'Education Nationale							0,00	41	9
0,00	Psychologue Scolaire	01-sept-01	01-sept-01	rémunéré par l'Education Nationale							0,00	35	1
4 622,00	Agent de service intérieur	01-févr-94	01-févr-94	01-août-01	5	391,00	0	391,00	12	1	4 692,00	60	8
2 507,00	Ouvrier qualifié	01-nov-89	01-nov-89	01-nov-01	6	432,00	0	432,00	12	0,5	2 592,00	44	13
6 030,00	Agent admin. Principal	01-oct-99	01-oct-99	01-oct-01	1	396,00	0	396,00	9	1	3 564,00	24	3
2 273,50	Agent administratif	Change d'échelon au :	01-oct-02	01-oct-02	2	405,00	0	405,00	3	1	1 215,00	30	6
6 897,00	Comptable	01-mars-96	01-mars-96	01-mai-01	3	391,00	0	391,00	12	1	4 692,00	30	6
138 921,30		01-déc-91	01-déc-91	01-mai-01	1	680,00	24	704,00	12	1	8 448,00	37	11
TOTAL N-1											150 672,83	43,6	15
											TOTAL N	Moyennes	

Les moyens financiers : Les moyens matériels et humains viennent servir le projet d'intervention, ils conditionnent la structure budgétaire de l'établissement et donc les moyens financiers qui doivent lui être alloués pour assurer son fonctionnement et son potentiel d'investissement.

Le principe général du budget prévisionnel est d'évaluer globalement l'activité du Centre et de la traduire en termes de coût. Le calcul de ces charges intègre plusieurs types de paramètres. Conjoncturels ou structurels, la plupart d'entre eux échappent à la maîtrise des gestionnaires, ce sont :

- les charges de personnel (environ 85 % du montant total des charges)
- les dotations aux amortissements
- les impôts et taxes
- les charges financières liées aux emprunts

En regard de ces éléments incompressibles, la gestion des autres postes de charges ne laissera donc qu'une infime marge de manœuvre pour maîtriser une croissance directement liée à l'application des dispositions conventionnelles ou réglementaires.

Les charges de personnel : avec une valeur moyenne du point à **3,46 Euros**, des charges sociales et fiscales sur les appointements à **53 %**, les charges de personnel s'élèvent à **879 320,96 Euros** soit **85 %** du budget total de l'établissement. Ce pourcentage élevé s'explique par la forte professionnalisation de l'équipe, comme par l'ancienneté d'un nombre important de salariés.

Le montant total des charges : il s'élève à **1 034 485,20 Euros**. Les équipements influent aussi sur la structure budgétaire par les dotations aux amortissements qu'ils génèrent. Ceux-ci s'élèvent à **38 925 Euros**, soit **3,7 %** des charges totales. La construction des locaux a nécessité un emprunt dont les intérêts annuels s'élèvent à **4 140 Euros**, soit **0,4 %** du budget total. Le reste des charges de fonctionnement se distribue de façon équilibrée entre les consommables, les services, et les frais de siège versés à l'association gestionnaire.

Les produits : proviennent essentiellement de l'Assurance Maladie par le remboursement des actes médico-psycho-pédagogiques. Le CMPP réalise annuellement environ 9 000 séances, facturables. Ce volume d'activité a permis en 2002, après affectation du résultat de l'exercice 2000, de fixer un prix de séance à **102,25 Euros**.

C'est le montant forfaitaire que les caisses d'Assurance Maladie dont dépendent les consultants, versent au CMPP, en règlement d'une séance par jour et par enfant.

1.2.3 ÉTUDE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DE L'ACTIVITÉ

Le CMPP est habilité à recevoir des enfants et adolescents jusqu'à 18 ans avec leur famille. Il est ouvert au public, au minimum 210 jours par an.

Les données de cette étude sont extraites de l'activité 2001.

ETUDE SUR LA POPULATION

Le nombre d'enfants reçus au CMPP en 2001 est de 747 (contre 744 en 2000). Sur cet effectif, 318 ont consulté en 2001 et 429 étaient déjà suivis au 31.12.00.

Inscrits	2001	2000
Nouveaux inscrits en N	318	338
Déjà inscrits en N-1	429	406
TOTAL	747	744

Motifs de consultation évoqués par les familles

(étude sur 280 enfants et adolescents examinés en synthèse.)

Difficultés scolaires	34 %	Troubles médicaux	5%
Difficultés dans la constellation familiale	12 %	Troubles psychologiques	12 %
Conduite et comportement	19 %	Autres troubles	1 %
Troubles de la parole	11 %	Demande de conseils	2%
Troubles psychomoteurs	4%	Retard développement intellectuel	0

Difficultés prévalentes observées par l'équipe (étude sur 280 enfants et adolescents.)

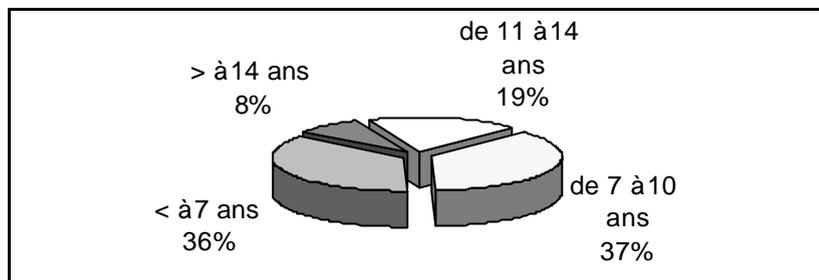
Domaine psychologique	245	87,5%
Domaine intellectuel ou cognitif	10	3,5%
Domaine social	17	6%
Domaine physiologique ou fonctionnel	8	3%

L'équipe du CMPP observe par ailleurs une intrication et un accroissement des difficultés en réaction à la situation familiale sur le plan relationnel ou social. Les difficultés strictement

scolaires traversent les 4 catégories citées dans le tableau. De même, les difficultés instrumentales ne se présentent que rarement de façon isolée.

Répartition des sexes : avec 62% le nombre des garçons, reste le plus important.

Distribution des âges



Par rapport à l'exercice 2000, nous constatons une baisse du nombre des enfants de moins de 10 ans et une hausse du nombre d'enfants de 11 à 14 ans .

Scolarité des enfants (étude sur 280 enfants et adolescents examinés en synthèse.)

CLASSE	1999	2000	2001	Totaux	
Maternelle	21 %	23%	18%	52.5 %	Cycle 2
CP	23 %	18%	18,5%		
CE 1	11 %	13%	16%		
CE 2	10 %	9%	9%	20%	Cycle 3
CM 1	7 %	6.5%	5%		
CM 2	6 %	8%	7%		
6 ^{ème}	5 %	5.5%	6,5%	19.5%	collège
5 ^{ème}	3 %	6%	5%		
4 ^{ème}	5 %	5%	5%		
3 ^{ème}	1 %	1.5%	3%		
2de et plus	4 %	4%	5%	5%	lycée
Ens. Spé.	4 %	0.5%	2%	2%	AIS

Les cycles élémentaires et préélémentaires représentent 72,5 % de la population étudiée. Plus de 50% des enfants se situent dans le cycle 2. Il faut noter cependant une augmentation du nombre des adolescents.

Situation des parents (étude sur 280 enfants et adolescents examinés en synthèse.)

Parents mariés	166	59,5%	Un des parents décédé	8	3%
Parents concubins	25	9%	Un des parents inconnu	3	1%
Parents séparés	46	16,5%	Parents inconnus	1	0%

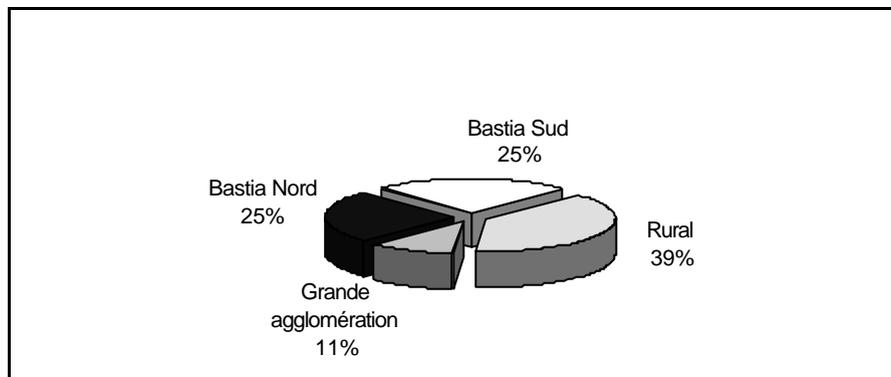
Parents divorcés	31	11%			
------------------	----	-----	--	--	--

Les familles monoparentales et/ou recomposées sont en forte augmentation par rapport à l'exercice 2000.

Profession des parents (étude sur 280 enfants et adolescents examinés en synthèse.)

Employés	83	29,5%
Ouvriers, personnel de service	43	15,5%
Chômeurs	35	12,5%
Fonctionnaires	33	12%
Artisans, industriels, commerçants	24	8,5%
Invalides (Sécurité Sociale)	9	3,5%
Sans profession	29	10,5%
Professions libérales	9	3%
Agriculteurs	3	1%
Salariés agricoles	3	1%
Retraités	9	3%

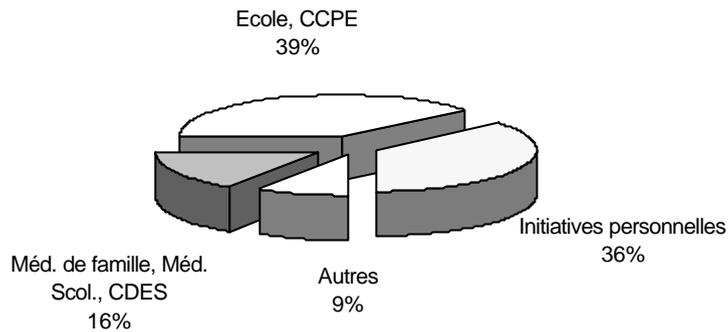
Origine scolaire (étude sur 280 enfants et adolescents examinés en synthèse.)



Le CMPP reçoit des enfants venant de l'ensemble du département. Nous constatons que si Bastia représente la majeure partie de l'origine des consultants, la grande agglomération et surtout le rural représentent une part importante en regard de la faible densité de la population dans notre région.

Origine de la demande (étude sur 280 enfants et adolescents examinés en synthèse.)

PRESCRIPTEURS



ETUDE SUR LA PRISE EN CHARGE

Le nombre de séances facturées est passé de 6 364 en 1974 date de l'ouverture du CMPP, à 9 189 cette année. Par rapport à l'exercice 2000 l'activité est en très légère hausse malgré des absences de thérapeutes, (maladies, accidents). De surcroît, par rapport aux prévisions retenues par la Tutelle, les actes facturés en 2001 sont en hausse de 189 soit + 2.1%. Le traitement représente 85% de l'activité et les bilans-diagnostic, 15%. En 2000, les rapports étaient de 84% et 16%.

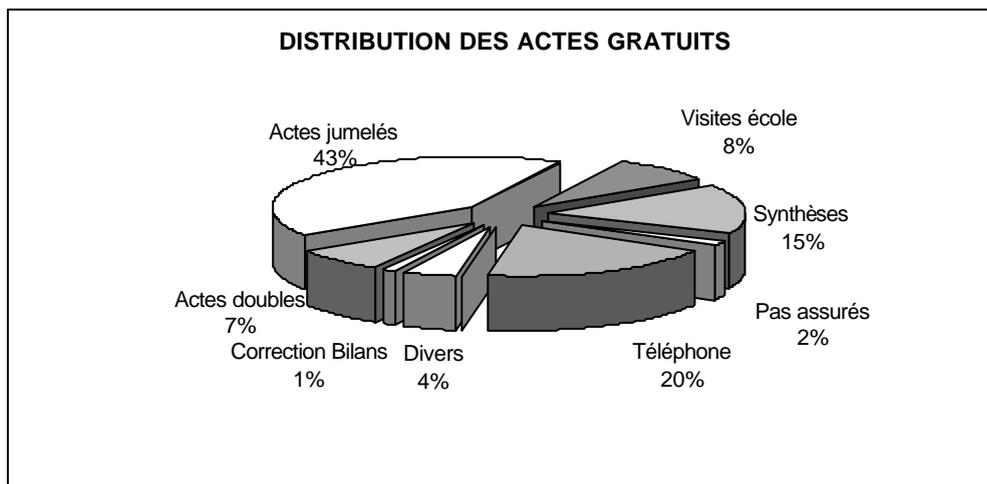
Évolution de l'activité (Séances facturées)

ANNEES	TOTAL	EXAMENS	TRAITEMENTS
2000	9114	1410	7704
2001	9189	1368	7821

Activité générale 2001 : elle s'élève à 12 512 actes répartis de la façon suivante : Les séances facturées représentent 73% de l'activité du CMPP., et les actes gratuits, 27%.

- séances facturées aux caisses d'assurance maladie : 9 189
- actes gratuits (actes jumelés et non facturables) : 3 323

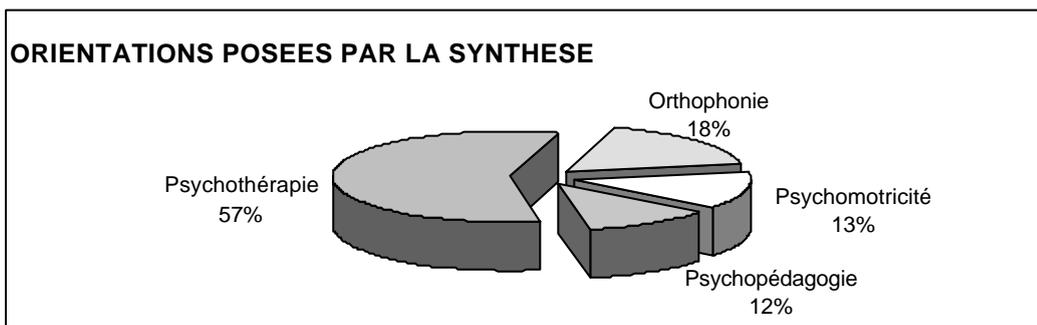
Distribution des actes gratuits et non facturés



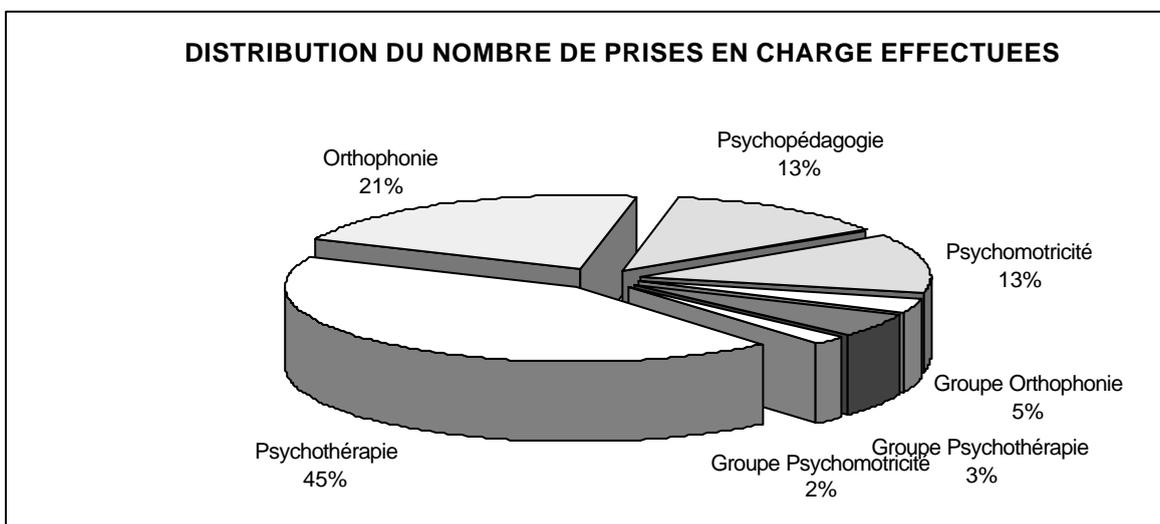
Les actes de diagnostic : psychologiques pour 80 %, leur importance s'explique par le fait que le Médecin Psychiatre et la thérapeute familiale effectuent les bilans initiaux avant d'orienter les enfants sur d'autres examens si cela s'avère nécessaire à l'ensemble du diagnostic.

Les orientations posées par la synthèse

318 nouveaux dossiers ont été créés ; 38 sont venus simplement pour un conseil ou n'ont pas donné de suite aux premiers bilans ; les 280 restants ont été examinés en réunion de synthèse : 30 n'ont pas donné lieu à une indication CMPP ; 20 sont à revoir et 200 ont vu prononcer 258 orientations CMPP. L'analyse de ces résultats montre que les familles qui consultent ont une bonne connaissance de l'aide que nous pouvons leur apporter puisque la plupart des enfants relèvent bien d'une aide au CMPP (220/280 =78% des consultants).



Sur les 258 orientations proposées aux familles, 123 concernent la psychothérapie, 38 l'orthophonie, 29 la psychomotricité et 25 la psychopédagogie. Le suivi familial représente 43 cas. Remarque : la différence entre dossiers d'enfants et orientations s'explique par le fait que le même enfant peut bénéficier de prises en charge multiples.



Le traitement : nature de la prise en charge

La prise en charge des enfants au CMPP se fait de manière individuelle dans la grande majorité des cas ; cependant pour certains enfants, il est souhaitable de renforcer l'action thérapeutique par des mises en situations groupales. Ces nouvelles modalités de travail dans le domaine de l'orthophonie, de la psychomotricité et de la psychothérapie, ont fait l'objet d'un projet pédagogique et thérapeutique de fonctionnement. De même, l'aménagement du projet individuel de chaque enfant pour son intégration dans un groupe, a été décidé en équipe lors de la réunion de synthèse. Les enfants bénéficiant de cette activité de groupe restent par ailleurs suivis individuellement pour les difficultés prévalentes ayant motivé la prise en charge initiale.

L'activité des CMPP ne se résume pas uniquement aux séances avec les enfants, qu'elles soient facturées ou non. Du fait de leur appartenance à des champs différents les CMPP sont naturellement acteurs dans les différentes instances de réflexion, de recherche, d'orientation ou d'organisation. Dans ce cadre, j'ai donc participé en 2001 au schéma régional du handicap, au Plan Régional de Santé pour les jeunes en collaboration avec le secteur de Pédopsychiatrie, à la Conférence Régionale de Santé, au schéma départemental de protection de la jeunesse en collaboration avec la PJJ et le Département, au plan Handiscol..., et d'autres travaux d'analyse et de réflexion sur les pratiques. De plus nous sommes présents dans les commissions CCPE et CDES au titre de la connaissance que nous avons des difficultés des enfants et adolescents. Le CMPP a un projet commun de « point d'accueil écoute jeunes » avec le service de Prévention Spécialisée qui est implanté sur l'ensemble du département, afin de permettre un meilleur accompagnement des adolescents en difficulté.

Résumé analytique : des éléments observés, vont découler les axes de travail adaptant le projet institutionnel.

Concernant la population il faut noter :

- Un accroissement des difficultés psychologiques et éducatives en réaction à la situation familiale sur le plan relationnel ou social. Les familles monoparentales et/ou recomposées sont en forte augmentation par rapport à l'exercice 2000.
- Une intrication de ces difficultés psychologiques avec des difficultés d'adaptation d'ordre instrumental et/ou scolaire, avec des difficultés plus globales d'ordre social personnelles ou familiales
- une baisse du nombre des enfants de moins de 10 ans et une hausse du nombre d'enfants de 11 à 14 ans. Les cycles élémentaires et pré-élémentaires représentent

cependant 72,5 % de la population étudiée. Plus de 50% des enfants se situent dans le cycle 2. Il faut noter une augmentation de la demande chez les adolescents. Pour la plupart, les adolescents aussi consultent avec leurs parents. Ces familles viennent spontanément ou envoyées par le collège, le lycée, par l'intermédiaire du professeur principal, de l'infirmière, de la conseillère d'orientation, des services sociaux ou judiciaires (PJJ)

- Une caractéristique subsiste, le motif de consultation le plus fréquent est d'ordre scolaire et la réponse de l'établissement reste très majoritairement dans le domaine psychologique.
- La démarche de consultation se fait de plus en plus sur initiative de la famille. Ce qui confirme leur niveau d'information et la « banalisation » de ce type de démarche.

Concernant la prise en charge il faut noter :

- l'activité globale est en augmentation.
- Le nombre d'actes non facturés est en augmentation. 43% de leur volume sont représentés par des actes jumelés. Ceux-ci interviennent principalement lors de la phase de bilan afin de mieux affiner la demande, le contexte familial, les besoins de l'enfant. Ils représentent du temps de travail effectif, prenant en compte l'enfant dans sa globalité, il se fait souvent en liaison avec les autres partenaires : École, médecins, services sociaux, autres professionnels, autres institutions. Ceci fait apparaître la nécessité de travail en réseau dont le contenu n'est pas toujours quantifiable en terme de facturation. C'est la qualité de la prise en charge qui reste le souci de notre action à travers le lien tissé avec tous les partenaires impliqués autour de l'enfant.
- La prise en charge des enfants ne se fait plus uniquement de manière individuelle pour certains enfants, dont les difficultés sont globales il est souhaitable de renforcer l'action thérapeutique par des mises en situations groupales. Ces nouvelles modalités de travail dans le domaine de l'orthophonie, de la psychomotricité et de la psychothérapie, ont été mises en place cette année sous l'impulsion des nouveaux venus dans l'équipe. Chacune de ces nouvelles modalités d'intervention a fait l'objet d'un projet pédagogique et thérapeutique de fonctionnement.

Concernant la place dans le réseau départemental et régional il faut noter :

- Le CMPP est très sollicité pour apporter sa technicité aux diverses rencontres et réunions de travail, officielles et formelles, de formation et d'information, de collaboration avec d'autres professionnels, services ou institutions.

- Les partenaires du réseau sollicitent le CMPP pour des enfants mettant en échec les structures traditionnelles (École, services sociaux, IME, MECS)
- La DDASS et l'Éducation Nationale nous sollicitent souvent pour des réunions d'organisation et de planification, comme pour les instances de décision ou d'orientation des enfants.

1.3 LA VIE INSTITUTIONNELLE, DU SUJET AU PROJET

1.3.1 DE LA CONSULTATION À LA RENCONTRE

Le CMPP de Haute-Corse est situé dans les quartiers sud de Bastia, avec un rayonnement départemental. Depuis sa création en 1974, plus de 250 000 séances ont été réalisées et près de 10 000 familles ont consulté.

L'intervention du CMPP concerne toutes les couches sociales de la population, qu'elles soient implantées en zone rurale, urbaine ou « ruraine », néologisme qui désigne les agglomérations rurales satellites des villes, et dont elles héritent le plus souvent les caractéristiques sociales les plus problématiques.

Quantitativement et qualitativement, les interventions sont différentes selon chaque type de population² évoqué ci-dessus. Les problèmes liés à l'emploi, au logement, à l'adaptation scolaire, sociale ou professionnelle, à l'indigence culturelle... sont présents dans la population comme partout ailleurs. Cependant le contexte de ruralité, la faible densité, le caractère contenant, voire enfermant et omniprésent de la société corse et/ou méditerranéenne, génère des problématiques réactionnelles plus individuelles ou familiales que collectives.

Les familles sont à un moment de leur vie, inquiètes à propos d'un ou plusieurs de leurs enfants. Elles ont envie de parler de leurs préoccupations ou de demander un avis sur le plan médical, psychologique, ou scolaire. Le décodage de la demande par les professionnels du CMPP permet de clarifier le contenu de ce qui sous-tend cette demande. Les motifs de consultation sont parfois univoques et explicites quand ils « s'originent » dans l'instrumental, et le fonctionnel. Lorsque les implications psychiques et relationnelles recouvrent le champ du symptôme, une partie du travail du CMPP sera de permettre au consultant d'y « voir plus

² Cf. données chiffrées au chapitre 1.2.3. « activité »

clair » dans le motif de sa demande. Les difficultés ainsi données à voir aux professionnels du CMPP, peuvent se ranger dans trois grandes catégories :

- **Problèmes scolaires** : désadaptation scolaire, difficultés dans l'apprentissage de la lecture, de l'écriture, de l'orthographe, du calcul, troubles de la mémoire, de l'attention, troubles de la lecture et de l'orthographe (dyslexie, dysorthographe), etc...
- **Problèmes de développement instrumental et fonctionnel** : immaturité, instabilité, retard de parole et de langage, troubles de l'articulation, bégaiement, retard de maturation de certaines fonctions, troubles de l'organisation de l'espace et du temps, de la latéralisation et du schéma corporel, etc... Ils ont toujours une incidence sur le scolaire.

Problèmes relationnels, psychoaffectifs ou de personnalité : troubles personnels ou de la relation, réactionnels à l'économie sociale familiale ou scolaire, organisée autour de l'enfant et qui envahissent sa sphère psychique, ne le laissant disponible que pour le développement symptomatique de sa souffrance : retard affectif, troubles relationnels, hyperémotivité, inhibition, troubles de la conduite et du comportement, agressivité, dépression, troubles du sommeil, de l'alimentation, énurésie, phobies etc... Les pathologies plus ou moins graves de la personnalité donnent lieu à un travail thérapeutique pour l'enfant et d'accompagnement pour sa famille, avant une orientation en hôpital de jour si nécessaire.

Ces trois catégories concernent tous les âges des enfants que nous recevons, cependant il en est de l'adolescence un « modus vivendi » particulier. En effet, si les plus grands peuvent présenter les mêmes difficultés que leurs benjamins, on rencontre souvent d'autres expressions du mal-être caractéristique de l'adolescence. Les causes de consultation sont alors des symptômes névrotiques (toute stratégie pour vaincre l'anxiété) ou psychosomatiques (maux de ventre, ulcères, migraines...), des comportements à risque (expériences de drogues dites douces, alcool ...), des tentatives de suicide ou d'autosabotage (arrêt ou désinvestissement de ce qu'on réussit : École, activité sportive ou artistique...), des ruptures familiales (conflits, fugues) ou sociales avec une problématique de délit ou prédélinquante (vols, dégradations...). Le versant préventif est donc très important dans cette population des 14 – 18 ans. Quand les adolescents ont accepté de faire la démarche, condition sine qua non à cet âge, la demande est parfois plus précise. Ils veulent une écoute, une réflexion, une relation avec un spécialiste qui les aidera à résoudre les problèmes et à canaliser l'angoisse.

Il est un fait que le CMPP de Bastia prend en compte des cas dont la pathologie est de plus en plus sévère et complexe. On trouve en effet dans nos consultations de plus en plus d'enfants qui présentent des troubles importants de la relation et de la communication, d'autres très carencés où la psycho-pathologie est très intriquée au social, d'autres enfin victimes d'abus ou de mauvais traitements. Nous pouvons constater que les difficultés

sociales des familles sont dans tous les cas, des éléments d'aggravation ou de sur-handicap. Ces éléments interviennent de façon transversale dans la problématique des enfants accueillis au Centre, ils sont donc pris en compte dans l'approche globale de l'enfant.

Nous constatons donc que les motifs de consultation sont très divers, cependant la prise en charge des enfants et de leur famille se fait majoritairement sur le versant psychothérapeutique³ ce qui correspond à la vocation de ce type d'établissement.

Si un nombre important de familles vient consulter de sa propre initiative, les demandes nous sont aussi adressées par l'intermédiaire d'un tiers. Les enseignants, les médecins, les travailleurs sociaux etc., qui après avoir décelé les premiers signes inquiétants, essaient d'amener les parents à nous consulter. Cette étape préliminaire où intervient la première « motivation » représente un point capital dans le devenir de la demande et la construction du projet de soin avec le consultant. La demande ne peut donc être posée que par la famille, ou un substitut. Il peut arriver que des adolescents initient la démarche de consultation avant d'en informer leurs parents, ces derniers n'étant associés que par la suite dans le cadre du projet de soin.

La secrétaire d'accueil répond ainsi aux premières questions sur le fonctionnement du CMPP. Son rôle est primordial dans l'accueil de la demande. Ecouter, interroger la famille sans intrusion, rassurer, contenir et guider, pour permettre de dépasser les craintes, les résistances parfois légitimes face à l'inconnu. Il est important d'identifier l'élément déclencheur de la démarche de consultation, son origine, l'observation, le conseil, voire le diagnostic posé par un tiers, ainsi que son intrication à la sphère familiale.

Se pose donc la question de la formation de notre personnel d'accueil. Cela nous amène à repenser le « début de l'histoire » de la rencontre du sujet avec le CMPP et des modalités à mettre en place pour que cette phase primordiale ne soit pas dissociée de l'acte de soin et a minima n'entrave pas la construction de ce dernier.

Le caractère individuel et volontaire de la demande inscrit le consultant dans une position responsable et qualifiante. En même temps, cette démarche le place malgré tout, dans une position de dépendance, vis-à-vis d'une demande d'aide ou de soutien. Cet équilibre instable entre responsabilité et vulnérabilité nécessite déjà une rencontre thérapeutique bienveillante et contenant de la parole du sujet.

Il peut arriver que pour certaines familles la demande émane fortement ou autoritairement d'instances qui leurs sont extérieures, nous pouvons constater chaque fois que les chances d'adhésion au projet de soin sont compromises.

³ Cf. données chiffrées au chapitre 1.2.3. « activité »

Les familles les plus en difficulté sont souvent dans cette position où l'on agit à leur place. Le véritable enjeu serait, dans l'esprit de la loi contre les exclusions, que le soin puisse être accessible à tous, y compris aux personnes « peu accessibles » ou « désaffiliées » et qui n'investissent plus les « grandes institutions » comme l'École, les services sociaux...etc.

La mise en place d'un tel dispositif nécessiterait une démarche d'ouverture du CMPP vers l'extérieur, avec de véritables relais d'information et de partenariat étayés par la logistique et la politique de l'École, des services sociaux, et autres institutions publiques....

Essayer de résoudre la question de l'accès aux soins, oblige à s'atteler à celle de l'accès à l'information. Pour autant que le CMPP se soit déterminé sur ce qu'il veut communiquer, comment, à qui et pourquoi, il veut le faire.

1.3.2 L'ENVIRONNEMENT, PARTENAIRES ET PRESCRIPTEURS

A l'intérieur du CMPP, nous intervenons auprès de l'enfant comme auprès des parents. A l'extérieur, le CMPP entretient des liens avec le milieu où évolue l'enfant. Ce travail accompagne l'acte thérapeutique proprement dit et représente une partie importante de notre activité. Même s'il ne donne pas lieu à facturation, il nécessite temps et disponibilité car c'est le socle de tout le travail partenarial. La notion de séance ne saurait ainsi se réduire à « l'entre-deux thérapeutique ». C'est autour de ces actions extérieures qu'au fil des années, le CMPP est devenu un lieu de prévention, d'échange et de collaboration, sollicité par les services sociaux, MECS, services de santé, médecine libérale, justice, et bien sûr, l'École. Même si cela n'a pas toujours été le cas par le passé, la nécessité d'une prise en compte du milieu de vie de l'enfant ainsi que du contexte environnemental du CMPP est d'une évidence flagrante aujourd'hui. Un fonctionnement « monolithique » et isolé, en totale autonomie serait parfaitement inconcevable au vu des risques encourus : pour la qualité du soin, pour la démarche de construction et de rationalité, pour la complémentarité et l'adéquation des moyens aux besoins.

Les sollicitations dont font l'objet les CMPP ont beaucoup évolué ces dernières années. De la classique réunion de synthèse avec l'équipe d'AEMO, la PJJ ou l'équipe éducative de l'École, d'autres demandes se font jour pour d'autres types d'interventions auprès des enfants dans le cadre scolaire ou familial, voire auprès des familles elles-mêmes sous l'égide d'une association de quartier, pour des raisons très différentes, mais toutes liées aux situations sociales de ces mêmes familles. Tout ce dispositif, très louable, de réseaux, coopération et coordination, prôné par les textes, est loin d'être une déclaration d'intention pour nous. Il s'appuie sur la réalité, il est effectif en pratique, mais il s'organise dans un cadre

budgétaire inadéquat. En effet, la facturation à l'acte, impose le respect de leur réalisation prévisionnelle mais aussi ne prend en compte qu'un travail essentiellement de prise en charge dans le cadre unique des murs de l'établissement. Il faudrait donc donner aux structures en général et aux CMPP en particulier, une réelle capacité à s'inscrire dans cette démarche et ne pas avoir à supporter un « manque à gagner » du fait de leur seul souci d'efficacité.

Les textes, et en particulier la circulaire de décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale, soulignent l'importance des CMPP dans le dispositif. La circulaire récente de juillet 2000, consacrée au soutien aux équipes des dispositifs relais (classes et internats) par les CMPP, met particulièrement en avant « un travail en commun et une collaboration visant à accompagner l'information et le soutien aux équipes pédagogiques et éducatives ».

Dispositions réglementaires intéressantes et novatrices, mais pour que les CMPP puissent intervenir dans les CLIS, dans les UPI ou dans les dispositifs relais, cités précédemment, d'autres dispositions logistiques et budgétaires seraient à négocier et à créer. Dans l'esprit de cette démarche, l'éventualité à étudier pourrait être d'impliquer d'autres partenaires, comme par exemple le Contrat de Ville ou le Conseil Général pour le transport de ces enfants vers le CMPP⁴. Le travail « hors les murs » peut se concevoir néanmoins par des solutions ponctuelles avec une logistique légère, mais le travail « à domicile » tel qu'il est sollicité et conçu par certains partenaires/prescripteurs, reste difficile à concevoir pour une prise en charge par l'Assurance Maladie.

Je pense en effet, que la vocation des CMPP, n'est pas de systématiser la possibilité du travail « hors les murs ». Certes, des méthodes créatives sont à promouvoir, mais dans une logistique qui respecte le principe de réalité, concernant l'utilisation des moyens humains et financiers. Dans tous les cas, il faut veiller à ne pas laisser s'installer une distorsion tous azimuts de nos missions et de nos modes d'intervention, sous le prétexte de la créativité et de l'adaptation au contexte environnemental. Nous en perdrons l'efficacité et l'essence de ce qui fonde notre travail. Si la réalité révèle des besoins non couverts par les structures existantes, c'est qu'il y a carence, en particulier de services de type SESSAD sur la Haute-Corse. Il est alors préférable que l'équipe du CMPP s'attèle à d'autres types de partenariats, ceux-ci plus institutionnels, afin de participer à la création des dispositifs qui font actuellement défaut dans l'environnement.

⁴ lorsque celui-ci n'est pas pris en charge par les caisses d'Assurance Maladie.

Dans tous les cas, sans faire de l'opposition systématique à « l'ouverture » du CMPP vers l'extérieur, nous devons toujours poser un cadre de référence à celle-ci, avant d'engager les moyens de l'Assurance Maladie sur des terrains hypothétiquement novateurs.

Que ces réserves ne nous empêchent pas de rechercher avec les partenaires environnementaux, les solutions les plus pertinentes permettant l'accès au soin pour tous.

L'intervention n'est pas la prévention et il est important que cette dernière puisse se faire « hors les murs », comme des permanences dans des lieux associatifs⁵. L'objectif de ces temps est de permettre l'accès ultérieur au CMPP pour les personnes rencontrées lors de cette « veille active ». C'est le dernier projet de partenariat que nous allons développer avec la Prévention Spécialisée dans les quartiers sud de Bastia, pour des « permanences psy » sur le point d'accueil écoute jeunes.

Si notre démarche, qui s'adresse à des individus dans leur environnement, nous amène en effet à tenir compte de ce dernier, les facteurs liés à cet environnement ne doivent pas nous faire oublier que nous avons passé un contrat thérapeutique individuel. Outre le secret médical, ce contrat thérapeutique implique le secret de l'intimité partagée du thérapeute et du patient. Il induit un accord préalable du sujet à toute démarche au sein de son environnement. C'est dans cette perspective que s'inscrivent, toutes les relations partenariales en général et les relations avec le milieu scolaire en particulier. Partenaires ou prescripteurs, les relations avec ces derniers seront donc de nature différente selon la position qu'ils occupent dans l'environnement du CMPP, mais surtout dans celui de l'enfant. En effet, un prescripteur de soin uniquement, comme le médecin de famille, la PMI, l'AEMO, n'auront sans doute pas les mêmes attentes que les établissements d'enseignement, qui ont aussi l'enfant comme « usager ».

Un partenariat ambivalent avec l'École

Le partenaire privilégié est logiquement « l'École », du fait de la tranche d'âge de notre public. Les problèmes scolaires représentent par ailleurs le motif de consultation invoqué le plus fréquemment par les familles⁶. A cette demande, le CMPP (et il est le seul à Bastia à pouvoir le faire) va répondre par un traitement original de l'échec scolaire : la prise en charge est un acte de soins, sous tendue par une relation étroite avec la famille et l'École. Dans l'intérêt de l'enfant, tout en préservant le secret professionnel, et avec l'accord des familles, le CMPP demande à l'enseignant (du primaire ou du collège) de remplir une fiche de renseignements sur les acquis, le comportement, et plus globalement sur le regard que

⁵ sur le temps « non technique » des psychologues prévu dans la CCNT 66

⁶ Cf. données chiffrées au chapitre 1.2.3. « activité »

l'École porte sur l'enfant. La « feuille scolaire », permet éventuellement d'isoler le contexte scolaire, de l'ensemble de la problématique, ou son articulation au sein même de cette problématique.

Quand il s'agit de la collaboration CMPP/École, il convient de l'élargir à plusieurs réseaux. Il s'agit des personnels spécialisés du primaire organisés en RASED, la médecine scolaire, les infirmières des collèges et lycées, les directeurs, les conseillers d'orientation psychologues et les conseillers principaux d'éducation.

L'École a aussi ses instances de décision et d'orientation. CDES, CCPE, CCSD. Ces commissions sollicitent la collaboration du CMPP pour fournir des résultats de tests ou de bilans et plus globalement pour des informations nécessaires à la bonne connaissance de la problématique de l'enfant. Parfois encore ces commissions sont prescripteurs de soin. Le CMPP peut alors recevoir des familles adressées par la CCPE ou la CDES, dans le cadre de l'attribution de l'AES. Il sera souvent nécessaire de travailler pour faire émerger une demande réelle, au-delà de cette première préconisation, de surcroît si cette consultation conditionne l'AES...

Ainsi débute la relation associant l'École et le CMPP, dans la démarche d'amélioration de la situation de l'enfant. Mais ce partenariat privilégié a nécessairement des limites. L'École envoie « ses » élèves et le CMPP reçoit « l'enfant de ses parents », qui est accessoirement, « un élève » quand il est à l'École.

Ces paradigmes différents vont alimenter le « malentendu originel ». Les enseignants qui ont conseillé les parents pour la démarche CMPP sont de fait « prescripteurs », regrettant parfois de ne rien « recevoir en retour », en termes d'informations, de conseils ou de « recettes » notamment pour les enfants les plus difficiles. Ce regret, nous pouvons l'entendre et y travailler avec eux. En effet, le respect du secret médical partagé par l'équipe pose un cadre au contenu des entretiens. Ce cadre s'impose à nous comme à nos partenaires. Malgré cela nous essayons, sauf opposition de la famille, de favoriser au maximum l'échange des informations utiles et opportunes pour servir l'intérêt de l'enfant.

Au-delà des règles éthiques et professionnelles liées au secret, dans une analyse un peu plus polémique, il faut bien reconnaître que l'Éducation Nationale n'a que peu les moyens de ses ambitions en regard des textes de politique d'intégration scolaire.

En effet, les enseignants dans les classes sont souvent bien loin de pouvoir mettre en œuvre les différentes dispositions réglementaires. Une CLIS ne devrait pas se trouver dans n'importe quel groupe scolaire. Celui-ci devrait la considérer comme « un plus » et « jouer le jeu » de l'intégration de la classe spéciale dans l'école, de l'intégration partielle et progressive des élèves de la CLIS dans les autres classes dites normales.

Ce n'est pas forcément le cas dans toutes les situations, aussi les enseignants de CLIS cherchent-ils de l'aide devant les difficultés des enfants pour lesquelles ils ont peu de moyens, des appuis peu opérants et des formations indigentes.

Le CMPP est donc fort sollicité pour «colmater les brèches » dans le dispositif Éducation Nationale. Nous avons en effet à travailler vis-à-vis de l'École et avec elle, pour modifier les représentations ancrées et expliquer encore, dans une démarche redondante, que le CMPP n'est pas « un service » ou « au service » de l'Éducation Nationale, mais qu'il est au service des enfants et de leur famille, dont les enjeux et les intérêts ne sont pas nécessairement convergents avec ceux de l'institution scolaire. De ces pratiques heureusement en régression, naît un sentiment d'instrumentalisation du CMPP, et par-là même un risque de négation de l'enfant au profit de l'élève.

Un partenariat délicat avec les services sociaux et la justice

Parfois, ce sont des services spécialisés qui sont à l'origine de la consultation. Il s'agit des services sociaux, Aide Sociale à l'Enfance, foyers d'hébergement et MECS, AEMO, PJJ. La collaboration doit exister car le nombre des prises en charge est important pour les enfants ou adolescents placés. Le CMPP doit veiller à garder sa neutralité, quand la demande ne vient pas des personnes concernées, mais des services sociaux « désemparés ».

Malgré la réalité familiale et sociale, difficile et douloureuse, le CMPP doit offrir un espace neutre, indéterminé où doit émerger une propre demande, un projet de vie singulier.

Dans ce cadre, le CMPP peut être le premier détenteur d'informations graves. La question du signalement vient alors interroger le secret professionnel et médical. Chaque cas est envisagé dans toute sa spécificité, sans écarter aucune alternative ni obligation légale. Il en est de même dans les cas où la justice est saisie. La collaboration avec les juges (Juge des enfants, Juge des affaires familiales), les avocats est possible, mais dans le respect total du code de déontologie.

Les autres institutions

Le CMPP est le seul établissement comprenant des rééducateurs scolaires dans son équipe. Il existe cependant l'inter-secteur de pédopsychiatrie, qui est à la fois un allié et un concurrent avec le même public potentiel mais n'offrant pas d'aide psychopédagogique. La collaboration n'est pas établie de manière conventionnelle ou réglementée, mais elle est toujours possible. Certes elle pourrait être améliorée par des échanges plus établis, plus réguliers, avec des réunions ou une collaboration plus étroite entre spécialistes. Le CMPP souhaite une entente plus effective avec les médecins, les psychologues, les orthophonistes en libéral, les professionnels des autres institutions.

Les orthophonistes travaillent en collaboration avec les ORL qui font des bilans, des audiogrammes pris en charge sur le budget du CMPP.

Le CMPP propose parfois l'orientation dans d'autres établissements, comme l'hôpital de jour, ou l'IME. Le CMPP, moins dramatisé par les parents, est souvent le premier lieu de consultation. Il faut travailler alors avec la famille le passage dans le centre le mieux adapté au handicap. Cela suppose des échanges, des transmissions d'informations, donc de la confiance inter-institutions. Une des perspectives, un des objectifs de notre projet en cours d'élaboration se doit de recouvrir une démarche d'information et d'explication de notre travail afin de favoriser l'articulation du CMPP avec son environnement institutionnel.

1.3.3 DES BESOINS DE L'USAGER A CEUX DE L'INSTITUTION

Le traitement des difficultés et des besoins des enfants, y compris avec la prise en compte de son milieu de vie, a toujours été considéré comme la seule partie opérante de la mission du CMPP. Cette mission opérationnelle est restée identifiée uniquement comme une intervention où chacun des professionnels, selon sa formation, (médecins psychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, instituteurs spécialisés, assistante sociale...etc.), devait apporter à l'enfant et à sa famille le soin ou la prise en charge dont il avait besoin. Les divers partenariats devaient venir enrichir la prise en charge, le tout étant coordonné par le Directeur Médical.

Les mutations successives des populations et de l'environnement, les influences internes et externes liées à l'évolution des connaissances, des techniques de prise en charge et des politiques sociales successives, ont conduit le CMPP à prendre une distance opportune par rapport aux modes d'intervention jugés pertinents à l'origine de sa création.

Des réponses ont été successivement apportées pour aménager l'espace de soin, initiées dans l'immédiateté de la situation et à titre individuel de la part des thérapeutes. Cette gestion ponctuelle, individuelle et sectorielle de l'évolution, trouve sa justification dans les modèles, médical et psychanalytique, envisageant l'individualité du sujet, dans « l'ici et le maintenant ». Elle prévaut de surcroît, du fait de l'absence de contenant ou de fonction institutionnelle dont la vocation serait de trianguler et d'introduire une « loi institutionnelle » dans le rapport du thérapeute au consultant.

A travers les modèles, médical et psychanalytique, nous savons que ce qui fonde la consultation, cette rencontre intime entre le consultant et le praticien, échappe à l'institutionnalisation. Nous savons pareillement, qu'il est indispensable, si l'on veut penser le

CMPP en tant qu'une institution la mieux identifiée possible, de pointer précisément ce qui l'institue, où et comment cela s'institue.

Dans notre CMPP, la fonction institutionnelle a le plus souvent été réduite aux éléments de gestion administrative et financière, de dialogue social et d'organisation de la formation continue, ainsi qu'aux relations avec les organismes de contrôle et de tarification. Le projet du CMPP n'ayant jamais vraiment été institutionnalisé, ses contours sont restés flous, et ces dernières années l'implicite et l'usage ont imprimé un fonctionnement aussi rassurant que répétitif. La démarche d'intervention découlait encore d'une « logique de structure » avec ses effets sur les usagers. Il devient à présent nécessaire de renverser ce postulat pour partir de la situation du consultant dont les besoins viendront influencer sur les pratiques, le mode d'intervention, l'organisation et la gestion du centre. C'est de la demande des usagers que doit naître un processus évolutif d'adaptation de l'institution.

De ce processus, doivent émerger des besoins organisationnels propres aux objectifs que l'on s'est fixés, en tenant compte des moyens dont on dispose.

Restaurer la fonction institutionnelle reviendrait alors, tout en conservant les modèles fondateurs, à les enrichir par une structuration du rapport consultant/institution qui viendrait présider à la relation individuelle, transférentielle et thérapeutique. Restaurer la fonction institutionnelle nécessiterait encore de passer d'une évaluation ponctuelle, sectorielle et personnelle des situations, à des modalités d'évaluation institutionnalisées. L'institution doit donc se doter de moyens d'évaluer les situations et les réponses qu'elle y apporte, afin de proposer une réponse institutionnelle qui lui est propre, face aux difficultés et aux mutations de la société.

Pour « faire institution » il nous fallait d'abord poser le cadre de notre identité et celui de notre mission. Identifier les objectifs à atteindre et les moyens nécessaires.

Concrétiser cette volonté allait impliquer de revisiter nos modes de fonctionnement et les textes de référence, afin de savoir « ce que le CMPP fait pour identifier ce que le CMPP est » ; dans ses aspects de fond, de contenu, de sens social et de service rendu. Nous avons donc tenté comme point de départ de la démarche, une définition des objectifs et des modalités de l'acte Médico-Psycho-Pédagogique .

Nous avons retenu quatre points, quatre piliers fondateurs de notre travail au quotidien.

- Apporter une aide aux enfants en souffrance psychique et le plus souvent en difficulté à l'École en les maintenant dans leur milieu familial et scolaire.
- Cette aide clinique prend l'enfant dans sa globalité. Elle se fait en lien étroit avec les familles et en articulation avec l'institution scolaire, les milieux médicaux et sociaux qui le suivent.

- Elle est le fait d'une équipe pluridisciplinaire. Le diagnostic, l'élaboration de la prise en charge, le suivi, se font, pour part, en synthèse, lieu de réflexion et de travail collectif de l'institution.
- Le type de prise en charge que le centre peut proposer est multiple et la possibilité de la mise en place d'une cure analytique est affirmée.

Si l'avancement des travaux a permis de jeter les bases de notre projet, à travers une approche de « l'identité du CMPP » et de l'acte Médico-Psycho-Pédagogique, dans la logique de notre démarche, en regard des objectifs posés, une question méthodologique et éthique s'impose : « notre établissement est-il aidant et soignant ?...Pouvons-nous nous contenter de l'affirmer ?...»

Pour y répondre, nous avons identifié les domaines à investir et à analyser comme autant de moyens qui viendront servir nos objectifs. Envisager la réalité de plus en plus complexe des familles, définir le service que notre institution apporte aux consultants, ainsi que son action dans le contexte environnemental, prendre de la distance pour sortir de l'immédiateté de la réponse, formaliser les procédures implicites qui inhibent la créativité et l'adaptabilité, préciser les contours de notre identité afin d'être capables de communiquer efficacement avec nos partenaires.

Dans ce processus la démarche d'évaluation est incontournable. Elle s'est donc, dans le principe, aisément intégrée à notre dynamique de pensée. J'évoque à dessein ce « principe, aisément acquis de tous », car c'est dans l'opérationnalisation de la démarche que la difficulté essentielle allait apparaître.

Différentes questions vont émailler notre réflexion, afin de construire une réponse en forme de modèle d'évaluation, adapté à notre démarche d'élaboration de projet institutionnel.

- quel est le fonctionnement institutionnel du CMPP ?
- l'intervention pluridisciplinaire ne serait-elle pas qu'une sommation libérale d'actes individuels ?
- comment évaluer la complexité de l'intervention pluridisciplinaire ?
- quelle est la place donnée à la parole de l'utilisateur ?
- quelles règles éthiques et déontologiques ?
- que veut-on évaluer : le projet institutionnel ou le projet individualisé ?
- qu'est-il pertinent d'évaluer ? selon quels critères ? avec quel référentiel ? et quelle méthodologie ?

- évaluer pour qui ? pour quoi ? pour quel écrit ? quels en sont les enjeux internes et externes ?

L'intrication de ces paramètres nous ramène en définitive à deux questions où éthique et méthodologie sont intimement liées :

« comment la transversalité et la temporalité de l'évaluation vont-elles intervenir dans le processus d'élaboration du projet institutionnel ? »

« quels sont les modèles d'évaluation les plus pertinents pour donner vie aux projets individuels et au projet institutionnel du CMPP de BASTIA ? »

Aujourd'hui, la réponse à ces questions, si elle est médiatisée par les dispositions de la loi 2002-2, reste encore à construire.

Outil de mesure et processus de régulation, la démarche d'évaluation est le moyen de re-préciser et de réaffirmer nos valeurs. Elle apparaît plus que jamais prégnante dans sa transversalité mais aussi dans sa temporalité.

Dynamique présente et indispensable à chaque étage du projet, elle devient première et revendique même son antériorité de démarche et de culture, y compris en tant que concept méthodologique présidant à son élaboration.

DEUXIEME PARTIE
L'ÉVALUATION ACTE DYNAMIQUE,
MOTEUR DU PROJET

2 - L'ÉVALUATION ACTE DYNAMIQUE, MOTEUR DU PROJET

2.1 LA CULTURE DU PROJET ET CELLE DE L'ÉVALUATION

2.1.1 LES APPORTS ET LES IMPLICATIONS DE LA LOI 2002-2

Les droits de la personne : La loi 2002-2 concrétise l'avancée de la reconnaissance du droit de la personne, érigé comme une norme supérieure que toute institution doit avant tout respecter. Ce volet novateur, ouvre un large espace d'éthique pour l'énonciation des principes d'action et la mise en œuvre des droits des usagers. Il n'est donc pas surprenant qu'il prenne une telle place dans cette nouvelle loi.

Parmi ces droits, certains existaient déjà dans la législation⁷ : le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de la sécurité ainsi que la confidentialité des informations concernant la personne. D'autres droits vraiment nouveaux sont énoncés : l'accès de la personne à toute information relative à sa prise en charge, sa participation à la mise en œuvre du projet qui la concerne, l'information sur ses droits fondamentaux.

Le législateur prévoit des instruments pour la mise en œuvre de ces droits, je n'en citerai que trois qui me paraissent primordiaux dans le cadre de la prise en charge ambulatoire en CMPP.

1 Le livret d'accueil : il a pour vocation de présenter le CMPP, ses missions, ses objectifs, son organisation en termes administratifs et de moyens en personnel, les types de prises en charge, les services offerts aux consultants, ainsi que son positionnement par rapport au dispositif social, médico-social et au cadre scolaire qui constituent l'environnement de la personne. Ce document sera remis lors de la première visite de l'enfant et de sa famille.

Le rapport entre le «soignant » et le «soigné » n'est jamais exonéré d'un certain ressenti de «dépendance » voire de «soumission » même « librement consentie»⁸ de la part de l'utilisateur, surtout lors de la première consultation. Il semble alors primordial que ces personnes, dans une situation plus neutre, chez elles ou dans un lieu moins connoté, aient la possibilité de revenir avec le livret d'accueil, sur ce qu'elles ont retenu du premier entretien. Ce document va confirmer et compléter les propos de présentation entendus lors de la

⁷ Cf. article L.311.3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Droits de la personne.

⁸ JOULE R.V. BEAUVOIS J.L. *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Presses Universitaires de Grenoble. 1987 p 12

première visite ; ainsi, l'ouverture à cette information leur permettra de nous questionner plus avant lors des consultations ultérieures.

2 Le document (contrat) individuel de prise en charge : si les conditions de sa mise en œuvre ne sont pas encore complètement définies, je conçois ce document comme une contractualisation du projet individualisé.

Pour la plupart des CMPP, après la phase diagnostique (entretiens, bilans, examens, tests), la synthèse élabore un projet individualisé de prise en charge pour l'enfant. Avant de débiter cette prise en charge, la famille et l'enfant sont rencontrés pour que leur soient présentés les comptes rendus de bilans, les objectifs et la nature du travail envisagé avec l'enfant. Là peut intervenir la contractualisation, car avec les résultats des bilans, les objectifs à atteindre et les moyens proposés pour résorber les difficultés, seront évoqués les éléments et les modalités d'évaluation du travail projeté, ainsi que la date de la prochaine synthèse qui doit réexaminer ce projet individualisé.

Ce contrat de projet individualisé reste nécessairement soumis à l'accord de la famille et de l'enfant, du fait de leur démarche libre et volontaire de consultation, et donc d'adhésion au projet proposé. Proposer cette contractualisation c'est faire alliance avec la famille autour d'un projet commun. Cette alliance aura une portée thérapeutique considérable. De plus ce contrat a pour objet de réduire l'implicite et les représentations de chacun vis-à-vis du rôle et des attentes de l'autre. Enfin ce contrat est, et reste, révisable à tout moment, à la demande de chacune des parties : famille, enfant ou CMPP.

3 Le projet institutionnel : il est inséré, dans le CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles), un article L. 311-8 ainsi rédigé : «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 d'évaluation 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 oeuvre d'une autre forme de participation. »

La loi 2002-2 ouvre pour les CMPP le même champ d'exigences méthodologiques que pour les établissements régis par les annexes XXIV. Il s'agit là de se doter d'un outil institutionnel ayant pour objectif de redonner à toute institution des outils et un contenant méthodologiques, permettant de revisiter les modes d'intervention et leur pertinence à échéance de trois à cinq ans. Ce document a pour vocation de « cadrer » le mode d'intervention de l'établissement en mettant en tension ses missions et textes de référence, avec l'évolution des caractéristiques personnelles et environnementales de la population à laquelle il s'adresse.

Il doit définir les missions et finalités du dispositif institutionnel et à quel public ses services sont accessibles. Il doit préciser les moyens matériels humains et financiers mis en œuvre, les moyens méthodologiques, opérationnels et les partenariats investis, ainsi que les modalités d'évaluation qui permettront de communiquer et de réguler les modes d'intervention, en fonction de l'évolution des besoins des consultants.

L'évaluation : avec le droit des personnes, l'une des dispositions les plus importantes de la nouvelle loi, est sans doute la mise en place de procédures d'évaluation.

1 Deux modalités d'évaluation sont prévues par le législateur

- ***une évaluation interne***, menée selon des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Art. L.312-8 du CASF : « Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. »
- ***une évaluation menée par des organismes extérieurs*** à l'établissement : « Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ».

2 Une complémentarité pour les deux modèles

Le législateur, en posant le principe selon lequel deux modalités d'évaluation doivent être mises en œuvre, l'une interne et l'autre externe, affirme une bipolarité, entre d'une part, l'évaluation-contrôle par un organisme externe et d'autre part, l'évaluation interne qui produira du sens et donnera vie au projet.

Contrôler une conformité pour la première et fournir des informations aux acteurs eux-mêmes pour la seconde, les buts de ces deux modalités d'évaluation sont différents mais complémentaires dans l'esprit du législateur. Ils ont pour fonction de faire émerger des institutions médico-sociales pertinentes face à la demande et cohérentes avec les orientations des politiques sociales et des optimisations de financement.

Par ailleurs, sur un plan plus général éthique et déontologique, confier aux professionnels la responsabilité de mener leur démarche d'évaluation, de faire valider leur propre référentiel de « bonnes pratiques », est une proposition de reconnaissance, de validation et de légitimation institutionnelle. Cette dimension participative promue en direction des professionnels du secteur médico-social, vient renforcer nos chances d'investir durablement une position éthique en direction des usagers.

L'appropriation des logiques de ces deux modalités d'évaluation, nous permet aussi de consolider notre légitimité. Tout d'abord en rendant compte de nos choix, de notre stratégie, de ses effets et de ses résultats après une évaluation interne. Ensuite, en rendant compte de notre travail par la transparence de nos actions face aux cahiers des charges établis par le législateur à visée d'une évaluation par des organismes extérieurs. La nouveauté dans ce dispositif législatif est dans les deux cas la communication des résultats de l'évaluation aux autorités chargées de délivrer les autorisations.

Nous devons bien être conscients que l'évaluation (polymorphe et polysémique) est une partie intégrante de toute démarche de projet. Cependant, une évaluation « contrôle de conformité », (recherchant des éléments présents ou absents selon un référentiel extérieur normalisé pour un type d'établissement, référentiel différent de celui de l'institution), n'a de véritable crédibilité opérationnelle que si elle s'inscrit dans la cohérence et la complémentarité d'une évaluation interne, productrice de sens pour les professionnels que nous sommes, engagés dans le projet institutionnel. Ainsi, il est clair que les deux volets de l'évaluation voulus par le législateur, doivent rester deux approches complémentaires et indissociables d'une même réalité.

La « lettre » de la loi 2002-2 repositionne l'exigence réglementaire vis-à-vis de la nécessité méthodologique et éthique de la démarche de projet et d'évaluation. Le rôle du directeur sera certes d'appliquer la « lettre », mais aussi de faire vivre « l'esprit » de cette loi au quotidien, dans le contexte social, politique et économique, interne et externe à l'institution.

2.1.2 LA CULTURE D'INTERVENTION

En 27 années d'existence, le CMPP de Bastia a trouvé et construit la place qui est la sienne au sein du dispositif d'ensemble du département. La prédominance pour une approche de travail individuel, s'est enrichie de la prise en compte de l'environnement familial, scolaire et social de l'enfant.

Au cours du temps, le renouvellement des personnes a apporté un savoir-faire, une expérience, une approche parfois originale et enrichissante pour toute l'équipe. La compétence et le professionnalisme restent des constantes, pourtant l'implicite et l'habitude ont émoussé la réactivité de l'institution depuis une bonne quinzaine d'années.

Si l'association a consolidé une image de sérieux et de savoir faire en termes de gestion de ses établissements médico-sociaux, la culture associative et institutionnelle n'a pas été revisitée à la lumière des changements sociaux, des tableaux pathologiques plus complexes et intriqués avec le social, et de l'évolution législative.

Jean-Pierre BOUTINET⁹ pour qualifier ce mode de fonctionnement, évoque les sociétés traditionnelles « sans projet, dominées par la sédentarité et le souci de conserver les valeurs culturelles héritées du passé » où le rapport au temps serait à l'opposé de la projection et de l'anticipation, « un temps affaibli, un peu laissé pour compte, mais jaloux de son présent et qui veille sur ses morts ».

Je mettrai en perspective cette conception fortement ancrée au modèle « traditionnel » mais qui prend le temps de faire vivre le lien social, avec notre culture moderne et technologique qui ne parle plus qu'en multiplicité de projets, de gestion optimale et d'optimisation. C'est le fantasme actuel d'une hypothétique maîtrise totale de l'espace et du temps par une minorité de « sachants », assimilant trop souvent le sort des personnes exclues du système, à des logiques technocratiques.

En forçant un peu le trait qui stigmatise ces deux modèles, en les superposant, émerge la nécessité de ne pas les opposer mais plutôt de souligner l'importance de la valeur culturelle et du lien social véhiculés par le premier, avec celle de la projection et de l'anticipation paradigme du second, quand doit se dessiner toute démarche d'organisation d'une action et de conception de projet.

Dans le travail social en direction des groupes humains, et plus encore dans l'action au service de la personne en difficulté, le souci de cohérence des sociétés traditionnelles vecteur de culture, est à associer au souci de pertinence de notre société moderne, vecteur de projet.

⁹ BOUTINET J. P. *Anthropologie du projet*. Presses universitaires de France. PARIS : 1990 p 12

C'est bien dans cette dynamique que je souhaite inscrire l'élaboration du projet institutionnel au CMPP de Bastia. Pétri de compétence, de professionnalisme et d'éthique, éléments forts de notre culture institutionnelle, il est voulu comme un processus explicite, clair et lisible, pertinent et adaptatif, permettant à l'institution de répondre à des situations de difficultés et de souffrances pour les enfants et leurs familles, rencontrées dans un cadre personnel, familial, social ou scolaire.

La prise en charge, le service individualisé, représentent la réponse institutionnalisée que le CMPP apporte à la demande de l'enfant et de sa famille. Sur un critère de pertinence, elle vise une transformation par amélioration de la situation initiale avec résorption des difficultés. Sur un critère de cohérence, elle vise la prise en charge de l'enfant en lien avec son milieu. Les notions de partenariat et d'ouverture sont alors très importantes.

Plusieurs facteurs vont concourir à la réalisation de ce processus et la qualité de la prise en charge dépendra de la bonne appréciation de la situation initiale de l'utilisateur, de la détermination d'objectifs pertinents, de la mise en œuvre de moyens et de techniques de prise en charge adéquats, d'un travail de partenariat efficace ainsi que des modalités de régulation de ce dispositif à travers une méthodologie d'évaluation.

Un regard critique sur nos pratiques nous oblige à constater que nous sommes loin de ce fonctionnement que l'on pourrait qualifier « d'idéalité », en regard de la méthodologie de projet.

En effet dans notre établissement, nous pouvons affirmer que la situation initiale de l'utilisateur est correctement examinée et analysée pendant la phase diagnostique. De même la qualité du travail de soin ou de rééducation avec l'enfant et sa famille, ne soulève aucune réserve. Cependant, toutes les étapes intermédiaires où l'institution doit jouer « à plein » le collectif et la dialectique, sont à révisiter entièrement.

Il s'agit de la phase très importante de la synthèse initiale, de celle relative au réexamen du cas pour réajustement en cours de soin et de celle relative à l'arrêt de la prise en charge. J'évoquerai à peine la longueur des délais entre la demande initiale et la prise en charge effective, ainsi que les problèmes de coordination entre les professionnels pour la même prise en charge, les listes d'attente...etc.

Pour exemple de pratiques à revoir, je citerai la synthèse initiale, où nous assistons trop souvent à la mise en œuvre « directe » d'une technique de prise en charge, (séances de psychothérapie, d'orthophonie, de psychomotricité, ...) juste sur le constat de problèmes s'y référant, mais sans avoir explicité auparavant les objectifs poursuivis lors de la prise en charge, les indicateurs ayant pour vocation de traduire une évolution, ni l'échéance à laquelle la situation doit être réexaminée en synthèse.

Ce volet du travail collectif est donc réduit à la responsabilité individuelle, de chaque thérapeute, comme est renvoyée à la même responsabilité individuelle, l'opportunité de réexaminer le cas de l'enfant en synthèse de parcours.

Le contenu institutionnel, c'est à dire le projet actuel du CMPP, ressemble fort à la sommation libre et aléatoire du travail de chacun. Constat d'insuffisance dans la réalité actuelle, cette carence d'institution est le lot de nombreux CMPP, conséquence de la culture professionnelle, historique et endémique à notre secteur, selon laquelle le modèle d'intervention médico-psychanalytique est structuré autour d'une relation qui peut se suffire à elle-même. Ce modèle d'intervention n'est pas explicité en termes d'objectifs, de moyens ou d'évaluation, intégrés à une stratégie d'ensemble, mais bien en des termes individuels, subjectifs et transférentiels.

La subjectivité est bien une des composantes essentielles et indissociables du travail en CMPP, comme le rapport au temps psychique du sujet et le lien transférentiel qui se noue avec le thérapeute. Cependant ce volet «technico-clinique » de l'intervention ne doit pas réduire le professionnel à cette seule fonction. Il doit lui laisser aussi l'espace nécessaire pour nouer une relation avec la fonction institutionnelle, clarifiant ses rôle et place au sein de celle-ci.

Quand à la fonction institutionnelle tant invoquée, la structurer dans la symbolique et dans la réalité, relève évidemment de la responsabilité du directeur, de sa conception institutionnelle et de sa politique de GRH. Il doit animer le lien de l'usager avec l'institution, mais aussi dynamiser le lien que chacun des professionnels entretient avec l'institution.

Ces énoncés de constats et d'intentions, pour être clairs, ne sont pas pour autant « linéaires » et simples à dépasser. Il nous amènent à soulever antérieurement une double question, celle de la « culture d'intervention » et celle de la « méthodologie de travail ».

Par « culture d'intervention », il faut comprendre la conception individuelle et collective que nous avons de notre travail au CMPP de Bastia. Cette culture, s'est élaborée de façon plus ou moins implicite au fil du temps avec les apports personnels et professionnels de chacun, le contexte institutionnel et historique de l'établissement, la politique associative et les influences de l'environnement.

Parmi ces éléments constitutifs, je citerai volontairement à part les problématiques des consultants car si elles sont (ont été) présentes, avec le temps passé, l'habitude installée et l'implicite intégré, la « culture d'intervention » s'est surtout cristallisée autour des caractéristiques de l'institution au détriment de celles de l'usager.

Par « méthodologie de travail », il faut entendre les modalités pratiques d'analyse des situations et de mise en œuvre des moyens pertinents, pour atteindre les objectifs visés. C'est un outil de clarification, d'explicitation et d'ajustement de la démarche mise en œuvre, face à une demande d'aide, de conseil ou de soin. Pour garantir sa validité, la « méthodologie de travail » doit être constante tout en permettant de faire face à chaque situation avec la même efficacité. La mise en œuvre d'une « méthodologie de travail » pertinente va produire une prise en charge adaptée à chaque situation, en dégagant bien ce qui identifie le caractère individuel des difficultés de chacun des consultants.

Pourtant, la « méthodologie de travail » ne peut pas se substituer pour autant à « la pensée » concevant le projet d'intervention. Elle va néanmoins servir cette pensée, la guider pour permettre l'anticipation. Elle ne donnera pas d'indications sur les choix à privilégier et les décisions à prendre ; elle garantira par contre la cohérence de la démarche, mais pas forcément celle du projet, qui relève quant à elle de la pertinence des différentes analyses et des modalités d'évaluation de ce dernier.

Comme il en est du processus « adaptation/assimilation » décrit par Piaget, la mise en œuvre régulière d'une méthodologie va opérer un processus d'intégration. La culture d'intervention pourrait être une généralisation, une appropriation de la méthodologie. C'est un processus qui se construit et imprègne les professionnels, lorsque les règles méthodologiques sont parfaitement explicitées.

Le passage de la méthodologie à la culture ne repose donc pas que sur la mise en œuvre ou la répétition, Il est indispensable de susciter là quelque chose de l'ordre de la conviction de l'acteur, quand à la nécessaire utilité de l'action.

Cette « culture d'intervention », réalité complexe, le directeur doit savoir l'intégrer comme une composante majeure, dans l'élaboration de sa stratégie de GRH, l'objectif à terme étant de la faire évoluer vers une culture du projet et de l'évaluation, c'est à dire :

- accepter la transparence, l'explicitation des objectifs avec l'incertitude de les atteindre, la définition des moyens à mettre en œuvre et ainsi l'explicitation de ce qui va être le support de la relation entre soi et l'autre en difficulté.
- accepter de prendre des responsabilités, des risques et de commettre éventuellement des erreurs d'appréciation, accepter de les reconnaître et savoir les réguler au plus tôt.
- accepter de répondre de manière explicite aux questions sur le sens de notre travail.
- accepter de fixer des objectifs connus de tous, donc concevoir la confrontation avec des modèles, des avis et des intérêts divergents, en bref accepter le principe de l'évaluation, « répondre de l'acte » et du sens, à « l'incontournable curiosité du tiers »¹⁰

¹⁰ SOUVIAT F. Répondre de l'acte, l'incontournable curiosité du tiers. *Communautés Educatives*, décembre 2000, n°113 pp 51-53

Pour conduire le changement, le directeur doit donc privilégier une GRH pédagogique et participative, l'explicitation de la démarche et de l'objectif poursuivi. La relation humaine et la gestion des ressources humaines rejoignent ici l'éthique que l'on se doit de respecter vis-à-vis de l'utilisateur comme du professionnel. La culture d'intervention imprégnée des concepts d'évaluation et de projet, se trouve ainsi fondée au confluent de la méthodologie et de l'éthique.

2.1.3 LA GÉNÈSE DU PROJET AU CMPP DE BASTIA

Une incitation au projet :

Dès 1999, la FG PEP (Fédération Générale des Associations Départementales des PEP) située à PARIS, a fortement incité ses adhérents et ses directeurs à élaborer leur projet d'établissement, proposant même des appuis méthodologiques pour les premières étapes. Le directeur alors en place au CMPP, a souhaité répondre à cette sollicitation dans un souci de modernisation et de « mise aux normes » du centre. L'association gestionnaire a été préalablement consultée et une décision du conseil d'administration a entériné les travaux projetés.

Le directeur a choisi de demander l'appui d'une formatrice sur la méthodologie instrumentale du projet pour quatre séances, et d'une autre personne médecin psychiatre, directrice médicale du CMPP de METZ, pour quatre autres séances afin de mener une réflexion sur nos pratiques. Le financement de cette opération a été possible pour un montant de 43 000 francs, par notre OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé) PROMOFAP, sur sollicitation du « fonds d'intervention ». Cette décision prise en concertation avec les représentants du personnel, visait à ne pas amputer les financements nécessaires aux formations déjà prévues sur le plan de formation.

En ce qui me concerne, sans l'avoir sollicitée, j'ai reçu directement de la part du C.A. de l'association, une délégation pour conduire les travaux d'élaboration de ce projet. La délégation m'a été confiée sur proposition du directeur, au motif que j'allais débiter une formation CAFDES et que cela serait très formateur pour moi. La suite allait lui donner raison, au moins sur ce point.

Pour le reste, une conception très « instrumentale » du projet à mettre en place, traduisait le manque de maîtrise des préalables conceptuels, et surtout de ce pourquoi il était devenu nécessaire de s'engager dans une démarche de projet. Pour exemple, aucune relation à l'utilisateur n'était clarifiée, la stratégie de GRH n'était pas organisée, les relations partenariales totalement absentes même si elles existaient dans la réalité.

Ce positionnement était le reflet d'une conception autocentrée de l'institution, devenue figée sur ses propres caractéristiques, « oubliant » le contexte environnemental, la place de l'utilisateur et les ressources humaines prévues pour son service. Ce qui identifie remarquablement cette « dérive », c'est que le fonctionnement au quotidien est loin d'être aussi sombre que l'implicite qui s'en dégage. Le projet semblait donc conçu implicitement comme un descriptif exhaustif mais figé du fonctionnement interne de notre institution.

Il semble aisé aujourd'hui de faire la critique, a posteriori, d'un défaut de maîtrise du concept de projet et de ses larges implications à tous les niveaux institutionnels. Pourtant, comme tous, je me suis laissé prendre au jeu du « document écrit » qui nous ferait rentrer en conformité avec les incitations de notre fédération, selon les attendus du projet de rénovation de la loi 75-535. L'écrit solennel et gratifiant nous validerait à travers nos actes et nos déclarations d'intentions. Le processus de changement, corollaire du projet a bien été évoqué, mais il s'est vite dilué face à l'objectif de réalisation et d'écriture de ce document.

J'étais à ce moment-là directeur adjoint du CMPP, sans délégations de l'association, mais avec une délégation du directeur pour animer l'équipe des enseignants et de façon moins formelle, pour le seconder dans toutes les tâches administratives et de gestion des « salariés ». Dans la réalité, la politique de GRH n'étant pas définie, ma position pour être cohérente et loyale au sein de l'équipe de direction, s'est révélée fort inconfortable, car des conceptions différentes nous opposaient sur la façon de gérer les relations avec les personnels et leur lien avec l'institution. Avant moi, la GRH était d'ailleurs attribuée de façon tout aussi informelle au délégué des personnels, personnage « ressource » en toutes circonstances, exerçant au CMPP en tant que psychologue clinicien.

Pour ma part, la délégation que j'avais reçue ressemblait fort à une injonction paradoxale puisque des objectifs étaient fixés, mais je n'avais ni la latitude des moyens ni celle de la stratégie, prérogative première revendiquée par le directeur. Compte tenu de ces divers éléments, les travaux que j'avais à conduire n'avaient que peu de chances d'aboutir, sauf à la production de ce « document écrit », projet alibi bien malgré nous, descriptif qui n'avait du projet que l'intention de l'être, et qui ne permettrait certainement pas d'engager le changement ni de s'engager dans une démarche de projet. La suite allait me donner en partie raison.

En janvier 2000, débuta ma formation CAFDES nécessitant une absence mensuelle qui me sera doublement bénéfique ; par la formation d'abord, mais surtout par la prise de recul qu'elle imprime dans le temps et dans l'espace. La conduite de ma délégation allait peu à peu se modifier pour privilégier la réflexion sur le service que nous rendons à l'utilisateur, ainsi que la dimension participative dans la conduite de la GRH.

Une élaboration progressive :

Parallèlement au désengagement progressif du directeur, ma marge de manœuvre s'élargissait pour investir la dimension participative entre deux séances de travail, espacées d'un mois environ. Je pouvais ainsi accompagner les deux formatrices, structurer l'aide qu'elles nous apportaient afin de permettre à chacun de s'approprier la démarche. Ces travaux ont été très précieux pour moi et pour toute l'équipe. Ils ont représenté un appui indispensable sur la méthode à appliquer dans les premiers instants et aborder les questionnements pour que ressortent les points forts et les points faibles, le rôle et la fonction de chacun, ainsi que l'analyse critique des modalités de prise en charge et de fonctionnement institutionnel. L'ensemble des personnels a donc adhéré « intellectuellement » et participé activement à cette démarche réflexive et novatrice pour nous.

Au cours de l'analyse de « l'existant », soulever les points négatifs n'a représenté cependant qu'une redite, - l'insatisfaction devant le déroulement implicite de la synthèse, la longueur générale de mise en route des prises en charges, notre inertie générale de fonctionnement, nos difficultés à prendre des décisions quand aux enfants devant relever ou non du CMPP - , tous ces points avaient déjà été soulignés de manière récurrente à chaque période de crise dans l'institution.

Il est néanmoins remarquable de constater (encore et toujours) que l'analyse qui a été menée devant un tiers extérieur a permis un engagement plus fort de chacun vis-à-vis de la nécessité de changer. En effet, jusque-là jamais le lien n'avait été fait entre les points faibles, l'explicitation d'un idéal de fonctionnement et la mise en œuvre réelle d'une procédure de changement, comme s'il s'agissait d'un symptôme dont on se plaint mais auquel on s'accroche, car on s'est organisé avec sa présence. Envisager sa disparition nécessiterait une réorganisation complète, tel un système qui doit se rééquilibrer après la modification de l'un de ses éléments. La résistance au changement s'origine aussi dans l'incertitude et la crainte face à ce qui sera une nouvelle réalité.

Une prise de conscience s'est donc opérée chez les personnels, les amenant à porter un regard plus critique sur notre institution ; cependant, dans la concrétisation écrite de nos travaux engagés avec les formatrices et l'ensemble de l'équipe, nous sommes restés sur la production, dans le courant de l'année 2000, d'un écrit purement **descriptif**.

Il présente notre cadre réglementaire, nos missions et nos finalités, la population habituellement reçue, les rôles et fonctions de chacun au sein de l'établissement ainsi que des relations extérieures. Ce descriptif se conclut par une évocation des points à faire évoluer et le souhait de construire une méthodologie d'évaluation.

Cette ébauche de démarche n'a pas de dimension projective ou anticipative, c'est la partie statique et descriptive du projet ; elle a néanmoins permis de dégager un bénéfice pour les professionnels et l'institution. Pour la première fois, il y a eu élaboration en commun d'un écrit présentant le rôle et la fonction de chaque type de profession. Au delà de cet écrit, le rôle de tiers des deux formatrices, a parfaitement triangulé la relation des professionnels avec l'institution et provoqué une adhésion convaincue à la « critique » de notre mode d'intervention.

Au mois de septembre 2000, le directeur présentait un congé de maladie qui allait se prolonger jusqu'à sa mise à la retraite en septembre 2001. Après m'avoir demandé d'en assurer le remplacement sur un intérim d'un an, le conseil d'administration de l'association me nommera à la direction du CMPP, sans que je sois pour autant remplacé au poste de directeur adjoint.

En réexaminant notre travail dès ma prise de fonctions en septembre 2000, il m'est apparu encore plus évident que notre démarche n'avait pas atteint le niveau de réalisation escompté, c'est-à-dire une projection et non une simple description.

Avec l'analyse que permet le recul, nous avons brûlé plusieurs des étapes prépondérantes et indispensables à l'investissement d'une telle démarche. Tout d'abord, la décision de s'engager dans un projet n'était pas une nécessité soulevée et reconnue par un travail de l'équipe, mais bien une volonté externe à cette dernière.

La seule volonté du directeur ne saurait non plus y suffire, car c'est bien d'un travail global, cohérent et commun dont il s'agit, issu d'une volonté de réajustement vis-à-vis des problèmes soulevés dans le contexte interne et externe à l'établissement, mais surtout en relation directe avec les besoins des usagers. Ensuite, la centration immédiate sur l'écrit « produit fini », était prématurée car elle éludait complètement le temps nécessaire à l'émergence d'une projection, processus d'anticipation qui est l'essence même de la démarche de projet.

Si aucune démarche de changement n'avait encore été évoquée, le contexte devenait sans doute plus favorable du fait de l'adhésion de l'équipe. En potentialisant le travail déjà effectué, il fallait s'engager dans une démarche concrète pour initier le changement. Le plus difficile restait évidemment à faire, c'est-à-dire nous recentrer sur les questionnements de base : pourquoi devons-nous changer ? Que fallait-il changer et pour quelles nouvelles pratiques ? Pour viser quelles améliorations, en direction de qui et dans quel contexte environnemental ?

Ce recentrage devrait éviter un document figé et « stérile », et favoriser l'émergence d'un document « d'orientation » et d'un processus de projection, d'anticipation, telle une

entreprise de changement, sur un critère de pertinence par rapport aux usagers et de cohérence par rapport à nos missions, à nos moyens et à notre environnement.

Il fallait donc commencer par identifier ce à quoi étaient « ancrées » les procédures, par nous-mêmes tant de fois décriées. Pour avoir obtenu une telle « stabilité » institutionnelle dans l'espace et le temps, il fallait bien un ancrage de « l'institué »¹¹ dans les trois dimensions, à savoir : l'implicite dans les relations internes et externes, la ritualisation et la chronicisation des procédures, la vision autocentrée sur les besoins de l'institution.

Quand les motivations et les objectifs du changement commencent à imprégner la culture de l'équipe, le passage par l'écrit de quelque nature qu'il soit permet la clarification des idées et des concepts. Cette phase peut être utilisée pour construire un outil de référence, un support de communication et un moyen de régulation. Elle concerne toute l'équipe, impliquée dans la construction d'un langage commun.

Un autre positionnement :

Ce travail de clarification des préalables a pour but de nous repositionner :

dans un rapport premier à l'utilisateur,

- par une relecture de nos missions et du type de population auquel elles s'adressent. Cette lecture doit s'opérer à la lumière de l'évolution de leurs caractéristiques par rapport à celles décrites dans l'annexe XXXII de 1963¹².
- par une ré-interrogation des finalités de l'établissement selon un critère de pertinence vis-à-vis des besoins observés. C'est ce qui est visé, de l'ordre de la réduction des difficultés pour une meilleure adaptation personnelle, familiale, sociale et scolaire.
- par une affirmation de la volonté de proposer un service individualisé, issu des missions et finalités, mais personnalisé par la prise en compte de la spécificité de chaque situation, et par la contractualisation des objectifs et modalités de la prise en charge. Chacun des projets spécifiques, en direction de chaque enfant ou famille qui consulte, fait partie intégrante du projet global. Ces deux éléments servent de support, pour expliquer le contenu, le but et les moyens de notre travail proposé. Le cadre thérapeutique est ainsi placé, expliqué et soumis à l'accord des usagers.
- par une identification des partenariats nécessaires à une meilleure appréhension globale de la situation de l'utilisateur.

¹¹ LOUBAT J. R. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Dunod. PARIS : 1997 p4

¹² évolution des caractéristiques des populations - page 7 de ce document

dans un rapport dynamique des personnels à l'institution

- par un recentrage sur nos moyens humains, matériels et financiers, potentiel d'action de l'institution. Là peut se réinvestir le travail effectué par les personnels sur leur rôle et fonction et sur la variété de leur approche au consultant.
- par une définition du mode opératoire : c'est-à-dire préciser l'objectif et le contenu des procédures que nous allons utiliser. C'est une dynamique circulaire qui tend à garantir l'actualisation et la régulation permanente du projet : analyse de l'existant, et projection vers une réalité souhaitée, identification des objectifs à atteindre, moyens à mettre en œuvre avec une prise en compte des contraintes et ouvertures, échéance de réajustement et d'évaluation. Le projet est donc un outil fédérateur qui favorise la cohésion, mais qui permet aussi d'enrichir la culture spécifique du CMPP, en laissant la part des savoir-faire, des cultures professionnelles de chacun. Le projet d'établissement peut être considéré comme un carnet de bord et un guide. Il donne un cadre et des repères, il définit le rôle et la fonction de chacun, réaffirme des valeurs, permet de favoriser une dynamique interne, d'engager une démarche d'analyse et définit des stratégies.

dans un rapport dynamique de lisibilité et de partenariats

C'est une interface avec l'environnement, potentialisant les relations extérieures. Le projet favorise donc la lisibilité de l'action du CMPP par l'ensemble des partenaires. Il permet de mieux faire connaître les missions, les services, les orientations spécifiques, l'originalité et la complémentarité avec les autres structures. Il vise donc à favoriser les interactions et les partenariats avec l'environnement.

dans un rapport de transparence avec les tutelles

Vis-à-vis des tutelles, le projet est également un outil d'explication, d'explicitation, de clarification et de justification de nos choix vis-à-vis des missions et de la gestion des dépenses publiques. C'est une interface entre le mandant et l'opérateur, qui posera des bases claires lors du contrôle et de l'évaluation.

dans un rapport de cohérence avec l'association

Le projet d'établissement, en cohérence avec le projet associatif permet de revisiter les valeurs et la philosophie fondatrice, fondements idéaux et politiques de l'association gestionnaire. Le projet d'établissement fait donc le lien entre la culture institutionnelle et le CMPP en devenir.

2.2 LE CMPP DE BASTIA, UNE INSTITUTION EN RECHERCHE D'EFFICACITÉ

2.2.1 L'ANTÉRIORITÉ DE L'ÉVALUATION SUR LE PROJET

Nous avons développé le postulat selon lequel le CMPP n'existe que pour répondre aux besoins des consultants et non l'inverse. Ce postulat est étayé par les deux axes majeurs de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; celui traitant du droit des personnes et celui sur l'évaluation.

Nous avons abordé les caractéristiques nécessaires au modèle d'intervention d'un établissement social et médico-social actuel. Pour revendiquer la qualité, la prise en charge se doit de **conjuguer la cohérence** (prise en compte de la personne avec son histoire et son environnement, selon nos missions, moyens et finalités), **avec la pertinence** (du service individualisé à la personne en réponse à ses besoins spécifiques).

Dans ce travail de mémoire, il s'agit maintenant de développer l'hypothèse selon laquelle il y a antériorité de la démarche d'évaluation par rapport à celle de la mise en projet et qu'en construisant avec les professionnels du CMPP, une culture d'intervention empreinte de celle de l'évaluation, la mise en projet de notre mode d'intervention et notre mode d'intervention lui-même, seront plus efficaces.

Mon objectif final est donc d'atteindre une meilleure efficacité dans notre mode d'intervention et le moyen que je revendique pour atteindre cet objectif est l'appropriation d'une nouvelle culture d'intervention basée sur le concept d'évaluation. Pour ce faire, je mets en œuvre les moyens de la GRH à travers une démarche de clarification et d'explicitation des intentions, des objectifs, des moyens et de chaque étape de l'action au quotidien.

Le principal objectif opérationnel est la clarification et l'explicitation afin de comprendre pour produire du sens dans l'action. « Chercher à mieux comprendre et améliorer sa pratique, la modifier, l'adapter à des besoins .../...en évolution, dans un contexte social lui aussi en transformation rapide¹³ ».

Évaluer c'est comprendre les problèmes à traiter, le choix des modes d'intervention et les résultats. Évaluer c'est mieux connaître ce que l'on produit dans la réalité des faits et non des seules intentions. Telle est la conception de l'évaluation que je me suis attaché à promouvoir pour commencer à « colorer » la culture d'intervention du CMPP de Bastia.

¹³ SCHALLER J. J. *Accompagner la personne en difficulté. Politiques sociales et stratégies de direction*. DUNOD, PARIS : 1999 p 169

La méthodologie d'action à l'œuvre dans ce travail, nous amène à un processus identitaire collectif, recherche de « totems ¹⁴ », opératoire dans la construction d'une culture de l'intervention en CMPP.

Nous avons identifié dans la première partie de mon travail de mémoire, la difficulté à « faire institution » du fait de l'hyper individualité de la relation médico-psychanalytique, et de sa quasi autosuffisance, alimentant le « tabou ¹⁵ » de tous les CMPP, à savoir cette ambiguïté endémique du libéral au sein de l'institutionnel. Il y a donc nécessité de tiers, c'est l'institution et au delà de celle-ci, c'est la culture d'intervention qui triangule. Elle inscrit l'institution dans le temps par un processus de recul et de projection à la fois : savoir ce qu'on **fait**, s'arrêter dans les fonctionnements, se mettre de côté pour dire les pratiques, les mettre en distance afin de « re-faire » ensuite.

C'est un tiers instituant, un état des lieux et un état des liens qui projette en extension voire en transcendance. Dans la relation transférentielle, deux tiers fonctionnent déjà au CMPP : les tutelles et les familles. La culture d'intervention pourrait constituer le troisième tiers.

Le lien entre la culture et l'évaluation est direct. En effet, évaluer c'est se référer à ce qui fait sens, c'est-à-dire identifier ce qui fait sens pour chacun, de façon à construire ce qui fera sens pour tous. La première étape de la démarche nous invite donc nécessairement à passer par une clarification et une explicitation des questions préalables.

1. Qu'est ce qu'évaluer ?

Evaluer certes, c'est contrôler pour vérifier un **état statique**, l'instantané d'une situation par rapport à un référent ou un modèle (comme dans une situation de bilan ou de diagnostic), mais évaluer c'est aussi dans une **situation dynamique**, comprendre l'effet de l'action, pourquoi la visée n'a pu être atteinte et se poser la question de la pertinence des moyens et de la cohérence de l'ensemble de la démarche. Contrôler produira de la connaissance, alors que comprendre produira du sens.

De manière théorique, Albert Luc HAERING ¹⁶ nous indique : « évaluer, c'est mettre en relation explicitement ou implicitement, un référé - ce qui est constaté - avec un référent - ce qui est souhaité, la norme - et porter un jugement de valeur sur l'écart entre réalité et idéalité. Évaluer, c'est opérer une lecture orientée de la réalité. L'évaluation est enracinée, ainsi, dans la subjectivité des acteurs. »

¹⁴ FREUD S. *Totem et tabou*. PBP. n°77

¹⁵ Ibid

¹⁶ HAERING A. L. *La qualité de l'action sociale et son évaluation*. 1^{ère} édition, Genève :2000 p 27

Dans le cas de l'évaluation interne, il s'agit d'un acteur collectif utilisant un référent explicite et élaboré collectivement. Au-delà de l'adhésion de principe des professionnels à la nécessité du changement, il faut comprendre qu'évaluer constitue une réponse concrète à nos attentes, en termes de méthodologie et d'outils permettant d'envisager les changements à venir, selon un cadre contenant et dont le sens est identifié et reconnu de tous et de chacun.

2. Pourquoi évaluer ? La réponse à cette question est apportée par une lecture critique de la réalité actuelle du CMPP de Bastia. Elle appelle de nombreux réajustements sur l'organisation globale de la prise en charge (temps trop long entre la première prise de contact et le début de la prise en charge, manque de concertation entre les différents acteurs d'une même prise en charge, déroulement des synthèses trop implicite sans véritable objectif avec seulement les moyens qui sont proposés, pas d'échéance fixée pour le réexamen de la situation de l'enfant – pas de contractualisation avec les familles et l'enfant, plus globalement le fonctionnement et la fonction institutionnelle en relation avec la prise en charge).

L'évaluation va nous permettre de déterminer ce que nous aurons à changer, les modalités et les moyens à utiliser, puis il faudra à échéances régulières réexaminer la réalité et la variation de certains indicateurs liés à cette réalité (délais, méthode de synthèse, place de la parole de l'utilisateur dans le contrat, nombre de malentendus avec les usagers et les partenaires, l'avis des consultants et de leur famille sur l'ensemble de la prise en charge). Il faudra donc évaluer l'impact des changements apportés, sur la réalité institutionnelle du CMPP et sur la réalité personnelle du consultant pris en charge au CMPP.

3. Que va-t-on évaluer ?

- **La pertinence** : celle du service rendu à l'utilisateur en regard de ses besoins. Il s'agit bien à travers la mise en place d'un projet institutionnel intégrant des projets individualisés, de personnaliser l'intervention, c'est-à-dire de considérer la personne comme unique, avec ses caractéristiques de personnalité et de contexte, affirmant l'existence d'une situation qui sera particulière à chacun des consultants, nécessitant un traitement individualisé.
- **La cohérence** : ou le sens de la prise en charge et celui de ses effets sur la situation de l'utilisateur en regard de nos missions, de nos moyens humains, matériels et financiers. La fonction primordiale de l'évaluation pour les acteurs du projet, est **la production de sens**. En effet, pour les acteurs du projet institutionnel, il est plus important de comprendre, de faire du sens avec l'action et ses effets, que de constater des écarts entre deux situations statiques. L'objectif de l'évaluation est bien d'être dans l'action, partie intégrante de celle-ci,

propriété des acteurs qui vont s'en saisir pour comprendre ses effets et ainsi pouvoir l'adapter, la réadapter et la réguler en permanence.

4. Comment procéder ? La méthodologie à mettre en œuvre sera issue de la confrontation des idées, chaque débat est conduit par le directeur selon deux exigences : une exigence de résultat :

- S'atteler à un problème et proposer un axe de changement, *par exemple le raccourcissement de la phase diagnostique*, le travail initial sur ce sujet ne doit pas dépasser les 2 heures que dure la réunion.
- Arrêter la méthode et prendre une décision concrète ayant une répercussion immédiate. *Par exemple, pas plus de deux bilans pour le même enfant avant le passage en synthèse.*

et une exigence de moyens et de méthode :

- La participation de tous pour l'élaboration
- La validation de la décision par chacun
- La consignation de toute décision dans le classeur institutionnel
- L'expérimentation faite nécessairement en équipe
- L'analyse critique du changement dès la réunion suivante

Nous savons que la méthode repose sur une boucle expérimentation/amélioration et que les résultats s'affineront avec l'avancement de nos travaux.

Évaluer la pertinence de ces outils en cours de prise en charge régule la démarche d'ensemble. Le directeur quant à lui, reste le garant de la validation de ce processus. L'évaluation est donc une logique d'apprentissage organisationnel pour servir le projet d'intervention et elle représente le moteur de son élaboration. C'est à la fois une dynamique initiale et continue, aussi bien sur le plan de la relation à la personne, que sur le plan du projet institutionnel.

Comme le souligne Albert Luc HAERING, l'évaluation est une méthodologie herméneutique c'est à dire interprétative, et dialectique par confrontation des idées avec leur dépassement par la discussion. Elle représente un système ouvert où les objectifs peuvent évoluer au fur et à mesure du déroulement de l'évaluation. Ceci permet une autonomie responsable des acteurs du projet et un apprentissage organisationnel. Elle constitue une aide à la prise de décisions par l'émergence d'un référent objectif issu de la confrontation des différentes subjectivités.

La régulation de tout processus de projet ne peut s'opérer que selon des critères d'évaluation, une modalité, un référentiel et des indicateurs, construits élaborés et identifiés

par les acteurs ayant posé le projet. L'ensemble de ces éléments représente les valeurs communes reconnues de tous et de chacun dans l'institution.

Jean-Jacques SCHALLER parle « **d'évaluation de modèle dynamique** » en désignant chacun des aspects évaluatifs du projet :

- le processus d'évaluation doit tenir compte de la complexité des données en interrelation,
- l'évaluation se réfère toujours à un système d'interprétation des valeurs,
- l'évaluation est une partie intégrante du projet,
- le processus évaluatif interagit avec l'action elle-même et la modifie au cours de sa réalisation,
- l'évaluation ne doit pas se contenter uniquement d'observer les écarts, (même si la mesure des écarts reste un des paradigmes de l'évaluation),
- l'évaluation est un processus d'apprentissages des acteurs plus qu'un contrôle sur eux,
- l'évaluation est l'affaire des acteurs concernés,
- construire les outils de l'évaluation avec les acteurs ce qui ne dispense pas de l'extériorité d'un évaluateur garant de la démarche.

Ainsi, l'évaluation assume bien sa position d'antériorité culturelle et méthodologique vis-à-vis de la mise en projet. Selon Albert Luc HAERING, elle permet aux acteurs de réorienter le projet, en s'appuyant sur une objectivité issue de la discussion et de la confrontation de toutes les subjectivités. **Elle permet donc de construire la culture et la réalité institutionnelle, référentiels sur lesquels pourra se fonder le projet.**

2.2.2 LE CHANGEMENT INSTITUTIONNEL PAR L'ÉVALUATION

Envisager le changement procède d'une mise en projet, le projet se définissant au départ comme « un mouvement qui, prenant appui sur la définition de la réalité présente, se donne pour représentation un avenir esquissé, orientant les buts de l'action ¹⁷ ».

Nous avons vu que ce processus de projet, institutionnel ou individualisé, se déroule selon plusieurs étapes :

- observation et exploration de la situation initiale à la lumière d'une demande ou d'une commande selon les finalités du CMPP,

¹⁷ BROCH CROS 1992 in HAERING A. L. *La qualité de l'action sociale et son évaluation*. 1^{er} édition, Genève : 2000 p 79

- détermination des objectifs à atteindre selon un critère « d'idéalité » de situation,
- détermination et mise en œuvre de moyens ou de dispositifs d'action pertinents pour atteindre les objectifs fixés,
- analyse de la situation après action, mise en relation avec la situation initiale, mesure de l'écart et « jugement de valeur » sur cet écart. Ce jugement de valeur est une appréciation de la réalité à la lumière de l'intention. Le terme « intention » traduit la démarche de projet et « l'appréciation de la réalité » traduit la dynamique de l'évaluation comme moteur du projet.

En distinguant l'évaluation des projets personnalisés - *en quoi la personne a changé ?* - de l'évaluation du projet institutionnel - *en quoi l'établissement a procédé, contribué ou influé sur le changement de la personne ?* – nous examinerons chacun des 4 points listés précédemment.

Chacun de ces points **met en œuvre de l'évaluation**, ce que je qualifierai de **procédure évaluante**, mais chacun de ces points peut être lui-même **soumis à évaluation**, ce que je qualifierai de **procédure évaluée**. Il s'agira là bien sûr, de niveaux d'évaluation avec des objectifs et des référentiels différents. Je passerai en revue chacun de ces 4 points en précisant comment intervient l'évaluation et quel est le processus mis à l'œuvre.

1. Observation et exploration de la situation initiale :

Du point de vue de la **procédure évaluante**, l'évaluation est initiale à visée diagnostique pour identifier les éléments à faire évoluer, les objectifs à atteindre, elle permet d'installer l'aide. Dans le cas du projet individualisé de la personne, cette évaluation pourra être un bilan ou un examen psychologique, psychométrique, orthophonique,... avec un professionnel du Centre. Dans le cas du projet institutionnel, l'évaluation initiale sera une analyse du contexte fonctionnel ou environnemental à faire évoluer.

Du point de vue de la **procédure évaluée**, il s'agit de s'interroger sur la nature et le type de protocoles et de références utilisés pour le diagnostic ou l'analyse du contexte fonctionnel ou environnemental.

2. Détermination des objectifs :

La situation initiale examinée, des objectifs sont fixés ; par exemple, la résorption de l'anxiété ou de l'agressivité, l'amélioration de la coordination visuo-motrice, la diminution des troubles de l'articulation et de la parole, l'amélioration des capacités cognitives d'analyse et de synthèse...etc. Dans le projet institutionnel, ils peuvent représenter le réajustement des procédures d'accueil ou la réduction de la durée de la phase diagnostique... etc.

Du point de vue de la **procédure évaluante**, il faut rechercher si ces objectifs sont pertinents et réalisables en regard de l'analyse de la situation initiale, des besoins du consultant et du but à atteindre, dans le cadre des finalités du CMPP.

Du point de vue de la **procédure évaluée**, il s'agit de s'interroger sur la chaîne hypothético-déductive, sur le référentiel ayant présidé à leur détermination, ainsi que sur la cohérence de la poursuite éventuelle de plusieurs objectifs simultanément.

Cet aspect de l'évaluation renvoie principalement à l'organisation méthodologique du fonctionnement institutionnel et de la synthèse ainsi qu'aux dimensions stratégiques de la ligne de décision ou de soin. Comme le souligne Albert Luc HAERING, les analyses initiales, les finalités et les objectifs, sont rarement l'objet d'évaluation car ils font souvent consensus.

Il est cependant très important pour notre démarche, d'y accorder le même statut d'exigence, vis-à-vis de l'explicitation et de l'évaluation, que pour les points plus concrets qui porteront précisément sur les résultats et les effets de l'action.

En effet, l'explicitation et l'évaluation sont en relation directe avec la fonction méthodologique, décisionnelle, stratégique et donc institutionnelle de la synthèse ou plus globalement organisationnelle dans l'établissement.

3. Détermination et mise en œuvre de moyens ou de dispositifs d'action :

Les objectifs étant fixés, il faut déterminer les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs ; nous pouvons citer les séances d'entretien et de psychothérapie, de travail individuel ou groupal, les rééducations, le travail médical, les diverses collaborations intérieures et extérieures ponctuelles ou systématiques , les partenariats plus institutionnalisés comme avec l'école ... etc.

Concernant le projet institutionnel, il pourra s'agir de la tenue de réunions de travail en interne ou en externe avec d'autres professionnels, de formation du personnel à la méthodologie, de l'élaboration d'outils et de procédures qui vont concourir à affiner l'analyse, la clarification et l'explicitation.

Du point de vue de la **procédure évaluante**, il est nécessaire d'évaluer les procédures institutionnelles, leur cohérence et leur efficacité, ainsi que les modes de prise en charge individualisés (soin et rééducations), l'état des liens intérieurs et extérieurs, les partenariats et la coordination générale.

Du point de vue de la **procédure évaluée**, il s'agit d'évaluer leur cohérence avec la finalité du CMPP, mais aussi avec toutes les composantes personnelles ou contextuelles liées à l'utilisateur. Par exemple, si l'acte de soin a un coût pour le CMPP et donc l'Assurance Maladie, ce travail de soin a aussi un coût pour l'enfant. Nous mettons ainsi souvent en rapport, le temps de transport pour venir au CMPP avec la durée de la séance. La question du temps est très importante, car le CMPP de Bastia a un rayonnement sur l'ensemble de la

Haute-Corse, département rural où les déplacements ne se comptent pas en kilomètres mais en temps. Il est fréquent d'avoir une heure de transport pour 45 minutes de travail. Ceci induit de la fatigue et de « l'usure » dans la motivation de l'enfant et de sa famille, surtout si plusieurs séances sont prévues dans une même semaine.

De même, le temps d'absence de l'établissement scolaire imposé par l'ensemble (trajet + séance) doit être évalué par rapport au temps de soin au CMPP. Une séance de soin de 45 minutes au CMPP représente souvent une demi-journée d'absence scolaire pour l'enfant.

Cette réalité nous repositionne, s'il en était encore besoin, face à une responsabilité qui dépasse le cadre du CMPP car elle renvoie à la prise en compte concrète de la globalité de l'enfant. Il est donc primordial d'évaluer ce facteur temps par la mise en perspective du « gain pour l'enfant par le soin », avec le coût et les inconvénients que génère cette prise en charge.

Cette évaluation, par les enseignements qu'elle nous permet de tirer, nous amène à rechercher les meilleurs partenariats possibles avec des relais locaux (soutien dans l'école par des personnels spécialisés de l'E.N. et prises en charge par les antennes de l'inter secteur de pédopsychiatrie).

De manière plus générale la cohérence de moyens renvoie donc au ~~coût~~ même du dispositif organisationnel et décisionnel de l'institution et de la synthèse. Il est question de la dotation et du choix des moyens matériels, humains et financiers, mais aussi de la qualification et de la formation des personnels.

En définitive l'évaluation du choix et de la mise en ~~œuvre~~ des moyens, renvoie à la gestion globale par le directeur, de l'action intérieure et extérieure à l'institution.

4. Analyse de la situation après action :

Après la mise en ~~œuvre~~ des moyens, actions et dispositifs d'action, il est nécessaire d'en mesurer les effets sur la situation du consultant. L'observation d'une situation nouvelle par rapport à la situation initiale est consécutive à une modification. Par exemple, les progrès de l'enfant sur le plan scolaire, la réduction de l'agressivité, des troubles de l'articulation, l'amélioration de son comportement en famille...etc. La situation de l'enfant peut donc s'améliorer, mais aussi se dégrader ou rester stationnaire sur une longue période,

Sur le plan institutionnel, il en est de même. Malgré nos efforts, la phase de diagnostic reste toujours trop longue. En parallèle la synthèse se déroule de façon plus rigoureuse depuis la mise en ~~œuvre~~ du canevas de projet individualisé.

Ici, l'évaluation est **terminale**, pour faire le point sur les éventuelles modifications (dans la situation de l'utilisateur ou l'organisation institutionnelle). Cependant cette évaluation terminale rejoint l'évaluation **initiale** car elle n'est qu'un point d'appui pour réajuster l'ensemble du projet. Elle permet le redémarrage du processus, mais à un niveau différent.

Du point de vue de la **procédure évaluante**, il y a mesure de l'écart entre la situation de départ et la situation à ce jour, ainsi qu'une mise en perspective avec les objectifs visés.

La question peut se poser du rapport entre les moyens mis en œuvre (qualité, quantité, intensité, fréquence) et les résultats observés. Un rapport de causalité peut être tenté quant à l'estimation des effets de la prise en charge sur la situation de l'utilisateur.

Du point de vue de la **procédure évaluée**, nous pouvons certes considérer les modifications et changements observés, comme le résultat des effets produits par les actions entreprises. Cependant l'approche évaluative en analysant les changements doit inviter à la prudence, à la contre-analyse et à la modestie. En effet, les facteurs en jeu sont multiples, intriqués, et parfois totalement étrangers aux effets de la prise en charge.

Les changements observés ne sont donc pas forcément une conséquence **entière et totale** de l'action. Cette analyse a besoin de s'inscrire dans l'espace et dans le temps. Nous pouvons parler alors **d'actions concourant au changement**.

Je garde encore en mémoire deux anecdotes savoureuses mais néanmoins très caricaturales et significatives. Tel était le cas de cet enfant suivi en psychothérapie pour agitation et pour lequel une brusque amélioration s'est révélée être, par la suite, une conséquence de l'arrêt de certains médicaments.

De même, le cas de cet autre enfant dont la mythomanie naissante préoccupait le psychologue qui le suivait. Lors d'une séance de thérapie, l'enfant prétendit avoir vu le jour même, en venant au CMPP, des autruches qui couraient le long de la route nationale au sud de Bastia. Devant cette improbable réalité, mais la possibilité d'une certaine aggravation du cas de l'enfant, le thérapeute resta perplexe ;... jusqu'à ce que la presse du lendemain fit état qu'un éleveur local avait importé des autruches vivantes en vue de faire commerce de leur chair et qu'il avait dévolu à ces grands oiseaux des terres australes, un important espace situé le long de la route nationale au sud de Bastia !!!

Ces deux situations citées volontairement en raison de leur caractère « extrême », sont néanmoins tirées de notre proche expérience. Elles militent pour la nécessité de prudence quant à attribuer trop rapidement du sens au changement et de surcroît un sens qui entérinerait la voix de notre désir au détriment de la réalité de l'utilisateur.

2.2.3 LES OUTILS MÉTHODOLOGIQUES

Les outils méthodologiques de notre « institution en recherche d'efficacité », font partie de la stratégie générale de gestion des ressources humaines promue par le directeur. L'évaluation n'est pas forcément un processus ponctuel extraordinaire ou un ensemble de techniques sophistiquées. C'est comme nous l'avons souligné dans un chapitre précédent, une « culture d'intervention », nourrie dans un premier temps de procédures d'évaluation empiriques, qui prendront statut d'outils méthodologiques, canevas concrets qu'il faudra s'astreindre à formaliser pour mieux les développer.

En nous appuyant sur le contexte d'adhésion généré par la démarche de construction du projet, chacun des membres de l'équipe est associé aux objectifs généraux que nous poursuivons. **Nous allons développer des procédures concrètes d'évaluation pour alimenter la mise en place de notre projet institutionnel, réduire les points faibles que nous avons évoqués en commun avec les formatrices et ainsi permettre d'améliorer nos pratiques et la globalité de la prise en charge des consultants.** Il s'agit comme le développe Guy CAUQUIL « d'évaluer pour évoluer », « l'évaluation participative pouvant devenir un vecteur de changement culturel et social .»¹⁸

Les outils que nous avons mis en place jusque-là au CMPP, ne sont pour l'instant que des procédures opératoires. Elles sont voulues « basiques » mais structurantes pour le déroulement des travaux à venir. Leur fonction principale est la structuration de l'existant par une démarche de clarification et d'explicitation des actions et des intentions.

Je les déclinerai en trois grandes catégories bien évidemment non hermétiques : les procédures logistiques, stratégiques et opérationnelles.

1. Les procédures logistiques : c'est la structuration organisationnelle qui permet de poser un cadre commun, dans la mise en œuvre du travail, pour un objectif identifié de tous.

- **Les séances de travail et de réunions :** le mode de travail est déterminé, c'est une construction en commun car les objectifs généraux sont posés et partagés par l'ensemble de l'équipe. La présence de chacun est donc nécessaire à chacune des réunions organisées deux fois par mois.

¹⁸ CAUQUIL G. Dix années d'évaluation structurante. in *Les Cahiers de l'Actif*. Mai/Août 2000 n°288/291 Mai/Août 2000 p 16

- **Le calendrier des réunions** est déterminé dès la rentrée de septembre pour que nos travaux s'inscrivent dans un temps organisé. En effet les réunions institutionnelles ont trop souvent fait office de « parent pauvre » à côté de « l'importance » du soin. Il est donc nécessaire de leur conférer un rôle à la hauteur de leur statut.
- **Un ordre du jour précis** est le fil directeur de chaque réunion.
- **Un secrétariat de séance** systématique permet de tout noter ; les échanges d'idées, les prises de position, les résistances, les débats, les propositions et les décisions. La rédaction du compte rendu de séance fait l'objet de la validation par le directeur puis ce dernier est renvoyé à l'ensemble de l'équipe.
- **Un classeur des réunions institutionnelles** tenu par la secrétaire de séance a été mis en place. Il contient les ordres du jour de chaque réunion ainsi que les comptes rendus. Il est à la disposition de tous.
- **Un cahier de liaison** est à la disposition de tous pour y noter les questions que chacun souhaiterait voir traiter. Il contribue à alimenter l'ordre du jour des réunions suivantes.
- **Un casier nominatif** a été prévu pour chacun des membres de l'équipe, afin d'y recevoir toute correspondance et informations institutionnelles. Il contribue à la responsabilisation, la valorisation et à la représentation que chacun se fait de son appartenance à l'institution.

2. Les procédures stratégiques :

- **l'information des personnels** se fait toujours par affichage et par note distribuée dans le casier de chacun.
- **La transparence** est voulue de la part du directeur, vis-à-vis des objectifs. De même, une exigence est affirmée quant à la prise en charge, au plan qualitatif et quantitatif, à savoir des enjeux politiques et financiers.
- **L'information régulière** de l'équipe en termes d'évolution des politiques sociales (loi 2002-2), d'actualité sociale, de formations et de recherche, travaux de l'ANCE sur le fonctionnement des CMPP, lectures et d'articles traitant du sujet qui nous occupe (l'évaluation, le droit des usagers, la synthèse, le projet ...etc). Chacun des personnels est destinataire de ces documents et ils sont commentés à la réunion suivante.
- **la participation de chacun** est sollicitée pour s'exprimer sur un problème, prendre position, examiner, voire déterminer en commun le problème à traiter et la façon la plus adaptée de s'y atteler pour le régler.
- **Le respect de la parole** de chacun prévaut.
- **Le directeur valide les décisions prises en commun** dans le cadre de ces travaux. En cas de désaccord le directeur tranche en dernier recours.

4. Les procédures opérationnelles : elles sont le résultat des travaux rendus possibles grâce aux deux procédures, de logistique et de stratégie¹⁹.

- **la désignation d'un référent** : pour chaque enfant suivi, une des personnes contribuant à la prise en charge est « référente » du cas. Sa fonction est de veiller à la coordination entre les divers intervenants à l'intérieur et à l'extérieur du CMPP, à entretenir des relations avec la famille et les partenaires, à la consignation dans le dossier de divers éléments (fiche de suivi, fiche de projet individuel).
- **La réorganisation des bilans** pour la réduction de la durée de la phase diagnostique. Les enfants avec leur famille seront vus en bilan par un des 5 psychologues ou le médecin psychiatre directeur médical, ou encore l'assistante sociale thérapeute familiale. Chacun des enfants pourra ensuite être orienté ou non vers un bilan « technique » (orthophonie, psychomotricité, psychopédagogie). Pas d'autre bilan ne sera alors proposé avant le passage en synthèse.
- **La mise en place d'une fiche de suivi individuel** : c'est le déroulé dans le temps des événements de la prise en charge. Sont notés par le référent les comptes rendus de visites ou de contacts téléphoniques (école, AEMO, PJJ ...). Cette « fiche de suivi » complète la « fiche de projet individuel », car elle mentionne le suivi des relations extérieures, des décisions de commissions (CCPE, CCSD, CDES) ; elle mentionne toutes les informations que le référent jugera utiles à la transparence et à la compréhension du cursus de la prise en charge.
- **La mise en place d'une fiche de projet individuel** : c'est ce que nous avons trouvé de plus efficient pour l'usager et l'institution. En effet, cette fiche de projet a été élaborée en commun afin de formaliser le projet individualisé de l'enfant selon une méthodologie classique du projet : ***situation initiale – objectifs – moyens - situation après action - évaluation - redémarrage du processus.***

Dans tous les cas et dans chaque procédure évaluative, il est nécessaire de dégager des indicateurs dont la variation témoigne dans le temps et dans l'espace, de l'évolution de la situation. Il est par ailleurs nécessaire de fixer des échéances régulières donnant lieu au réexamen de la situation du consultant. L'usager est ainsi inscrit dans la réalité de l'espace et du temps institutionnel, ce qui ne prédispose en rien d'une appréciation différente vis-à-vis du temps psychique du sujet, dans l'espace de sa relation transférentielle avec le thérapeute ou le rééducateur.

Cette fiche prévoit en plus de ces modalités, une observation sur la phase diagnostique, la fréquence du travail, les partenariats, la contractualisation avec la famille et l'enfant, ainsi que les différentes échéances auxquelles la situation sera examinée.

¹⁹ cf. documents en annexe

Cette fiche de projet est bénéfique à la cohérence et à la pertinence de la prise en charge de l'enfant, mais elle a fait en parallèle évoluer considérablement la perception que chacun avait de la synthèse. En effet, d'une part cette fiche est remplie en commun, d'autre part elle est organisée de manière à susciter une explicitation importante des intentions visées, des actions à mener, et de la contractualisation du projet avec la famille et l'enfant.

La mise en place de cette fiche de projet nécessite encore la gestion d'un agenda pour les dates auxquelles les dossiers doivent être réexaminés. Ainsi, les enfants sont déjà inscrits sur le listing des synthèses de parcours. Plus aucun enfant ne passera tout le temps de sa prise en charge sans voir sa situation réexaminée (échéance 3 à 6 mois).

Les outils méthodologiques évoqués ci-dessus peuvent apparaître comme des avancées par trop timides, ou par trop timidement colorées d'évaluation. Cependant ils correspondent bien à des produits institutionnels évalués en cours de développement pour réguler une situation évaluée comme non satisfaisante. La pratique de l'évaluation se retrouve bien à toutes les étapes du projet :

- l'analyse critique de l'existant avec évaluation des procédures en cours,
- l'évaluation de la pertinence des objectifs posés et de leur faisabilité,
- l'évaluation des moyens à mettre en oeuvre avec la prise en compte de toutes les ressources de l'institution,
- l'évaluation des résultats de l'action (par expérimentation des outils opérationnels avec leurs divers réajustements) en regard des objectifs fixés.

Ces procédures méthodologiques ont été élaborées depuis un an et demi environ, avec le souci de ne pas déstructurer complètement un univers de cette stabilité et de cette ancienneté. Il fallait s'assurer auparavant que les fondements seraient stables. Les fondements en l'occurrence, sont les ressources humaines de l'institution et c'est sur elles que je fonde le potentiel de changement.

L'évaluation pratiquée par l'équipe du CMPP a donc été cantonnée à la mise en oeuvre de procédures préparant à une structuration méthodologique et à une articulation non moins méthodologique avec le projet institutionnel à élaborer. Ces procédures ont cependant déjà structuré l'approche empirique que chacun des personnels pouvait avoir de l'évaluation.

Il nous reste encore du chemin à parcourir, nous aurons donc à construire des référentiels et des indicateurs pour les projets individuels ainsi qu'à formaliser les référentiels et les indicateurs pour le projet institutionnel. Beaucoup de travail en fait ? J'ai cependant la conviction que le plus délicat a été déjà abordé.

Il nous reste enfin à élaborer notre référentiel de bonnes pratiques !

2.3 L'ÉVALUATION ET LES STRATÉGIES DE DIRECTION

2.3.1 UNE POLITIQUE DE LEGITIMITÉ

Je me suis engagé depuis le mois de septembre 2000 dans une procédure de réexamen des fondements culturels et des pratiques d'intervention du CMPP de Bastia.

Il s'agit pour moi de resituer le projet institutionnel dans son contexte de projet associatif, de missions et de moyens humains, matériels et financiers, au service des personnes en difficulté. C'est là un des volets majeurs de la fonction de direction.

Cette fonction éminemment politique renvoie au domaine du sens, à celui des orientations générales et à celui de la décision²⁰. Elle s'actualise dans le contexte intérieur et extérieur de l'institution à travers le rôle que le directeur va jouer, rôle légitimé par la délégation de pouvoir qui lui est concédée par l'association gestionnaire.

C'est cette délégation qui fonde la légitimité du directeur dans la conduite de son institution et dans la mise en œuvre de sa politique globale de gestion de l'entreprise sociale. Cependant, la notion de délégation s'accompagne du principe indissociable de « compte rendu » de cette délégation.

L'évaluation représente alors l'interface entre mission et action, théorie et pratique, elle fait lien entre idéalité et réalité, pour faire exister concrètement cette notion de « compte rendu » de délégation. Elle va donc venir renforcer la légitimité du directeur et plus précisément celle de sa politique.

Evaluer c'est ainsi se réapproprier la légitimité ou en investir d'autres modalités en se conformant à l'esprit et à la lettre de la loi. C'est rendre plus visibles nos actions et leurs effets, en les rapportant à nos missions et finalités, à celles de l'association, ainsi qu'à la totale « considération²¹ » de la réalité des usagers.

La lisibilité des procédures, la transparence des actions et la cohérence de l'inscription dans l'environnement, relevant de la **responsabilité** globale du directeur, le « compte rendu » participe de la légitimité et donc de cette responsabilité. Il concrétise le lien nécessaire avec l'association gestionnaire, les organismes de contrôle et de tarification comme les organismes payeurs, les usagers et aussi les équipes engagées dans le projet d'intervention. Il est donc important de signaler que si l'évaluation légitime le directeur, elle légitime aussi les équipes dans leur travail.

²⁰ MIRAMON J. M. *le métier de directeur techniques et fictions*. éditions ENSP, Rennes : 2001 p 191

²¹ utilisé ici selon sa double acception : 1) considérer, examiner, évaluer, pour prendre en compte.

2) considérer, estimer, respecter.

Vis-à-vis de l'association gestionnaire, l'évaluation apparaît comme un compte rendu de délégation. Ce processus de réponse et de « feed-back²² », vient confirmer le bon exercice de cette délégation et renforce ainsi la légitimité de la politique du directeur.

L'évaluation est aussi un instrument de vigilance et de veille active, permettant au directeur d'alerter l'association sur l'évolution des besoins et de l'environnement. Le conseil d'administration aura alors le choix de repositionner ses options politiques d'intervention dans le cadre de son projet associatif. C'est là un autre aspect du compte rendu de la délégation et une autre source de légitimation du directeur et de ses actions.

Pour exemple, dans le passé c'est bien le directeur du CMPP qui, en aiguillonnant l'association au sujet des besoins non couverts dans le domaine de la petite enfance, a permis la création d'un CAMSP et d'un établissement en direction des enfants malvoyants et malentendants.

A l'heure actuelle, de ma position de directeur du CMPP, les différents éléments d'analyse de besoins au sujet des enfants reçus au Centre, m'amènent à conduire au nom de l'association, un projet de création d'un SESSAD dont la DDASS et l'Éducation Nationale confirment la nécessité.

Vis-à-vis des organismes payeurs, de contrôle et de tarification, l'évaluation de la mise en œuvre de notre mode d'intervention permet la justification de l'utilisation des moyens alloués. De plus, elle renforce notre crédibilité et notre légitimité quand nous sollicitons que soient examinés de nouveaux besoins, éléments concrets venant étayer les travaux d'organisation et de planification concernant les schémas régionaux et départementaux.

Ce mode de fonctionnement a permis la construction de relations positives avec la DDASS et les services sociaux du Département. Ainsi ces relations m'ont conduit à mieux inscrire le projet d'établissement dans l'environnement institutionnel, en participant à l'élaboration du schéma régional du handicap, du plan « Handiscol », du schéma départemental de protection de l'enfance et m'ont amené à être désigné comme membre du jury de la Conférence Régionale de Santé depuis l'année 2000.

Vis-à-vis des usagers, le directeur est à l'interface du projet d'intervention dont il est le garant, et de l'éthique nécessaire à la mise en œuvre de ce projet en direction de chaque personne en difficulté. Ici, l'évaluation doit passer d'une conception archaïque de la personne « objet d'évaluation », à l'implication du sujet comme acteur de sa prise en charge et de l'évaluation de celle-ci.

²² Terme anglo-saxon synonyme de rétroaction (dictionnaire Hachette), retour des effets de l'action.

La participation des personnes à l'évaluation des actions qui les concernent, légitime ces dernières et leurs modalités de mise en oeuvre. Par ailleurs cette participation renforce leur pertinence en évitant que les procédures d'intervention et d'évaluation ne se normalisent.

A l'heure actuelle, la mise en oeuvre du livret d'accueil et du contrat de prise en charge personnalisé, qui sont en cours d'élaboration au CMPP de Bastia, renforceront encore la légitimité de notre politique, car ces deux documents traduisent une « mise en conformité » avec la lettre et l'esprit de la loi 2002-2.

2.3.2 UNE STRATEGIE DE RÉGULATION

Nous avons vu que l'évaluation vient servir la politique de légitimité du directeur. Cette politique doit s'accompagner d'une stratégie de régulation pour concrétiser la démarche du « comment faire » afin d'atteindre les objectifs visés. Là encore, le régulateur de ce dispositif sera l'évaluation, évaluation des situations, des moyens en oeuvre et de la pertinence des objectifs poursuivis.

Si l'analyse de la situation est un enjeu stratégique pour l'organisation des modalités d'intervention, c'est l'évaluation qui permet de légitimer les objectifs. C'est notamment l'évaluation initiale du fonctionnement du CMPP qui a légitimé le besoin de changement et l'engagement effectif de chacun des membres de l'équipe dans une démarche de projet.

Il faut cependant distinguer différents types d'évaluation et c'est sur un « concept dynamique » qu'est basée ma stratégie. « Le choix des techniques de saisie de résultats et de données est moins important que la vigilance que l'on va se donner pour suivre ce qui se passe²³ » et réorganiser les actions qui vont permettre de réguler le processus du changement.

Jean-René LOUBAT parle aussi d'**évaluation fonctionnelle**²⁴, non pas pour apprécier l'efficacité du service, mais pour améliorer l'organisation, la mise en oeuvre de dispositifs, de procédures et l'utilisation des ressources. Elle relève du management général, avec ses outils nombreux et repérables empruntés à la GRH, à l'ergonomie et aux sciences de l'organisation.

²³ MIRAMON J. M. *le métier de directeur techniques et fictions*. éditions ENSP, Rennes : 2001 p 188

²⁴ LOUBAT J. R. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Dunod. PARIS : 1997 p 192

Dans le fonctionnement d'une entreprise sociale coexistent dans la complexité, des interactions, des facteurs techniques, politiques, administratifs, financiers et éthiques. L'évaluation permet d'en clarifier les enjeux, d'en identifier les influences pour en réguler les effets, permettant ainsi au directeur de conduire une stratégie plus pertinente par rapport au contexte intérieur et extérieur de l'établissement.

Pour être pertinente, une stratégie doit proposer les moyens adéquats, visant des objectifs fondés sur une prévision. Elle doit prendre appui sur des constats éclairés par une analyse de la réalité. L'évaluation est donc une dynamique, un principe et une démarche concrète de régulation de toutes les composantes intervenant dans la réalité du fonctionnement institutionnel.

- **L'évaluation** intervient dans le cadre de la gestion budgétaire et financière de l'institution. Le budget n'est que la traduction financière du projet d'intervention ; la gestion des moyens matériels et financiers n'est donc pas morcelée, elle représente une stratégie d'ensemble. Elle doit aboutir à la conscience du coût global des actions menées pour évaluer, entre autres, l'ambition d'un projet et sa capacité de réalisation ou de réajustement. De plus le directeur, citoyen, responsable et gestionnaire de l'argent public, doit veiller à optimiser les ressources allouées en fonction des besoins de son établissement. Comme nous l'avons évoqué plus haut, là encore la démarche d'évaluation représente un outil de régulation au service de la stratégie du directeur.

- **L'évaluation** intervient aussi à travers la dynamique de la méthodologie du projet, avec ses aspects de contrôle, de régulation et de prospective, dans la nécessité d'une constante recherche d'adéquation face à l'évolution des problématiques des usagers. L'élaboration de projets nouveaux devient donc un besoin et une conséquence, légitimés tous deux par la démarche d'évaluation.

Mieux se connaître pour mieux se faire connaître, élaborer un processus d'analyse et de régulation des pratiques, en déduire de nouvelles modalités d'évaluation afin d'améliorer la qualité des soins proposés dans notre institution, telles ont été les motivations initiatrices de ma stratégie de régulation.

Mais mieux se connaître pour mieux se faire connaître est aussi un souci de lisibilité de notre action pour nous-mêmes et pour nos partenaires, qui a pour objectif de favoriser les échanges et faciliter la compréhension. Il réaffirme les bases de notre identité et de notre action auprès des usagers et des professionnels, il renforce ainsi la validité de nos partenariats sur la base de relations structurantes.

- **L'évaluation** intervient encore, dans la mise en place d'une politique dynamique de gestion des ressources humaines. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les recrutements nouveaux et la variable du GVT (Glissement Vieillesse Technicité) nécessitent une stratégie de régulation dans laquelle l'évaluation va intervenir à plusieurs niveaux.

L'évaluation des besoins en formation continue étaye la démarche de projet. En effet, les nouveaux apports théoriques et méthodologiques permettent de dynamiser les personnels, de susciter l'innovation, de diversifier les pratiques et les références cliniques, pour offrir à l'utilisateur un plateau technique performant et adapté.

Les entretiens annuels d'évaluation, la gestion des délégations nécessaires au travail en équipe, les entretiens d'embauche, l'évaluation des besoins en personnel liés aux évolutions du projet d'intervention, sont autant de domaines et de situations à évaluer.

Nous pourrions encore multiplier les exemples, mais je citerai le plus significatif, celui de la mise en place de l'ARTT (Aménagement et Réduction du Temps de Travail). Il a occupé les années 99 et 2000, a entraîné des modifications dans l'organisation du travail et a donné naissance à une nouvelle conflictualité au sein de l'établissement. La gestion de cette conflictualité est parfois encore d'actualité, elle est très positive et il y a fort à parier que le résultat de ces avancées négociées sera solide.

La gestion des ressources humaines s'enrichit aussi de la politique des recrutements sur les créations de postes liées à l'ARTT. Ils ont donné lieu à des entretiens d'embauche, riches d'enseignements sur la qualité de la motivation et de l'engagement des personnels, mais aussi de ce que le directeur peut faire passer de sa politique de GRH.

Le directeur, metteur en scène du projet, doit donc définir sa stratégie en y intégrant le rôle de l'évaluation comme celui d'une interaction « action/analyse » pour faire avancer la pensée²⁵, en vue de l'optimisation globale de son établissement.

Cette stratégie de régulation très importante pour la vie et le dynamisme de l'institution, est sans doute l'aspect de la fonction de direction qui réclame les compétences les plus complexes. Elle allie souplesse mentale, capacité d'analyse et de diagnostic et vision anticipatrice. Elle suppose de s'appuyer sur la culture institutionnelle pour anticiper et prévoir, accompagner le changement, inscrire le directeur dans une position symbolique et opérationnelle de régulation et de décision.

²⁵ MIRAMON J. M. *le métier de directeur techniques et fictions*. éditions ENSP, Rennes : 2001 p 187

2.3.3 UN OUTIL DE VALORISATION

L'évaluation est un outil majeur dans la vie institutionnelle. C'est en effet pour le directeur un outil stratégique et opérationnel de valorisation des ressources, des pratiques et de la participation de chacun à l'entreprise sociale, collective et citoyenne.

La démarche d'évaluation permet de légitimer l'affirmation que notre institution est aidante et soignante, elle va permettre d'en préciser la portée concrète et donc d'en affirmer la valeur.

Dans la démarche qui est la nôtre, l'évaluation ne va pas seulement produire un « jugement de valeur », c'est-à-dire l'appréciation d'un écart entre idéalité et réalité, elle va surtout produire « de la valeur », c'est à dire révéler la « plus value » apportée à l'action par le fait de « mettre collectivement les actes en paroles ²⁶», pour mieux identifier ce qui se fait, comment on le fait, afin de le réguler.

Le travail collectif de mise en mots et d'explicitation des actions, conduit à la confrontation de toutes les subjectivités et produit une objectivité de référence. Ce référentiel « partagé » permet de communiquer autour des visées et des actions entre professionnels de l'institution mais aussi avec les usagers, les partenaires, les commanditaires et les financeurs.

L'évaluation s'efforce donc de faire droit aux attentes contrastées des divers protagonistes de l'entreprise sociale ; ceci comme nous l'avons déjà souligné, pour produire du sens, légitimer le besoin de changement, mais aussi pour en dégager la valeur.

Elle valorise la « personne-usager », le professionnel dans sa fonction, sa pratique et sa participation au processus de changement ainsi que la globalité du projet institutionnel d'intervention.

Elle permet de construire des points de convergence et des valeurs communes, facilitant la cohésion et la coopération entre les acteurs à partir d'une lecture commune de la situation.

L'évaluation comme outil de valorisation de la personne

Il importe que l'évaluation dans ses méthodes et ses modalités de mise en œuvre puisse elle-même contribuer à faciliter la participation active des usagers. Elle doit permettre

²⁶ CAUQUIL G. Dix années d'évaluation structurante. in *Les Cahiers de l'Actif*. Mai/Août 2000 n°288/291 Mai/Août 2000 p 17

une démarche de requalification de l'usager, acteur (actant et non plus acté) de son propre projet²⁷, personne concourant à son propre devenir.

Cependant, il convient d'appréhender la situation de chaque personne avec respect, pragmatisme et lucidité afin de repérer le meilleur moyen de l'associer au processus d'évaluation dans un souci de faisabilité et de cohérence, de pertinence et d'efficacité. C'est un engagement éthique et politique qui permettra la valorisation des potentiels de chacun.

Dans la pratique rééducative et de soin au CMPP, associer l'enfant à la redécouverte de ses propres potentiels lui permet de dépasser une image de soi trop souvent négative, associée à la permanence d'un échec scolaire, ou d'une problématique inhibant ses capacités d'adaptation.

L'implication de ce dernier dans l'évaluation de sa situation initiale et dans celle du suivi de son projet individualisé, aura un effet productif sur la connaissance qu'il peut avoir de son propre fonctionnement. Des objectifs choisis en commun peuvent être fixés, ils vont représenter le support de la relation de soin.

Le concours de l'enfant à l'entreprise de valorisation de ses compétences, aura entre autres pour effet structurant de regagner une part de la confiance et de la participation nécessaire au dépassement des difficultés encore présentes.

L'évaluation comme outil de valorisation de l'action des professionnels

L'évaluation est aussi un outil de management ; il est évident qu'elle ne peut s'inscrire que dans une démarche participative associant activement les professionnels. Elle permet d'appréhender au plus près et de préciser de façon plus subtile, la qualité du service rendu ; ainsi, la construction des outils et référentiels d'évaluation permet de valoriser le savoir-faire des équipes.

Par cette démarche « sur mesure » et jamais pré-établie, peuvent être sauvegardés les choix et les références théoriques posés par l'équipe, choix que cette construction sera à même de respecter et d'opérationnaliser.

Les différents professionnels acteurs du projet sont mobilisés, impliqués dans la nécessité de formalisation de procédures souvent empiriques, de clarification et d'explicitation des objectifs et de construction d'un référentiel commun. C'est là une démarche d'évaluation dynamique et participative qui s'élabore en valorisant les références propres aux professionnels de l'institution.

²⁷ FAVARD A.M. L'Évaluation clinique qualitative en action sociale. Questions d'opportunité *Repères pour l'évaluation*. CREAL au fil du mois. N° spécial novembre 2000. p 7

La reconnaissance du travail par le biais de cette évaluation constitue une nécessaire valorisation des personnels. Elle permet d'éviter une usure trop souvent liée à l'absence de « feed-back », de reconnaissance et de légitimation, en termes de savoir-faire et d'utilité.

La qualité du management par la valorisation des pratiques, est donc le levier qui agira sur la qualité du fonctionnement et la satisfaction de chacun des protagonistes de l'entreprise sociale.

Dans le secteur très professionnalisé des CMPP, la dimension de « ressource humaine » exprime une potentialité d'autonomie et modifie le rapport à l'autorité.

Responsabiliser, valoriser et légitimer les acteurs du projet, c'est donc accepter le principe d'autonomie et reconnaître celui de l'individualité, lorsqu'elles s'articulent de manière définie avec le collectif et le cadre institutionnel.

Pour que l'entreprise sociale soit une entreprise de citoyenneté, il est primordial de ne pas « réduire les personnels à leur statut de salarié ; il faut rendre possible la participation à la vision d'ensemble, aux valeurs collectives et fondatrices du projet, à l'élaboration et l'évaluation des réorientations communes²⁸ ».

La stratégie du directeur dans sa politique de GRH est de promouvoir une démarche de redécouverte et d'identification des valeurs communes aux membres des équipes, car elles construisent la culture d'entreprise et en affinent la cohésion. Les réunions de régulation, l'instauration de modes de délégations internes co-construites, visent la démocratisation des fonctionnements, la mobilisation, l'implication et la valorisation de tous par l'évaluation du projet institutionnel.

Au CMPP de Bastia, le processus d'évaluation a permis d'identifier les points faibles qu'il nous fallait réduire au plus tôt et de lister les points positifs, comme autant de balises phares, auxquelles chacun y a accroché solidement de sa motivation professionnelle.

Cet ancrage dans les valeurs positives nous a évité une position culpabilisée, inhibée et figée par le poids de ce que nous avons à changer ; elle a même ouvert aux plus téméraires la voie de la remise en question et pour les autres, la possibilité de se retrouver plus loin sur de nouvelles valeurs.

L'évaluation comme outil de valorisation du projet institutionnel

Nous pouvons parler d'évaluation opératoire quand elle porte sur les effets produits en matière de service rendu, notamment le degré de satisfaction des enfants, des familles et l'impact de l'établissement sur son environnement.

²⁸ MIRAMON J. M. *le métier de directeur techniques et fictions*. éditions ENSP, Rennes : 2001 p 115

L'évaluation doit permettre ainsi de porter un jugement de « valeur » sur l'action et sur les effets produits par les acteurs du projet, mais c'est aussi une « veille active », une vigilance constante tout au long de la mise en œuvre du projet institutionnel.

Elle doit se cristalliser dans l'action au quotidien, pour permettre l'adaptation nécessaire du projet institutionnel à la demande et aux besoins des usagers.

La démarche d'évaluation qui dépasse la simple mesure des écarts pour resituer le projet dans le champ des missions collectives déléguées, ou encore dans la perspective d'un projet associatif, fait passer l'évaluation du registre opératoire et technique, à celui où l'éthique et le politique donnent au projet une dimension citoyenne.

En effet, c'est bien le projet de la « Société » ou plus précisément celui de l'association qui se manifeste dans les orientations données à telle ou telle pratique éducative ou soignante.

Qui dit projet, dit éthique et politique. C'est encore par l'évaluation que peut se revisiter le sens du projet en le confrontant à des mutations en cours ou supposées à venir qui exigent de le repositionner.

La stratégie du directeur est ici celle de la conduite du changement ; l'évaluation permet de valoriser les éléments positifs pour potentialiser les axes forts. Ils donneront la direction et le cap à tenir, pour que d'étape en étape, le projet se remodele selon les nouvelles références de réajustement des points faibles, indicateurs témoignant des axes à faire évoluer.

Notre démarche au CMPP de Bastia procède de la même dynamique ; basée sur la promotion d'une culture de l'évaluation, elle revisite les textes fondateurs à l'aune de la législation actuelle, elle recherche la cohérence avec le projet associatif, elle réexamine les modalités de fonctionnement et d'intervention à la lumière des difficultés que nous soulevons ou que d'autres révèlent.

Usagers, professionnels ou partenaires, ils sont les protagonistes au sein du CMPP, de la mise en scène de la citoyenneté dans le cadre de l'action sociale. L'évaluation invite ici à réfléchir à la place que l'on souhaite tenir dans le « monde à venir ». Si les choix éthiques et politiques sont cohérents, opportuns et pertinents, l'évaluation viendra valoriser et légitimer les nouvelles orientations ainsi déterminées.

CONCLUSION

CONCLUSION

Nous avons abordé la particularité et l'identité des CMPP à travers la co-existence de ses principaux modèles fondateurs.

Les références, psychanalytique et médicale d'une part, qui centrent l'acte de soin sur le sujet, ouvrent à une relation individuée dans l'intimité de la rencontre et du transfert. Cette relation pourrait se suffire à elle-même dans le travail de soin.

L'institution d'autre part, représente le nécessaire espace d'élaboration et de triangulation, qui va permettre d'actualiser et d'articuler politique et stratégie au service des modalités d'intervention. L'institution est importante car c'est elle qui garantit l'exercice de la mission, c'est elle encore qui fait culture et c'est sur elle enfin que va s'appuyer la démarche participative de changement, donc de projet et d'évaluation.

La gémellité de ces deux totems fonde notre identité, ils n'ont pas été opposés mais bien articulés pour faire émerger le sens du service offert par un CMPP aujourd'hui dans le dispositif d'action sociale. Ces deux modèles n'imposent pas en effet des orientations contradictoires, opposées ou incompatibles ; bien au contraire, ils se confondent dans l'action pour peu que celle-ci obéisse à des valeurs communes partagées de tous et de chacun.

En posant l'hypothèse selon laquelle ... **« il y a antériorité de la démarche d'évaluation par rapport à celle de la mise en projet et qu'en construisant avec les professionnels du CMPP, une culture d'intervention empreinte de celle de l'évaluation, la mise en projet de notre mode d'intervention et notre mode d'intervention lui-même, seront plus efficaces »**..., nous avons choisi une approche constructive de l'évaluation dans une optique collective, pluridisciplinaire, systémique et institutionnelle.

De ce point de vue, les travaux menés au CMPP de Bastia orientent les résultats vers une validation de cette hypothèse. En effet, nous avons dû examiner tous les facteurs intervenant dans le contexte organisationnel, tenté de chasser l'implicite de chaque procédure pour en cerner les contours, en rechercher le sens, la pertinence et la cohérence.

La mise en commun des savoirs de chacun et leur mise en œuvre avec les autres professionnels, a donné lieu à une production de sens avec des objectifs connus et reconnus de tous les membres de l'équipe.

Il y a eu un engagement dans la démarche de « faire institution » et la référence systématique à la synthèse pour toutes les décisions concernant la prise en charge en est l'exemple le plus significatif. Auparavant, en dehors de la synthèse initiale, chacun menait son action le plus souvent de façon individuelle. De cette manière, l'évaluation a permis aux professionnels de se mettre au service du projet, tout en l'alimentant de la plus-value de leur subjectivité.

Depuis le début de nos travaux, le rapport à l'évaluation s'est peu à peu modifié. La procédure aura au moins servi à en atténuer les représentations fantasmatiques auprès des professionnels. Celle-ci a presque totalement abandonné ses habits « menaçants » pour revêtir ceux plus consensuels d'une approche naturelle sinon nécessaire.

L'évaluation dans le cadre de notre projet d'établissement a donc été appliquée et vécue comme une certaine attitude et une « culture » d'explicitation, d'objectivation et d'adaptation.

Chacun a donc intégré que l'évaluation fait partie de la gestion globale de l'institution, qu'elle n'est pas une fin en soi, qu'elle ne représente pas qu'un moyen de contrôle, mais bien un instrument de mesure en vue de bâtir une stratégie.

Si l'évaluation fait partie intégrante de la démarche de projet, elle a démontré son antériorité, alimentant le principe d'une boucle adaptative, processus itératif, récursif et régulateur.

Promouvoir l'évaluation comme une dynamique, moteur de la démarche de projet, s'est révélé pour le directeur, un vecteur méthodologique et éthique. La « culture institutionnelle » et la gestion des ressources humaines y ont été particulièrement impliquées.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le lien entre la méthodologie de travail et la culture d'intervention se fait par une stratégie de GRH pertinente et cohérente. Pour être efficace, elle doit être pragmatique mais respectueuse de l'institution, des professionnels et surtout des usagers.

L'efficacité de cette stratégie suscite l'adhésion de « l'humaniste » aux valeurs de la démarche et rassure le « praticien » par le pragmatisme de l'analyse des différents facteurs et enjeux qui constituent la réalité de l'institution. Il s'agit bien là d'éthique et de méthodologie de l'intervention.

Le lien entre méthodologie et culture se noue encore par une forme de GRH qui promeut une éthique et une méthodologie de la participation. Cela revient à considérer qu'une personne évoluant dans une société régie par des lois, n'est véritablement libre que si elle a la possibilité effective de participer à la discussion et à la formation de ces lois.

Derrière la validation de notre hypothèse première, considérant l'antériorité de l'évaluation sur le projet, ce sont les notions de culture d'intervention et de GRH qui se concrétisent en prenant une ampleur plus importante que celle qui avait été imaginée.

Le travail de clarification et d'explicitation a engagé un processus d'appropriation et de cohésion de l'équipe autour de valeurs nécessairement communes. Cette composante majeure de la culture de l'évaluation et de la mise en projet, s'est construite par la participation de chacun vers un objectif collectif. Cette culture institutionnelle dont les bases se construisent progressivement mais durablement, représente pour le CMPP une solide avancée vers le changement.

La gestion des ressources humaines s'est révélée comme un outil stratégique privilégié, au service de la fonction de direction pour accompagner le changement et poser les fondements solides de cette nouvelle culture d'intervention.

Nous pourrions ainsi résumer la stratégie du directeur en affirmant que « la porte du changement ne s'ouvre que de l'intérieur²⁹ ».

« On peut être instruit sans être réellement cultivé.

Le mot d'instruction signifie qu'une personne s'est revêtu de connaissances.

C'est un vernis dont la présence n'implique pas forcément le fait d'avoir assimilé ces connaissances.

Le mot de culture en revanche signifie que la terre, l'humus profond de l'homme a été défriché.³⁰ »

²⁹ LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*. Dunod, Paris : 1999 p 129

³⁰ ARTAUD A. Messages révolutionnaires

Bibliographie

- **BONNIOL J.J. VIAL M.** *Les modèles de l'évaluation.* De Boeck & Larcier, Paris Bruxelles : 1997 p368
- **BOUTINET J. P.** *Anthropologie du projet.* Presses universitaires de France. PARIS : 1990 p 350
- **BOUTINET J. P.** *Psychologie des conduites à projet.* Presses universitaires de France. PARIS : 1993 p 127
- **CAUQUIL G.** Dix années d'évaluation structurante. in *Les Cahiers de l'Actif.* Mai/Août 2000 n°288/291 Mai/Août 2000 pp 7-18
- **FAVARD A.M.** L'Évaluation clinique qualitative en action sociale. Questions d'opportunité *Repères pour l'évaluation.* CREAL au fil du mois. N° spécial novembre 2000. pp 6-13
- **FREUD S.** *Totem et tabou.* PBP. n°77
- **HADJI C.** *L'Évaluation démystifiée.* ESF, Paris : 1997 p 126
- **HAERING A. L.** *La qualité de l'action sociale et son évaluation.* ies édition, Genève :2000 p 187
- **JOULE R.V. BEAUVOIS J.L.** *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens.* Presses Universitaires de Grenoble. Grenoble :1987 231p
- **LEFEVRE P.** *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social.* Dunod, Paris : 1999 p 305
- **LOUBAT J. R.** *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social.* Dunod. PARIS : 1997 p 264

- **MIRAMON J. M.** *le métier de directeur techniques et fictions.* éditions ENSP, Rennes : 2001 p 272
- **SCHALLER J. J.** *Accompagner la personne en difficulté. Politiques sociales et stratégies de direction.* DUNOD, PARIS : 1999 p 217
- **SOUVIAT F.** Répondre de l'acte, l'incontournable curiosité du tiers. *Communautés Educatives*, décembre 2000, n°113 pp 51-53
- **ZÚÑIGA R.** *L'Évaluation dans l'action.* Les Presses de l'Université de Montréal, 1994 p 200

Liste des annexes

Annexes non publiées

1. Fiche de projet individuel
2. Fiche de suivi (exemple)
3. Fiche de renseignements scolaires
4. Questionnaire anonyme – avis des consultants