



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES – 2003

Groupement Île-de-France

Option : Enfance

**Du projet individualisé au
projet d'établissement : vers une prise
en charge cohérente dans un I.R.**

Jean Claude GORGET

Sommaire

	Page
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE : Vers une prise en charge cohérente à l'IRTEP « Les Guérêts » 1993-1999.	6
1.1. Le contexte associatif.	6
1.2. L'IRTEP : Historique.	8
1.3. Le cadre géographique.	10
1.4. Le contexte juridique et administratif.	11
1.4.1. Les annexes XXIV.	11
1.4.2. L'évolution de la Loi N° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales.	13
1.4.3. La Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.	14
1.5. La population accueillie à l'IRTEP.	15
1.5.1. Aspect démographique.	15
1.5.2. Les troubles du comportement.	16
1.5.2.1. Troubles réactionnels.	17
1.5.2.2. Troubles d'organisations névrotiques.	18
a) Désintérêt scolaire.	18
b) Passivité scolaire ou inhibition à « produire »	18
1.5.2.3. La pseudo-débilité névrotique	19
1.5.2.4. Hyperactivité avec déficit de l'attention.	19
1.5.3. Evolution des troubles.	20
1.6. Les locaux.	21
1.7. Le personnel.	21
1.8. La mission et le service.	22
1.8.1. Le secteur éducatif.	23

	Page
1.8.2. Le secteur pédagogique	25
1.8.2.1. Une structure traditionnelle : l'école	25
1.8.2.2. L'intégration scolaire.	26
1.8.2.3. Une structure innovante : « Le refuge »	27
1.8.3. Le secteur médico-psychologique.	28
1.8.4. La coordination institutionnelle.	30
Conclusion de la première partie.	33
DEUXIÈME PARTIE : Du projet individualisé à la démarche qualité.	34
2.1. Une formation-action.	34
2.2. Les attentes de l'équipe de direction.	36
2.3. Les objectifs retenus	37
2.4. La méthodologie de travail.	38
2.5. Le dispositif retenu.	39
2.5.1. Groupe de pilotage et groupe stratégique.	39
2.5.1.1. Le groupe de pilotage.	39
2.5.1.2. Le groupe stratégique.	40
2.5.2. Les perceptions des acteurs.	40
2.6. Le projet individualisé.	41
2.6.1. Les principes.	41
2.6.2. La mise en œuvre.	42
2.6.3. La réunion d'évaluation du projet personnalisé.	44
2.6.4. La référence du projet individualisé.	45
2.6.5. La réunion clinique.	46
2.6.6. Associer les familles.	47
2.6.7. Evaluer la qualité de notre action.	48
2.6.8. Une approche de la qualité.	50
2.6.9. Le contrat de séjour.	52
2.6.10. Le conseil de la vie sociale.	54
Conclusion de la deuxième partie.	55

	Page
TROISIÈME PARTIE : Vers la réécriture du projet d'établissement.	57
3.1. Un changement de management.	57
3.2. Vers un nouveau projet illustrant la cohérence.	58
3.2.1. Une nouvelle organisation fonctionnelle.	58
3.2.2. Des cadres à la hauteur de leur fonction.	60
3.3. L'implication des acteurs	60
3.3.1. La délégation.	61
3.3.2. Un cadre propice à l'innovation.	62
3.3.3. Animer et faire du lien.	63
3.3.3.1. Au plan collectif.	63
3.3.3.2. Au plan individuel.	65
CONCLUSION.	67
BIBLIOGRAPHIE.	69
ANNEXES.	72

Liste des sigles utilisés

- ADC** :.....Association des Directeurs Cafdésiens
- ADSEAO** :...Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence de l'OISE
- CCPE** :.....Commission de Circonscription Elémentaire et Prélémentaire
- CDES** :.....Commission Départementale de l'Education Spéciale
- CMP** :.....Centre Médico Psychologique
- CMPP** :.....Centre Médico Psychopédagogique
- CP** :.....Cours Préparatoire
- CROSS**:.....Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.
- DDASS**:..... Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.
- DDISS** :.....Direction Départementale des Interventions Sanitaires et Sociales
- DRAC** :.....Direction Régionale des Affaires Culturelles
- DRASS** :.....Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DREES** :.....Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
- EREA** :.....Etablissement d'Enseignement Régional Adapté
- IMP** :.....Institut Médico Pédagogique.
- IMPRO** :.....Institut Médico Professionnel
- ENSP** :.....Ecole Nationale de la Santé Public
- IGAS** :.....Inspection Générale des Affaires Sociales
- IMPACT** :....Institut Pour l'Amélioration des Conditions de Travail
- IR** :.....Institut de Rééducation .
- MAS** :.....Maison d'Accueil Spécialisée
- PJJ** :.....Protection Judiciaire de la Jeunesse
- REPP** :.....Réunion D'Evaluation du Projet Personnalisé
- UNASEA** :....Union Nationale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adulte
- SESSAD** :....Service Educatif de Suivis et de Soins à Domicile

INTRODUCTION

Le sujet du présent mémoire trouve sa légitimité dans l'étude des modes de prise en charge de l'Institut de Rééducation, Thérapeutique, Educative et Pédagogique « Les Guérêts », où j'ai occupé le poste de chef de service éducatif de septembre 1993 à juillet 2002.

Cet institut, médico-pédagogique de 1979 à 1990, devient après un changement de direction et un meilleur repérage de la population accueillie, un institut de rééducation en 1991.

J'ai pris ce poste à une époque de restructuration et de reconfiguration nécessaires, faisant suite à une période d'administration et de gestion anarchiques de l'établissement. Je décrirai et analyserai, dans une première partie, les caractéristiques particulières des instituts de rééducation et de la population d'enfants accueillis, ainsi que ce qui a constitué de 1993 à 1999 le socle structurant et sécurisant indispensable à un travail d'innovation, en harmonie avec la législation et une éthique de soin.

Dans une deuxième partie, je m'appuierai sur la logique organisationnelle matérialisée par un projet d'établissement, projet réactualisé chaque année, mais formalisant surtout l'existant.

Je décrirai la mise en œuvre d'une recherche-action, qui a permis, à partir de la construction du projet personnalisé, la reconnaissance des droits des enfants et de leur famille et l'élaboration du concept de « qualité »

Dans la troisième partie, j'aborderai le type de management qui m'a paru être le plus approprié pour accompagner cette démarche, et conduire l'établissement vers la réécriture du projet institutionnel.

PREMIERE PARTIE : VERS UNE PRISE EN CHARGE COHERENTE A L'IRTEP « LES GUERETS » : 1993-1999

1.1. LE CONTEXTE ASSOCIATIF

L'Institut de Rééducation Thérapeutique Educative et Pédagogique (IRTEP) « Les Guérêts » est géré par l'Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence de l'Oise (ADSEAO), adhérente à l'Union Nationale des Associations de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes (UNASEA)

L'association gère en outre un service d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) assurant le suivi de 1.100 mesures administratives et judiciaires dans le département de l'Oise, et un Institut médico-éducatif (IME) accueillant des enfants infirmes cérébro-moteurs.

Jusqu'en 2001, le projet associatif est incarné, en quelque sorte à lui seul, par la présidente de l'ADSEAO ; la situation d'alors impose une forte personnalité à la tête de l'association (aucun projet associatif ne fut rédigé) ; au cours de cette période l'organisation dirigeante de l'association, composée essentiellement d'une équipe de bénévoles déterminés et engagés, s'impose aux salariés comme une évidente nécessité. Les valeurs fondatrices des « Sauvegardes », rattachées au contexte historique de l'après guerre sont toujours présentes.

L'identité forte des Sauvegardes a encore aujourd'hui un impact sur le milieu éducatif, du à un ancrage historique dans le judiciaire (Education surveillée) L'engagement concret de ces associations, aux côtés des pouvoirs publics, leur donne une image forte, faite de cohérence et de rigueur.

Celles ci ne sont pas fédérées : le Siège, à Paris n'interfère pas dans l'organisation d'une Sauvegarde départementale, qui est juridiquement indépendante, et qui reçoit l'essentiel de ses ressources financières du local, du départemental, et/ou du régional.

L'organisation actuelle du « réseau Sauvegarde » trouve sa force dans la décentralisation, la responsabilisation et l'autonomie du local par rapport au centre parisien ; l'association locale est totalement maîtresse de ses choix

En revanche, une telle association, ancrée principalement dans le réseau public local, en est très dépendante, non seulement financièrement, mais aussi politiquement. S'instituent ainsi des rapports de force locaux (association/décideurs), marqués souvent d'allégeance, au sein desquels la fonction financière peut prendre le pas sur la dimension projet.

La complexité de tels rapports de force nécessite une identité associative forte, reconnue, apte à proposer une logique de projet en complémentarité des actions publiques.

Par ailleurs, la logique publique actuelle « d'appels d'offres » fait de la démarche associative un complément aux actions menées par les services publics, mais apparaît parfois comme une courroie de transmission des pouvoirs publics, qui laisse peu de place à l'élaboration de projets ; dans ce contexte, on ne s'étonnera pas de constater le manque d'espace associatif.

Ces dix dernières années ont été marquées par différentes étapes : tout d'abord, la mise en conformité et les aménagements de l'IME « Espoir et Vie » et de l'Institut de rééducation les « Guérêts », la restauration et l'augmentation de l'effectif de l'AEMO. Ensuite, le secteur de la protection de l'enfance s'est « étoffé » avec la création d'un service de prévention spécialisée, l'extension de l'AEMO judiciaire, la création de l'AEMO « renforcée », et d'un service de réparation pénale.

Le travail de mise en conformité de l'IME s'est accompagné d'un projet d'extension, avec la création d'une maison d'accueil spécialisée(MAS)

Confrontée à l'émergence de nécessités nouvelles, à la gestion simultanée d'identités spécifiques, et appelée à évoluer, l'ADSEAO, pour faire face à cette évolution, a

souhaité une nouvelle organisation, et mis en place, en septembre 2000, une direction générale qui a pour tâche, non seulement de gérer l'existant, mais aussi de conduire un certain nombre d'évolutions dans le cadre d'une gestion participative de l'ensemble.

Cette nouvelle organisation modifie profondément les relations entre le Siège et les établissements et services. Elle vise à donner un souffle nouveau à l'association, et suppose que chacun soit parti prenante de cette évolution.

La complexité actuelle des fonctionnements de la vie associative, tant du point de vue de ses rouages internes (trois structures distinctes aux projets spécifiques), que des relations externes entretenues avec les pouvoirs publics (DDISS/DDASS/PJJ), impose un travail de mise à plat dans une approche partagée.

Une commission de travail a été créée ; elle réunit le bureau du conseil d'administration et les directeurs et cadres de direction des établissements, en vue de l'écriture du projet associatif.

L'IRTEP est au cœur de cette dynamique, son histoire et son évolution sont étroitement liées à celle de l'association.

1.2. L'IRTEP : HISTORIQUE

L'IRTEP se situe dans une grande propriété bourgeoise, achetée en 1945 par un certain monsieur Frévent, qui fonde alors l'association « La gaieté qui guérit » destinée à recevoir des adultes convalescents.

En 1951, l'établissement reçoit l'agrément du Ministère de la Santé et, avec l'accord de l'Education Nationale, ouvre une école publique avec des « maîtres » détachés de l'Education Nationale. Cet établissement accueille à cette époque des enfants « turbulents » de la région parisienne.

En 1979, les « Guérets » sont repris par l'ADSEAO, et deviennent un IMP (Institut médico-pédagogique) sans que le type de recrutement des enfants ne change.

En 1991 un changement de direction a lieu, suivi en 1992 du passage en comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) du projet transformant l'IMP, en institut de rééducation.

Cette mutation motivée par le fait qu'une majorité des enfants accueillis au sein de l'établissement ne présentait pas une déficience intellectuelle suffisante pour relever d'un IMP, s'inscrivait aussi dans le souci de l'autorité de contrôle, dans le cadre du schéma départemental de l'Oise, de mieux répondre à ce type de besoin.

Cette mutation n'est pas le fruit du hasard, mais reflète à cette époque, la préoccupation de nombreux établissements médico-sociaux, accueillant des enfants souffrant de troubles du comportement et de la conduite, faute de dispositif spécifique : les I.R. étaient un dispositif mal connu, que je tenterai de décrire dans les paragraphes suivants.

Le directeur alors en place, prend ses fonctions dans un contexte difficile, puisque l'établissement risquait une fermeture administrative, suite à des malversations de la direction précédente (fausses factures, gestion anarchique du personnel, complicité du personnel avec l'ancien directeur)

Depuis le premier septembre 1993, j'exerce la fonction de chef de service éducatif à l'IRTEP « les Guérêts »

L'association recherchait alors un cadre de toute confiance pour participer à la restructuration de l'institution. Il fallait réorganiser notamment l'équipe éducative, qui était devenue totalement autonome et échappait à tout contrôle, et développer une meilleure communication dans l'institution.

Il est important aussi de signaler que le directeur avait engagé une procédure de licenciement pour faute grave envers un instituteur qui l'avait insulté en public, et qui était délégué du personnel.

C'est dans ce contexte que j'ai pris le poste et accepté mes fonctions.

Après six ans de collaboration, le directeur donne sa démission en 1999.

Un nouveau directeur sera recruté hors de l'association.

1.3. Le cadre géographique

L'IRTEP est un des trois instituts de rééducation du département de l'Oise : les deux autres sont localisés dans l'Oise sud, l'IPP de St Maximin accueillant des enfants et adolescents de 12 à 18 ans ? et l'I.R. de Fleurines des enfants de 7 à 16 ans. Contrairement à l'IRTEP, ces deux institutions sont implantées dans des villages importants.

L'IRTEP est distant de onze kilomètres de la ville de Beauvais, préfecture du département de l'Oise. Il est desservi par la route nationale n° 31, qui relie Rouen à Reims, via Beauvais et Compiègne, mais malgré l'importance de cet axe, il n'existe aucun transport en commun.

Il est situé dans le petit village de Laversines (887 habitants)

Le bourg le plus proche est Bresles, distant de trois kilomètres.

Cette implantation rurale et l'insuffisance des réseaux de transport, ne sont pas des facteurs facilitant l'intégration sociale ; le village ne dispose d'aucun commerce, sa vie associative est très pauvre, même si, depuis deux ans, des initiatives de la communauté de communes ont vu le jour.

L'établissement doit posséder un nombre important de véhicules , pour assurer l'intégration scolaire et la participation à des activités extérieures.

Un travail d'autonomisation des enfants à se déplacer par leurs propres moyens est difficile.

La mobilisation des familles, par une alliance aux soins prodigués à leur enfant, est difficile. Elles sont rarement reçues dans l'institution (avec, comme conséquence directe, un manque d'expérience et de formation du personnel à la pratique des entretiens familiaux)

Ces différents facteurs ont conduit l'institution à glisser au fil des années vers un microcosme échappant à la réalité environnante, à la limite de l'autarcie. Toutes les activités s'exercent intra-muros ; c'est « l'extérieur qui vient à nous »

Le personnel est sédentarisé dans la périphérie et manque de mobilité.

L'implantation rurale de l'IRTEP est liée à l'histoire de l'éducation surveillée, d'où les instituts de rééducation puisent leur origine. Leur population a toujours fait l'objet de méfiance et de rejet de l'entourage, au regard des passages à l'acte répétitifs de ces enfants, et de leur agressivité vécue comme menaçante.

Les instituts de rééducation, longtemps nommés « les oubliés des annexes XXIV »¹ trouvent cependant leur place dans le contexte juridique et administratif.

1.4. Le contexte juridique et administratif

L'IRTEP est ouvert 210 jours par an, et accueille 42 garçons et filles en internat de semaine, et 11 en semi-internat. Les notifications d'admission émanent de la Commission départementale de l'éducation spéciale de l'Oise (CDES)

L'IRTEP est agréé par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) comme institut de rééducation depuis 1991. Il est financé par un prix de journée sécurité sociale. L'école est placée sous le régime du contrat simple défini à l'origine par la loi n°59.1557 du 31 décembre 1959, modifiée et complétée par les Lois n°71-400 du premier juin 1971 et n°77-1285 du 25 novembre 1977, ainsi que par la loi n°75-534 du 30 juin 1975.

L'IRTEP entre dans un cadre juridique et législatif global, que nous allons décrire, qui a remis en question son histoire et son évolution, et a permis une nouvelle représentation de ces enfants en souffrance, qui se sont vus progressivement reconnaître des droits, les liant avec les services publics.

1.4.1. Les annexes XXIV.

Si l'on fait une approche administrative, les instituts de rééducation sont régis par l'annexe XXIV du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989, qui a modifié les dispositions du décret n° 56-284 du 9 mars 1956 fixant les conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents,

¹ Sarazin Isabelle, « *Les instituts de rééducation sans pilote* », ASH, 12 novembre 1999

présentant des déficiences intellectuelles, ou inadaptés. Cette modification du décret du 9 mars 1956, le 27 octobre 1989, fait passer les institutions d'une logique d'organisation structurelle, prenant en compte des données matérielles (surfaces des locaux, espaces verts, volumes, etc.) à une logique de reconnaissance des besoins de l'enfant et de cohérence de la prise en charge de celui-ci. Ces nouvelles annexes replacent l'enfant en souffrance au centre du système, et dégagent des prescriptions d'intégration scolaire et professionnelle ; la famille y est perçue comme actrice de la prise en charge de l'enfant ; elle doit être informée, associée et soutenue. L'article 3 du décret le précise : « la famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel, pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi et à son évaluation ... »

Deux catégories d'établissement sont désignées par les annexes XXIV : les Instituts Médico-Pédagogique (IMP) et les Instituts Médico-Professionnel (IMPRO) accueillant des enfants ou des adolescents présentant une déficience intellectuelle, et d'autre part les Instituts de rééducation (IR) prenant en charge des enfants et des adolescents, dont les manifestations et les troubles du comportement et de la conduite rendent nécessaires, malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant la normale, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité.

La circulaire du 30 octobre 1989, quant à elle, tente de décrire cette population : « il s'agit le plus souvent d'enfants d'intelligence normale ou quasi normale, dont l'échec scolaire se confirme pourtant au cours des ans, tandis que se développent des troubles du comportement »

En outre, elle décrit cette population et la nature de ses difficultés, par une remarque causale : « il n'est pas rare que ces enfants ou ces adolescents aient connu des discontinuités ou des carences affectives ou éducatives dans leur petite enfance avec parfois des placements précoces », et elle conclue que « l'institut de rééducation se doit d'être un cadre tout autant thérapeutique que pédagogique afin d'éviter que l'enfant ne s'enferme dans la filière inéluctable du handicap »

Le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires sociales) de janvier 1999, rédigé par Michel Gagneux et Pierre Soutou, souligne que « la notion centrale de

trouble du comportement n'est guère précisée dans les textes administratifs, alors même qu'elle est le critère principal d'orientation en institut de rééducation »²

En parallèle, le rapport de l'IGAS de janvier 1999 concernant les instituts de rééducation précise que la notion de troubles du comportement « échappe à toute définition précise et univoque, tant sur le plan médical qu'administratif. Ni véritables « déficients mentaux », ni intrinsèquement psychotiques, ni simples cas sociaux, les jeunes souffrant de troubles du comportement se situent en effet à la lisière de multiples domaines d'interventions, et relèvent la plupart du temps de prises en charge : sociale, éducative, médico-psychologique et parfois judiciaire[...]diversité et hétérogénéité apparaissent comme les traits dominants de ce secteur »

L'IGAS se pose la question d'un oubli rédactionnel ou « d'une difficulté plus profonde : celle de définir les troubles du comportement de façon précise et univoque ou de les faire coïncider avec une entité clinique identifiable que serait les instituts de rééducation »

1.4.2. L'évolution de la Loi N° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Le décret de 1989, ainsi que sa circulaire d'application, développaient et précisaient les éléments déjà contenus dans la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, fondamentale pour le secteur médico-social, et qui va aboutir de manière chaotique à la loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002.

Le rapport Join-Lambert publié par l'IGAS en décembre 1995 est le point de départ de cette évolution de la loi et affirme, entre autres points, la place des usagers. Pour garantir celle-ci, deux impératifs s'imposent : la mise en place d'un projet individualisé pour la personne accueillie, garanti par un contrat de séjour, et l'existence d'un projet d'établissement centré sur la satisfaction des besoins de la personne et non sur l'intérêt propre de l'établissement qui l'accueille.

² M.Gagneux, P. Soutou, *Rapport de l'IGAS sur les instituts de rééducation*, janvier 1999, page 5

Le projet de loi est adopté en première lecture par l'assemblée nationale le 1 février 2001 et aboutit le 2 janvier 2002 au vote de la loi N° 2002-2, rénovant l'action sociale et médico-sociale 27 ans après.

1.4.3. La Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'un des principaux enjeux de la loi est d'introduire l'affirmation du droit du bénéficiaire, en le plaçant au centre du dispositif de la prise en charge.

Pour ce faire, un certain nombre de documents devront être élaborés, et lui être remis lors de la signature d'un contrat de séjour, tels qu'un livret d'accueil dans lequel seront annexés une charte des droits et libertés, et un règlement de fonctionnement.

A l'IRTEP, nous le verrons plus loin, la signature de contrat de séjour par les responsables légaux de l'enfant sera un espace primordial, où seront exposés et explicités les objectifs du projet individualisé concernant l'enfant. L'adhésion de l'enfant et de ses responsables légaux à ces objectifs sera travaillée lors de la rencontre, fixée le jour de l'admission dans l'établissement.

La loi prévoit également la mise en place d'instances mises au service des bénéficiaires : la création d'un conseil de la vie sociale, ayant vocation de se substituer au conseil d'établissement déjà obligatoire dans la loi de 1975.

A ce dispositif, s'ajoute la possibilité pour les bénéficiaires de recourir à un médiateur, en vue de les aider à faire valoir leurs droits. Ces dispositions seront précisées par décret au cours de l'année 2002.

Par ailleurs, des procédures d'évaluation des établissements devront être mises en œuvre, passant de l'auto-évaluation à l'évaluation par un organisme externe, sous le contrôle d'un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

Cet ensemble de dispositions servira à l'élaboration du projet d'établissement, qui rendra compte de ses objectifs et des moyens mis en œuvre pour les atteindre.

Le cadre légal étant défini, nous allons pouvoir comprendre la réalité organisationnelle et fonctionnelle de l'établissement, en tentant d'apprécier son évolution, sachant que

l'IRTEP fait partie d'un dispositif national disposant de 16.880 places dont 10.558 en internat³

1.5. La population accueillie à l'IRTEP

1.5.1. Aspect démographique

L'IRTEP les « Guérets », par sa situation territoriale, devrait accueillir en majorité des enfants du bassin de population du Beauvaisis ; ce n'est pas le cas actuellement : 50% des enfants proviennent de l'est et du sud du département (voir tableau n° 1 page suivante) , conséquence, à mon sens, d'un manque de travail partenarial avec les CMP et CMPP du secteur ouest de l'Oise. Ce CMPP pratique une politique de soins ambulatoires avec des enfants qui pourraient être admis en internat, même si ce type de prise en charge ne doit être utilisé qu'en dernier recours, comme le souligne le rapport de l'IGAS.

Comment travailler la question d'un recrutement de proximité, permettant à l'enfant d'être au plus près de son milieu familial et social d'origine ?

L'articulation avec la CDES a été accentuée depuis 1996, grâce à la création d'un service de suite. L'éducatrice de ce service a été nommée titulaire de la CDES de 1997 à 2000.

De plus, la directrice pédagogique et moi-même siégeons dans deux commissions de circonscriptions élémentaires et préélémentaires (CCPE), et examinons sans cesse des situations d'enfants dont l'orientation pourrait être sans conteste l'IRTEP. Certaines lenteurs et incohérences font que des souhaits d'orientation n'aboutissent pas, ou sont trop tardifs.

Outre cette problématique subsistent toujours des manques d'articulation avec les acteurs médico-sociaux, en aval de la prise en charge par le service de suite pour des enfants encore en difficulté. Il serait nécessaire de renforcer un travail de partenariat et de réseau avec les services qui sont la plupart du temps les premiers interlocuteurs de l'enfant avant son arrivée à l'IRTEP.

³ DRESS, n° 106, mars 2001

TABLEAU N° 1 ⁴

**Origine géographique
des admissions faites en 94/95/96/97/98**

		Ouest	Sud	Est
Année 94-95	9 enfants	3	2	4
Année 95-96	16 enfants	9	1	6
Année 96-97	18 enfants	9	1	8
Année 97-98	9 enfants	4	0	5
Année 98-99	10 enfants	6	0	4

1.5.2. Les troubles du comportement

Le terme « trouble du comportement » est un terme général, recouvrant des manifestations cliniques hétérogènes.

Ces manifestations peuvent être individualisées ou repérables au sein d'autres pathologies.

Ces troubles se doivent d'être distingués des troubles de la personnalité qui apparaissent plus tardivement dans la vie d'un enfant.

Ces premiers troubles peuvent d'ailleurs précéder les seconds.

Ces troubles ont été précisés dans une approche psychopathologique faite par le médecin psychiatre le Docteur Jean Kleiss en 1996, inscrite dans notre projet d'établissement de cette année là.

Il y fait une distinction entre troubles réactionnels et troubles d'organisations névrotiques.

⁴ Source : rapport d'activité 1998 de l'IRTEP

1.5.2.1. Troubles réactionnels

Il s'agit d'un mode de réponse actuel en rapport avec un évènement récent qui contribue au développement d'un conflit vécu entre l'enfant et son entourage.

Ils ne renvoient pas à une organisation psychopathologique précise de la personnalité. Malaise affectif et trouble en cause, sont étroitement liés au vécu du moment.

L'évolution est réversible et favorable le plus souvent, sous réserve d'interventions rapide telles que :

- entretiens avec l'enfant et sa famille
- aménagements de situations
- appuis psycho-éducatifs et rééducatifs,
- thérapies brèves,
- sédatifs légers.

Ils sont parfois des manifestations non pathologiques qui accompagnent les stades évolutifs de la personnalité, à distinguer des éléments pathologiques à caractère proprement névrotique.

Les causes déclenchantes sont très variées et non spécifiques, généralement liées à des changements brusques dans l'environnement de l'enfant. La symptomatologie est polymorphe, l'anxiété est constante, récente, liée à la situation pathogène.

Elle entraîne des passages à l'acte répétitifs et bruyants, très conflictuels, et des manifestations psycho-somatiques (céphalées, douleurs abdominales, troubles du sommeil)

Il peut se créer un déplacement vers des manifestations phobiques et des manifestations obsessionnelles.

La participation des parents au conflit reste partielle.

Parfois le déplacement du conflit sur l'enseignant préserve la relation parents-enfants, parfois l'anxiété et l'agressivité parentales sont très importantes et l'état réactionnel prend un aspect pathologique durable ; parfois c'est l'occasion d'une réactivation des conflits familiaux latents.

1.5.2.2. Troubles d'organisations névrotiques

Les attitudes scolaires pathologiques peuvent être primitives, parfois en relation avec le milieu scolaire et familial ou encore intégrées dans l'évolution de troubles névrotiques.

a) Désintérêt scolaire.

C'est un dégoût électif pour tout ce qui se rattache à la scolarité, les autres activités étant bien investies (jeux, sport...)

C'est une forme de refus scolaire, parfois électif pour une matière ou éventuellement lié à un des éléments suivants : trouble instrumental, conflit avec l'instituteur, investissement symbolique de cette activité, problème d'identification.

Si le désintérêt est plus général, on peut penser à une perturbation plus grave de la personnalité.

b) Passivité scolaire ou inhibition à « produire »

La réalisation scolaire n'est possible qu'avec une stimulation et un soutien permanent.

Les phénomènes de conversion et l'amnésie sont rares, on note plutôt une "asthénie" intellectuelle intense.

Une inhibition intellectuelle "élective" survient à point nommé pour placer le sujet en situation d'échec.

Parfois, cet échec n'est pas total, mais les performances sont inférieures à ce qu'elles pourraient être en fonction des possibilités réelles du sujet.

1.5.2.3. La pseudo-débilité névrotique.

Les enfants se présentent comme de grands inhibés avec une attitude conformiste et un masque de "niaiserie" souriante.

Ils sont passifs, inactifs, décontenancés, perdant leurs moyens en classe, donnant des réponses absurdes, oubliant ce qu'ils ont appris.

La pauvreté du vocabulaire et du bagage culturel est manifeste.

1.5.2.4. Hyperactivité avec déficit de l'attention.

Une place spéciale doit être donnée à ce type de trouble, fréquemment observé chez des enfants par ailleurs en échec scolaire.

Il consiste en une inattention, une impulsivité et une hyperactivité anormales pour le niveau de développement de l'enfant.

On observe chez ces enfants une difficulté à se tenir à une activité, à la terminer, à organiser son travail, une impossibilité d'attendre son tour, de tenir compte des consignes, un besoin de marcher, courir, sauter, s'agiter, se contorsionner, manipuler des objets, faire du bruit, et un échec à se plier aux règles des jeux de groupe.

Ces enfants ont des activités brutales ou dangereuses, sans intention de nuire.

Il existe souvent une mauvaise tolérance à la frustration, des crises de colère, une mauvaise estime de soi.

L'environnement familial de l'enfant est assez souvent inadéquat, désorganisé ou chaotique.

Il s'ajoute, à ce tableau, des manifestations psychopathiques, avec des comportements perturbateurs permanents, associés à des troubles psychomoteurs.

1.5.3. Evolution des troubles.

Depuis quelques années, nous constatons une aggravation des troubles présentés par les enfants accueillis à l'IRTEP.

Ces symptômes gravitent autour d'une immaturité globale, une instabilité considérable, rendant difficile la concentration sur une tâche pendant un temps même

bref, une intolérance à la frustration avec passages à l'acte très agressifs, et des comportements de fugue.

Nous remarquons en outre:

- une socialisation à peine ébauchée avec une méconnaissance des limites imposées par la vie en groupe. Il se peut que ces troubles soient en relation avec un contexte social durablement difficile et ses effets à long terme, mais aussi avec une évolution globale de la société.
- des bouleversements des structures familiales et un affadissement du rôle paternel dans l'éducation des enfants, sur plusieurs générations.
- une altération ou modification des relations dans le groupe social, avec une utilisation banalisée de schémas agressifs ou violents dans la communication avec l'autre.

Ces précisions et observations apportées en préambule sont d'une extrême importance quant à l'impact sur la mission de l'établissement où je suis en poste ; mission qui vise le retour de l'enfant vers une scolarisation ordinaire et vers une intégration familiale et sociale normalisée.

1.6. Les locaux.

Avant mon arrivée en 1993, le directeur en poste, venait de restituer l'appartement de fonction de son prédécesseur, augmentant ainsi la surface des groupes de vie de 25 %.

Quatre groupes de vie coexistent actuellement dans l'institution et offrent une capacité d'accueil de 42 lits. Les quatre groupes de vie sont situés dans trois bâtiments anciens, et disposent chacun, d'une salle à manger, d'une cuisine, d'un salon et de chambres. Ils sont meublés de manière personnalisée, les parquets de chêne leur confèrent un certain charme, mais néanmoins l'espace, même s'il respecte les normes de conformité prescrites par les annexes XXIV, n'est pas suffisant.

Une grange est disponible ; elle pourrait être l'endroit propice pour créer un cinquième groupe ou un lieu de décroissement et d'activités multiples. Cependant l'association ne semble pas prête à engager des frais de cet ordre à moyen terme.

L'école, ouverte en 1993, peut accueillir jusqu'à 35 enfants. Elle devient cependant exiguë, quand le nombre d'enfants intégrés en établissement scolaire ordinaire diminue certaines années.

1.7. Le personnel.

En 1995, trente et une personnes étaient employées, représentant 26,75 équivalents temps plein, hors personnels sous contrat simple avec l'éducation nationale. Ce qui représente un ratio de 0,50 (moyenne nationale=0,62)⁵ pour une moyenne d'âge de 40,5 ans. Ce ratio n'est pas significatif, car l'équipe éducative avec huit postes équivalents temps plein présente seulement un ratio de 0,15 en 1995, pour une moyenne d'âge de 40,8 ans.

Il y a une insuffisance d'encadrement éducatif ; l'équipe présente une moyenne d'âge élevée, une certaine maturité, mais elle est soumise à des risques d'usure.

A cette époque, les éducateurs interviennent seuls sur des unités de vie accueillant de 8 à 14 enfants. Les horaires sont découpés, du fait de la scolarisation des enfants ; les seuls temps où ils peuvent travailler à deux, sont le mercredi ; ils se rencontrent également à la réunion de synthèse et à la réunion éducative hebdomadaire.

Cette situation s'est améliorée de façon paradoxale, grâce à l'application de la loi sur la réduction du temps de travail, qui a permis l'embauche de deux jeunes éducateurs spécialisés. L'ensemble des heures dégagées a été attribué au secteur éducatif, après une concertation avec l'ensemble du personnel.

Ces deux embauches, ajoutées à celle de deux nouveaux emplois jeunes en 1998, ont permis un renforcement de l'équipe éducative en facilitant un travail de décroissement sur chaque unité de vie.

⁵ SNASEA, mars 1999, page 18

En 1999, le ratio général est de 0,57, avec un ratio de 0,23 pour le secteur éducatif. Le nombre d'équivalent temps plein est de 30,1.⁶ Cette amélioration quantitative de la prise en charge, n'a pas réduit l'absentéisme qui prend sa source, je pense, dans un certain épuisement professionnel.

Les autres secteurs sont bien pourvus avec 3,66 équivalents temps plein pour le secteur médical et paramédical et 10,66 pour les services généraux. Ce dernier chiffre est d'ailleurs jugé excessif par la DDASS, mais trouve sa justification par les travaux de réhabilitation des locaux entrepris depuis 1992 et la superficie importante de l'établissement.

1.8. La mission et le service.

Il faut entendre le terme de mission au sens donné par Jean René LOUBAT : celui d'une commande administrative : « La mission est une commande sociale qui correspond aux attentes supposées de la société et de l'Etat vis-à-vis d'un dispositif »⁷

L'institution, quant à elle, est prestataire de service : « le service représente une transaction entre un prestataire et un bénéficiaire. C'est le « plus » apporté à la personne accueillie. La valeur ajoutée de cette transaction correspond à un « changement effectif » pouvant être évalué »⁸

Ce changement peut être de l'ordre de l'autonomisation et de la socialisation, objectifs qui figurent en tête du projet d'établissement de l'IRTEP depuis 1993.

Cette évolution passe par une meilleure adaptation sociale, une amélioration des compétences scolaires, et la régression des symptômes.

Les enfants, qui sont accueillis à l'IRTEP ont un vécu d'échec scolaire, provoqué par l'émergence de troubles du comportement, empêchant les acquisitions et l'intégration au groupe social représenté par « l'école »

⁶ Annexe 1 : *liste du personnel*, Projet IRTEP 1999.

⁷ Jean René Loubat « *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social* » page 84, Dunod 1997

⁸ Jean René Loubat « *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social* » page 84, Dunod 1997

Notre mission est de viser le retour de l'enfant vers son milieu naturel (école, famille, environnement social)

Pour ce faire, le dispositif institutionnel doit à l'enfant un service lui permettant de pacifier ses relations, continuer les apprentissages scolaires et la socialisation, répondre à ses besoins ; besoins qu'il faudra déterminer et qui doivent être au centre des préoccupations des trois secteurs de prise en charge de l'établissement : le secteur éducatif, le secteur pédagogique et le secteur médico-psychologique.

1.8.1. Le secteur éducatif.

Le service éducatif est constitué de quatre groupes de vie, homogènes par l'âge, et accueillant indifféremment des enfants internes et semi-internes.

Socialisation, autonomisation, épanouissement sont les trois finalités de la prise en charge.

Les enfants nouvellement arrivés dans l'institution sont porteurs d'un vécu familial, le plus souvent non normatif, avec, comme seul repère, un fonctionnement échappant aux règles élémentaires, et imprégné de violence.

Ces groupes se confrontent à une pratique éducative qui va devoir, à partir du collectif, leur faire vivre ou revivre des séquences socialisantes, qui leur permettront de modifier leur relation à l'autre.

Ces réponses doivent être individualisées, ne pas être fixées dans une approche collective où les repères seraient figés, et deviendraient, au fil du temps, des évidences.

Ce risque est une de mes préoccupations constantes. Le projet éducatif global vient souvent occulter le recentrage sur les besoins individuels de chaque enfant. Francis Noble, formateur à l'ANDESI, le souligne, quand il dit : « Ce n'est pas la personne qui doit être au centre du dispositif, c'est le dispositif qui doit être centré sur elle »

L'insuffisance d'effectifs de l'équipe éducative jusqu'en 1999 ne facilitait pas cette approche. Il s'y ajoutait le sentiment d'isolement de l'équipe, confrontée à un travail avec des enfants en grave difficulté relationnelle, qui entraînait un épuisement professionnel et un absentéisme chronique.

Cette usure est d'autant plus marquée, que cette équipe possède une très forte envie de réussite, et demeure très impliquée dans sa mission.

Ce phénomène est précisément abordé dans les travaux réalisés par l'Institut pour l'amélioration des conditions de travail (IMPACT) qui décrit, en se référant aux travaux

de H.J. Freudenberg, le « burn out » ou épuisement professionnel comme « un auto-épuisement causé par un énorme effort pour atteindre un but utopique »⁹

Ce concept intéresse directement les professionnels de la relation d'aide qui ont pour point commun « d'entretenir une relation inter-individuelle dont l'issue, le résultat est important pour le bénéficiaire »¹⁰

Il faut préciser cependant que cette « usure » n'est pas directement liée à un échec éventuel de la prise en charge, mais à d'autres facteurs tels que :

- le clivage entre les trois secteurs d'intervention, empêchant une vision globale de la prise en charge.
- le fait que l'établissement se considérait comme un modèle substitutif du milieu familial et social (censé être à l'origine des troubles de l'enfant), et entraînait ainsi l'équipe éducative dans un isolement, une toute puissance, et une méconnaissance de l'environnement, qu'il soit législatif ou socio-culturel.
- le manque de repères méthodologiques et évaluatifs remplacés par des us et coutumes, justifiés par des « c'est évident, on a toujours fait comme ça, on a déjà fait ça » ; ce qui entraîne une perte de sens des interventions éducatives et une dévalorisation de cette action.

1.8.2. Le secteur pédagogique.

1.8.2.1. Une structure traditionnelle : l'école.

Les classes fonctionnent sous contrat simple avec l'éducation nationale quatre jours et demi par semaine. Quatre classes sont animées par quatre enseignants référents, un éducateur scolaire chargé des sports et deux aides éducatrices appartenant à l'Education nationale, affectées par convention à l'école de l'IRTEP.

Les enfants sont regroupés par classe d'âge, par maturité, tous niveaux confondus, du CP au CM1, soit du cycle 2 au cycle 3. A titre d'exemple, en septembre 2000, sur 46

⁹ L'usure professionnelle des travailleurs sociaux, IMPACT, page 13

¹⁰ IMPACT, ibid, page13

enfants scolarisés à l'IRTEP, 73% d'entre eux poursuivait leur scolarité en cycle 2, 6% en cycle 3, et 21% en cycle 2 et 3.

Le temps de présence des aides éducatrices est utilisé, soit à des prises en charge en sous-groupe, soit à des soutiens individuels.

Des ateliers diversifiés, animés par des éducateurs, sont proposés aux enfants le mardi après-midi, afin de pouvoir rendre disponibles les enseignants pour la réunion de synthèse.

Sur le plan pédagogique, chaque rentrée est l'occasion, pendant la première quinzaine, d'une familiarisation des enfants nouvellement arrivés à leur nouveau cadre. Ces enfants sont souvent en rupture scolaire et nous devons leur faire aborder l'école avec une approche différente (découverte des locaux de l'institution, du personnel, du cadre géographique, du village, de la ville la plus proche)

Cette première approche est un « apprivoisement » et ce retour vers un lieu porteur d'exclusion, est indispensable. Il s'agit de mettre l'enfant dans la position « d'apprendre à apprendre »

Les groupes classes sont ensuite constitués.

En général, les matinées sont consacrées aux apprentissages de base (mathématiques, français), l'après midi aux disciplines dites « d'éveil et d'expression ». C'est un temps de décloisonnement, centré sur des ateliers de lecture, travaux manuels, arts plastiques et des activités d'animation culturelle. Ces dernières prennent d'ailleurs, une place importante dans l'animation globale et font l'objet d'une démarche distincte. En effet, un éducateur emploi-jeune, en formation DEFA, est chargé, en relation avec moi-même, des projets d'animations culturelles. La Direction Régionale des Affaires culturelles(DRAC), en partenariat avec la Direction Régionale des Affaires sociales(DRASS), finance une activité bi-hebdomadaire à l'école du cirque de Beauvais et un partenariat avec le théâtre municipal. « La culture, c'est ce qui donne de la dignité à l'être humain » disait Diderot, persuadé que l'art et la création accélèrent l'émergence de nouvelles formes de socialisation.

Concentrer, dans un même lieu, cinquante-trois enfants en souffrance est un défi. L'établissement, après concertation avec l'ensemble du personnel, s'est donc doté en

1997, d'une structure alternative à l'école : « Le refuge », animé par une éducatrice spécialisée.

1.8.2.2. L'intégration scolaire.

L'école a également une fonction d'intégration scolaire qui concerne, suivant les années, 13% à 40% des enfants de l'école.

Les modalités de l'intégration sont fixées par une convention signée par les différents partenaires impliqués : l'IRTEP, l'établissement scolaire d'accueil, l'Education Nationale et la famille de l'enfant.

A cette occasion, un suivi spécifique est mis en œuvre, faisant intervenir, le directeur et les enseignants de la structure d'accueil, la directrice pédagogique, les éducateurs référents, l'éducateur du service de suite dans le cas d'enfants sortants à la fin de l'année scolaire, une psychologue, et les parents. Ce suivi nécessite prises de contact, visites, mise au point d'un projet pour l'enfant, rencontre avec la CCPE du secteur, réunions de parents organisées à l'IRTEP ou dans l'établissement d'accueil.

1.8.2.3. Une structure innovante : « Le refuge »

Deux types de prise en charge y sont possibles.

L'enfant est en rupture ; ce qui veut dire que l'enfant n'est plus scolarisable car en « crise ». Il faut alors écouter, prendre le temps de comprendre pour gérer le conflit entre l'enfant et l'école, l'enfant et l'adulte, l'enfant et l'institution, mais aussi l'enfant et lui-même. Pour ces enfants en crise, il faut souvent contenir une agressivité, une impulsivité, une violence autant physique que verbale. Dans certains cas il ne suffit pas de contenir, il faut maintenir.

L'enfant peut être accueilli suivant des horaires pré-établis, on parle de « temps fixes » Ces « temps fixes » sont prévus aux horaires où l'enfant a habituellement des difficultés à se contenir en classe. Ils lui permettent de ne pas être scolarisé toute une journée, et de vivre autre chose dans un ailleurs, afin d'éviter une crise, une rupture, un conflit.

On peut parler dès lors de prévention et d'évitement de la crise, afin de maintenir un comportement stable à l'école.

Au refuge, les enfants ont divers moyens d'expressions, tels le dessin, les travaux manuels, le jeu...

Ainsi suivant ses compétences, l'enfant est amené à adapter ses comportements à l'activité exercée, à coopérer, à écouter, à respecter les règles de vie en particulier celles liées aux contraintes de certaines activités, à fixer son attention, à se concentrer sur une tâche, à affirmer son autonomie, à pouvoir soutenir son effort, à rechercher le soin et la qualité de présentation d'un travail, à élaborer un projet individuel et le mener à terme, à prévoir les outils et les matériaux nécessaires, à identifier, analyser et corriger ses erreurs.

Cependant, de la vigilance s'impose, car l'enfant ne doit pas aller au refuge pour ne pas être à l'école, ou parce qu'il a envie de jouer.

Le refuge n'est ni une « punition » : « tu n'es pas gentil, tu vas au refuge », ni une « gratification »

L'enfant doit comprendre que le refuge montre qu'il ne va pas bien à cet instant, qu'il ne peut rester en classe, tant pour lui-même que pour ses camarades.

C'est pourquoi les plages horaires des temps fixes sont modulables et modifiables dans le temps et la durée.

Le refuge n'est pas un soulagement pour l'enseignant, mais un second souffle, une reprise de respiration pour l'enfant.

1.8.3. Le secteur médico-psychologique.

Le soin à l'IRTEP est garanti par l'existence d'une équipe pluridisciplinaire étoffée, travaillant en lien étroit avec l'ensemble de l'institution, constituée actuellement d'un psychiatre, d'un pédiatre, de deux psychologues, d'une psychothérapeute, d'une psychomotricienne, et d'une Infirmière D.E.

L'approche thérapeutique a pour objectif un changement dans l'organisation psychique de l'enfant afin de permettre la reprise de son développement affectif et intellectuel.

- Le psychiatre est le garant du projet thérapeutique ; il intervient auprès de l'équipe, il anime les réunions hebdomadaires, lieu d'élaboration du travail de soin.

L'opportunité des prises en charge rééducatives, psychothérapeutiques et leurs modalités y sont étudiées avec lui.

Il participe aux réunions de synthèse dans lesquelles s'élabore le projet institutionnel pour l'enfant, en collaboration avec l'équipe éducative et pédagogique.

Il participe, avec l'une des psychologues et l'équipe éducative, au travail fait avec les familles dans le cadre d'entretiens conjoints (famille, éducateur, psychologue, psychiatre) qui visent avant tout de maintenir l'alliance thérapeutique entre l'enfant, sa famille et l'institution. Ces entretiens sont un véritable espace de parole et de soin.

Il fait partie de l'équipe de direction de l'établissement.

- un pédiatre, vacataire dans l'établissement, assume le suivi médical des enfants, en collaboration étroite avec l'infirmière.

Il peut intervenir auprès des « psy », à propos des pathologies ou de questions particulières.

- Les psychologues:

La première a pour fonction:

- d'intervenir auprès des équipes éducatives et pédagogiques, lors des réunions institutionnelles.

- d'accueillir ponctuellement certains enfants en crise, de collaborer étroitement avec le psychiatre pour le suivi des familles.

La seconde :

-elle reçoit des enfants individuellement et permet ainsi l'émergence de demandes éventuelles de thérapie. Son travail est donc avant tout clinique.

Elle est également attachée au service de suite :

- elle accompagne l'éducateur de suite dans certaines de ses démarches, et participe avec lui à l'élaboration de la réflexion sur le cas et le suivi de l'enfant sorti.

- elle prépare la sortie de l'enfant, en tâchant d'appréhender les atouts ou les difficultés qu'il pourrait rencontrer. Elle participe au travail d'adresse à d'autres structures (écoles, collèges, IMPRO, EREA, etc.), et au travail de liaison avec les différentes commissions de l'Education Nationale en charge de l'orientation.

- La psychothérapeute.

Elle propose à l'enfant un espace de parole privé et intime d'élaboration de ses difficultés, lorsque il a pu formuler une demande dans divers cadres possibles (entretien avec la psychologue, prise en charge en psychomotricité, participation à un groupe thérapeutique)

Elle assiste aux réunions de synthèse et participe aux réunions des cadres.

- La psychomotricienne.

Les prises en charge en psychomotricité sont proposées aux enfants à partir des réunions de synthèse et des réunions de l'équipe soignante.

Par ses modalités, cette rééducation est une pièce essentielle du dispositif de soin. Les prises en charge proposées peuvent être, selon les cas, individuelles ou collectives.

-L'infirmière D. E.

Si elle collabore étroitement avec le pédiatre, elle est aussi un personnage essentiel pour les enfants de l'institution pour lesquels elle est souvent une confidente, et toujours un interlocuteur privilégié.

1.8.4. La coordination institutionnelle.

Elle est le fait de l'évolution historique de l'IRTEP. En 1991, l'établissement vit des difficultés graves. Les locaux sont dégradés, le réseau d'eau est vétuste ainsi que le chauffage central. Les installations électriques présentent un danger

Constant (à titre d'exemple caricatural, le directeur me disait qu'à l'époque il aurait fallu en permanence un membre du service entretien près du disjoncteur principal)

La priorité des deux premières années a été la mise en conformité des locaux grâce à l'appui de la DDASS qui a permis d'obtenir les fonds nécessaires à une réhabilitation (dérogation pour deux admissions supplémentaires, obtention d'une provision pour travaux sur l'excédent de financement)

Sur le plan du management institutionnel, de 1979 à 1991, l'IMP « Les Guéréts » est dirigé sur le mode à la fois du militantisme et du désengagement, s'apparentant aux modèles que décrivent J-M. Miramon, D.COUET, et J-B. Paturet. Le directeur , «

engagé politiquement confie des missions aux collaborateurs idéologiquement proches de lui », « chacun est libre de travailler ou non », « les membres les plus anciens du personnel se satisfont de ce mode de direction, les autres compensent le désengagement du directeur en outrepassant leurs prérogatives »¹¹

Certains témoins, toujours présents, rapportent que cependant chacun dans son domaine de compétence, prenait en compte les difficultés et les souffrances des enfants accueillis et montrait une grande compétence individuelle.

En 1991, le directeur recruté pratique une direction charismatique, doublée d'un style où s'impose « la règle et la valorisation de la légalité »¹²

La seconde approche va permettre un recadrage légal, la première va créer certes de « l'adhésion et de l'unité autour du directeur, » mais « engendre la dépendance des acteurs et génère des périodes de conflits »¹³

A partir de 1993, date de ma prise de fonction, j'adhère à ce processus de recadrage institutionnel et propose une cellule de réflexion et d'unification, composée des cadres de direction, d'où sera issue « l'ossature institutionnelle qui prévaut jusqu'en 1999¹⁴

Ce management vertical animé par une équipe de direction forte a produit des effets positifs, mais présente des failles demeure; malgré un travail opérant dans chaque approche, un clivage catégoriel demeure. Jean René LOUBAT illustre la problématique de l'IRTEP quand il écrit : « Les clivages catégoriels bien connus entre éducateurs, instituteurs, psychiatres, services généraux, illustrent bien la difficulté de l'établissement à intégrer dans une unité cohérente cette myriade d'intervenants, qui gravitent avec plus ou moins de bonheur autour de l'utilisateur, avec leurs différents angles d'attaque et leurs différents discours »¹⁵

La persistance des cloisonnements internes est en effet très préoccupante, les différents professionnels se témoignent une confiance limitée. Les secteurs éducatif et pédagogique montrent parfois une certaine animosité envers le secteur thérapeutique.

¹¹ J-M MIRAMON, D. COUET, J-B. PATURET , *Le métier de directeur, techniques et fictions* , édition ENSP, 1992, page46

¹² Patrick LEFEVRE, *Guide de la fonction, directeur d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 1999, page 94

¹³ Patrick LEFEVRE, *ibid*, page 95

¹⁴ Annexe 2

¹⁵ Jean René LOUBAT, *Résoudre les conflits dans les établissements sanitaires et sociaux*, Dunod, Paris, 1999, page 23

Les personnes de l'équipe médico- psychologique, sont conscientes de la nécessité de changer d'attitude, mais se comportent comme des «superviseurs » du reste du personnel.

Dans le cadre des réunions générales, qui ont lieu une fois par mois et devraient permettre un réel travail de communication, les échanges entre les différentes personnes n'existent quasiment pas. Il apparaît nécessaire de sortir de cette situation de cloisonnement et de segmentation, où chacun se sent peu concerné par ce qui se passe dans les autres secteurs.

Le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire se caractérise par une diversité de points de vue, où chaque secteur agit selon sa conception, sans qu'il y ait recherche de finalités communes.

L'équipe, si l'on se réfère à Robert Lafon : « n'est pas une addition d'êtres, mais une totalité, un groupe psychosocial vivant et évolutif, une interdépendance consentie où chacun apporte sa science, sa compétence, sa technique, mais aussi sa personne »¹⁶

A cette époque, une question centrale reste donc à approfondir : celle de l'articulation entre les différentes dimensions de prise en charge autour des besoins de l'enfant.

Globalement, l'institution s'interroge sur la notion de service rendu, sur les moyens de penser le projet individuel dès l'admission de l'enfant, de fédérer le personnel autour du projet de l'établissement, et d'élaborer des repères communs. Il s'agit aussi d'avoir du recul pour évaluer.

A travers les réunions générales, les professionnels ont été sensibilisés aux enjeux qui traversent le secteur social, notamment la réforme de la loi de 1975 et la réécriture des annexes XXIV, qui s'inscrivent dans cette démarche.

La démarche évolue, la culture de la prise en charge se modifie régulièrement face aux problèmes psychosociaux d'une société en perpétuelle interrogation. Il convient donc de prévoir plus que subir, de créer des outils et un esprit inhérents à un projet d'établissement élaboré par tous, plutôt que se résigner à pratiquer une politique imposée par les nécessités.

¹⁶ LAFON Robert, *Les mécanismes des relations humaines dans le travail en équipe*, Ed ESF, 1975,

Conclusion de la première partie.

Il serait grave qu'un outil, tel que celui de l'IRTEP, échappe aux mutations que je viens d'évoquer, et oublie de se préparer aux exigences nouvelles, car bien que l'institution soit ancrée sur des bases structurelles solides, elle présente des inadéquations.

Ainsi, le projet d'établissement est conçu uniquement par l'équipe de direction.

Dans la réunion de synthèse, les professionnels apportent chacun leur point de vue sur l'enfant, mais cet espace ne permet pas d'obtenir une analyse globale et une mise en perspective d'un projet individualisé de l'enfant.

La dimension évaluative n'est pas assez développée.

Les analyses des professionnels sont très pertinentes, elles sont issues d'observations riches, mais elles restent des « photographies statiques »

La fonction du référent doit être interrogée.

La question du projet personnalisé des usagers a fait l'objet de réflexions dans les différentes réunions de travail ; il existe dans les pratiques, mais n'est pas formalisé.

La tenue des dossiers est à optimiser, à ce jour, ils ont un caractère trop administratif et manquent d'éléments cliniques. Les psychologues ne laissent aucun document écrit dans ces dossiers, il manque une évaluation importante.

Les documents ne sont pas toujours exploitables par un tiers.

L'année 1999 est une année de concertation et de prise de conscience de la nécessité d'une implication collective.

Un dispositif de formation-action avec l'ANDESI est retenu ; il sera le cadre qui va permettre, à partir de la concrétisation du projet individualisé, d'engager une démarche qualité et la réécriture du projet d'établissement.

Deuxième partie : Du projet individualisé à la démarche qualité

2.1. Une formation-action.

Comme l'écrit Michel FOU BRIAT: « c'est le pouvoir qui structure le contexte d'action »¹⁷

La mise en place d'une formation-action, acceptée et négociée dans l'institution, va mettre l'accent sur la participation active et la confrontation de l'ensemble du personnel de l'IRTEP, dans une nouvelle forme d'interaction, dans une tentative d'approche globale. Ceci devrait permettre à l'institution de se recentrer sur le bénéficiaire à travers un projet commun. « Projeter c'est anticiper une action où je [le directeur] suis engagé avec autrui, une action qui doit être conjointe si elle veut être réalisable »¹⁸

A ce sujet Michel FOU BRIAT¹⁹ écrit également « L'absence de jeux négociés peut, en effet, réduire le changement et l'action à une définition trop restrictive, c'est-à-dire à une définition, en fait trop liée à un seul acteur. Cette absence de prise en compte d'un ou de plusieurs acteurs au niveau de l'élaboration du changement peut ne pas empêcher sa réalisation, mais le risque est grand de voir se créer, chez ces acteurs "exclus", des résistances ou un retrait au niveau de la mise en oeuvre. Il s'agit de reconnaître que la méthodologie de la démarche devrait être construite par les acteurs eux-mêmes »

La décision de mettre en oeuvre une formation-action est issue d'une équipe de direction forte, même si une réunion générale, suivant cette décision, a eu pour objectif de recueillir, dans un premier temps, les attentes et les besoins de tous les acteurs concernés par cette formation.

Cette réunion générale réunit l'ensemble des professionnels qui sont au cœur de la prise en charge.

¹⁷ FOU BRIAT Michel , *Investigations : vers de nouvelles modélisations*, Revue de sciences sociales, in acte du 26 janvier 1996, colloque fn3s, page 3

¹⁸ BOUTINET Jean-Pierre, *Anthropologie du projet*, PUF, 1990, page 282

¹⁹ FOU BRIAT Michel, *ibid*, page 5

L'objectif de la journée consiste à sensibiliser tout le personnel sur les enjeux de la démarche, et à la méthode proposée.

Un sondage est fait, en sous -groupes organisés selon des critères d'appartenance à des unités ou catégories socio-professionnelles, pour contextualiser plus finement les attentes et besoins par rapport aux projets personnalisés.

Des questionnements sont apparus : associer l'enfant à un projet, engager une collaboration constructive avec les familles et la formaliser, se centrer sur la notion de besoin des enfants. Quels sont nos atouts et faiblesses pour rendre compte de la situation d'un enfant ?

L'objectif de cette consultation est de comprendre où en sont les acteurs, quelles sont leurs représentations et questions, quelles sont leurs attentes communes.

Dominique FABLET²⁰ l'illustre très bien quant il écrit :

« On a eu en effet l'occasion de vérifier à plusieurs reprises l'écart existant entre les intentions des responsables et les attentes du personnel.

Or, s'agissant d'un projet de formation intra-institutionnelle, le dispositif pédagogique est d'une importance comparable à celui des contenus transmis. Pour permettre une appropriation collective du projet de formation par les personnels de l'établissement, une place importante est à donner à la négociation avec les professionnels et les équipes constituées au sein des établissements. Tout en veillant à ce qu'une telle phase ne s'éternise pas, elle apparaît néanmoins indispensable dans la mesure où toute intervention ne peut être que ressentie comme une forme d'intrusion, aussi avant de s'engager dans un travail réflexif et d'élucidation on concevra aisément que les professionnels destinataires de l'action cherchent à s'assurer de son bien-fondé ou en tout cas, recherchent des signes de garantie.

Il s'agit donc de construire un premier temps de travail pour permettre une présentation générale du projet à l'ensemble des personnels, une discussion-négociation avec chacune des équipes concernées avant une prise de décision définitive avec les responsables et l'ensemble des personnels »

A l'époque de cette consultation, le climat social est bon, les réflexions préalables avec l'ensemble du personnel font apparaître des attentes en cohérence avec les attendus de la formation action proposée.

²⁰ In, *Les Cahiers de l'Actif* n°292/293, septembre /octobre 2000, page 148

La formation-action doit alors permettre aux professionnels d'élaborer un support à partir de concepts communs, sur lesquels ils auront réfléchi.

C'est dans l'élaboration de ces référentiels que les acteurs trouveront la possibilité de traduire leurs pratiques.

Cette démarche est une opportunité pour développer les réflexions internes sur la qualité de l'accompagnement des enfants, pour répondre au besoin de méthodologie, pour garantir une pluridisciplinarité plus efficiente.

La formation se déroulera en deux cycles de six journées réparties sur deux ans, et débutera en mai 2000.

Les objectifs de la formation, en accord avec la formatrice ANDESI, seront, dans un premier temps, centrés sur une phase de construction du projet individualisé, puis sur une démarche visant la qualité.

2.2. Les attentes de l'équipe de direction.

En tant qu'animateur de cette action, je souhaite, avant tout, que le support projet permette une lisibilité de la prise en charge de l'enfant, qu'il présente une continuité.

La formation ANDESI ne doit pas avoir pour fonction d'apporter des grilles préétablies ou d'élaborer un support « enfermant ». L'unanimité se fait quant à l'abondance des supports existants : trop de supports complexifient l'évaluation des enfants. Globaliser les données existantes et élaborer un seul support est une priorité pour tous. Il s'agit également d'optimiser la communication entre les professionnels, pour éviter d'aller à la « pêche » aux informations.

Le projet individualisé, quant à lui, doit être un support de réflexion pour une équipe, une base pour pouvoir évaluer où en est chaque enfant à tout moment de son accompagnement.

La prise en charge personnalisée doit appréhender l'utilisateur dans sa globalité, intégrer son histoire, son environnement familial et social, et permettre d'identifier les difficultés et les compétences de l'enfant : évaluer ses évolutions.

Plus globalement, la formation doit nous permettre :

- de nous interroger sur la notion de qualité de service rendu à l'enfant et sa famille

- de « penser projet » dès l'admission d'un enfant
- de fédérer les professionnels autour d'un projet global cohérent
- de mobiliser l'équipe pluridisciplinaire en réunion de synthèse
- d'avoir un recul pour évaluer
- d'élaborer des repères communs
- de mettre en place des projets réalistes, souples, révisables
- d'articuler les projets individualisés avec le projet d'établissement

Elle doit permettre aux personnels éducatifs d'élaborer des projets cohérents à partir de données méthodologiques, redonner du sens au travail éducatif tout en renforçant la pluridisciplinarité, permettre des confrontations constructives.

2.3. Les objectifs retenus.

Plusieurs objectifs ont été retenus :

- mobiliser les professionnels sur une démarche qualitative et évaluative
- centrer les réflexions sur la notion de qualité de service rendu à des usagers : enfants et familles.
- pouvoir proposer aux enfants et à leurs familles un projet individualisé clair

qui favorise leur adhésion, qui redonne du sens aux missions et aux pratiques éducatives et remette en cohérence les actions de tous les professionnels.

Il s'agit d'optimiser la réflexion des acteurs sur le projet global de l'enfant, de construire « un idéal commun » et une culture de la prise en charge commune.

Ils faut rendre compte des effets de la qualité du travail institutionnel et des prestations mises en œuvre, et proposer des évaluations sur l'évolution de la situation des enfants.

2.4. La méthodologie de travail.

La méthodologie de travail porte sur des contenus précis sur lesquels s'appuyer :

- le sens des projets personnalisés : la référence au projet global

 - la notion de besoins : les repérer, les spécifier

 - la notion d'objectifs : leur articulation avec les besoins, leur formulation, les moyens mis en oeuvre pour les atteindre

 - le concept d'évaluation : quel sens, quels critères ou indicateurs poser ?
- L'évaluation, n'est pas seulement un constat mais une opportunité pour redéfinir le projet de l'usager, pour remettre en perspective son accompagnement.

Cette méthodologie n'est pas normative, elle ne propose pas de grilles ou d'outils ; elle a pour fonction principale d'interroger le sens de la prise en charge. Elle implique une nécessaire démarche réflexive, au sens étymologique du terme : « Acte de la pensée qui revient sur elle même en prenant pour objet ses propres opérations »²¹

C'est à partir des recherches des professionnels qu'un support projet personnalisé pourra être envisagé et finalisé.

La démarche de formation a également pour fonction de mobiliser les acteurs de l'institution sur la notion de qualité de prestation, c'est une opportunité pour nous ré-interroger sur les pratiques en place, sur les procédures en oeuvre (étapes d'évaluation, réunions de projet, la fonction de référent)

²¹ *Dictionnaire Hachette multimédia*

2.5. Le dispositif retenu.

2.5.1. Groupe de pilotage et groupe stratégique .

Un groupe de pilotage est constitué, j'en suis le garant en tant que remplaçant permanent du directeur.

Un autre groupe nommé « groupe stratégique », composé de l'équipe de direction, est également mis en place.

2.5.1.1. Le groupe de pilotage.

Compte tenu du nombre important de professionnels, il est nécessaire de travailler pendant les journées de formation avec un groupe restreint.

Ce groupe de pilotage est « mixte », c'est à dire représentatif des différentes catégories socioprofessionnelles.

Il ne doit pas excéder quatorze personnes pour garantir la qualité de réflexion et de production.

Il est souhaitable que l'inscription des professionnels à ce groupe se fasse sur le mode du volontariat.

Chaque personne du groupe de pilotage s'engage sur une dynamique participative et constructive, elle est porte-parole de ses collègues, elle doit les sensibiliser et les informer des réflexions et recherches en cours.

C'est avec ce groupe d'acteurs que les contenus de la formation sont élaborés.

Entre deux journées de formation ANDESI, la recherche se fait avec les acteurs non présents au groupe de pilotage.

2.5.1.2. Le groupe stratégique.

Il est constitué de l'équipe de direction. Il définit la fréquence et les modalités des séquences de travaux intermédiaires. Il garantit le suivi de la méthodologie de la formation. Il reste en contact permanent avec la consultante. Des rencontres

mensuelles avec celle-ci sont mises en place pour effectuer une synthèse de l'avancement des travaux, et affiner des stratégies pour maintenir la cohérence des acteurs.

2.5.2. Les perceptions des acteurs.

Pour la majorité des personnes, cette formation est perçue comme une opportunité pour optimiser les potentialités des professionnels, acquérir une méthodologie et pouvoir se doter de référentiels communs, être en capacité d'évaluer les besoins et l'évolution des usagers, ainsi que la pertinence des actions éducatives mises en oeuvre.

Cette action permet de poser des objectifs réalistes, évaluables à court terme et de faire du lien entre les différents acteurs, entre le projet global et les projets individualisés.

Elle démontre la qualité de la prestation et rend « lisible » l'offre de service à l'extérieur : « traduire ce que l'on fait », informer et « associer » les familles au projet d'accompagnement de leur enfant.

Plus globalement, la formation permet aux acteurs de faire évoluer leurs habitudes de travail : passer de la culture orale à une pratique plus aisée de l'écrit.

En résumé le personnel des trois secteurs adhère à cette formation à visée pragmatique, il a la volonté de faire évoluer le système actuel.

Le travail engagé permet d'enclencher une culture évaluative à partir d'un support utile et utilisé, d'être un levier du changement.

2.6. Le projet individualisé.

2.6.1. Les principes.

Pour aborder une réflexion sur le projet individualisé, je retiendrai la définition de Roland JANVIER et Yves MATHO, qui me semble recouvrir nos préoccupations :

« Le projet individualisé prend une dimension centrale dans l'intervention quotidienne. Les difficultés de l'enfant, du jeune, de la personne handicapée, ses besoins de repères sont au cœur de la réflexion qui finalisera les moyens d'intervention. Il représente fondamentalement le moteur des changements institutionnels puisque la structure est invitée à s'adapter aux évolutions constantes de chaque personne accueillie. Cette adaptation ne doit pas revêtir l'aspect d'un fonctionnement anarchique car le cadre de référence demeure un élément nécessaire à toute construction individuelle »²²

L'obligation de mettre en œuvre un projet global et individualisé pour chaque enfant est précisée dans l'article 9 de l'annexe XXIV du décret du 27 octobre 1989. Celui-ci précise : « La prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent est globale. L'ensemble des personnels mentionnés aux articles 11, 12 et 13 y participent dans le cadre d'un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé. Le directeur de l'établissement, dans le respect des compétences et des règles déontologiques des différents professionnels, en assure la cohérence et la responsabilité d'ensemble, ainsi que la coordination avec les intervenants extérieurs. Il organise et préside notamment les réunions de synthèse. Le projet individuel ainsi défini doit permettre de décrire la réalité de chaque enfant dans toutes ses nuances et constitue sans doute le meilleur moyen de ne pas enfermer ce dernier dans une définition standard et commune à l'ensemble des enfants accueillis »

Il apparaît clairement que ce n'est pas l'enfant qui doit s'adapter à un établissement, mais qu'une équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité du directeur, doit se mettre au service de ce dernier, en lui proposant des prestations adaptées à sa situation, à ses besoins propres. Il faut néanmoins, être vigilant et différencier l'évaluation des besoins de l'enfant de l'expression de ses désirs et attentes.

Le conseil d'enfants, réuni chaque mois, en témoigne : les animateurs sont souvent confrontés à la difficulté de différencier les besoins et demandes non satisfaits, qui doivent être pris en compte, des demandes et désirs de toute puissance manifestés par les élus des enfants.

Concernant les besoins de l'enfant et de sa famille, évitons deux erreurs :

²² JANVIER Roland, MATHO Yves, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, Dunod, Paris, 2002, page 134

- la première, de tout attendre d'une demande clairement exprimée, ce qui ne tiendrait pas compte des difficultés de communication ou des carences de l'enfant et de sa famille

- la seconde, à l'extrême, qui nous situe dans une position de toute puissance où nous sommes le porte-parole exclusif des besoins supposés de l'enfant et de sa famille.

Jean-Luc Joingt exprime cette réalité quand il parle de confrontation et de contractualisation de la relation client /usager à l'institution :

« Les besoins s'évaluent à la synthèse des opinions émises par les usagers-clients et les professionnels. Nous avons nous-même constaté que les spécialistes n'expriment pas toujours les réelles préoccupations des usagers. A l'inverse, certains clients peuvent avoir des exigences incompatibles avec leur état ou avec les ressources disponibles. »²³

2.6.2. La mise en œuvre.

En tant que responsable de la mise en œuvre du projet individualisé, je me suis attaché, à travers l'analyse d'une vingtaine de dossier tests, à repérer et réactualiser la problématique des enfants accueillis.

Deux types de données peuvent être distingués :

- des données structurelles concernant l'enfant, sa famille, le dossier CDES

- des données permettant de repérer la problématique individuelle de chaque enfant, bilans des psychologues et de la psychomotricienne, des pédagogues, de l'équipe éducative, qui permettront de repérer les difficultés de l'enfant mais aussi ses potentialités.

La population accueillie à l'IRTEP, présente des besoins génériques et des difficultés que j'ai décrits dans la première partie de ce mémoire ; il est important de faire le point. Quels sont les besoins généraux communs à satisfaire ?

²³ JOINGT Jean-LUC, *L'audit de la qualité dans les établissements médico-sociaux*, Privat 1993, page 57

La grille des besoins²⁴ de la personne définie par la pyramide de A.H. MASLOW nous a paru un repère utile pour construire notre référentiel.

MASLOW propose une hiérarchisation des besoins, certaines motivations prenant le pas sur d'autres, tant qu'elles ne sont pas satisfaites.

Il faut cependant préciser que MASLOW liait son travail à la notion de satisfaction du client, qu'il a construit sa nomenclature pour rendre compte des problèmes rencontrés par un produit, qu'il travaillait notamment pour le compte de fabricants de produits alimentaires. Sa méthodologie est néanmoins intéressante pour notre secteur.

Pour lui, il existe cinq niveaux :

- le niveau 1 : se situe à la base et correspond aux besoins physiologiques, dont la satisfaction conditionne l'existence de la personne. Ils sont indispensables à la vie
- le niveau 2 : les besoins de sécurité (économique, physique ou psychique) qui s'apprécient différemment d'un individu à un autre
- le niveau 3 : les besoins sociaux, qui peuvent être des besoins d'information, d'affection, d'expression ou d'appartenance à un groupe
- le niveau 4 : les besoins d'autonomie
- le niveau 5 : les besoins de s'autoréaliser

Dans cette perspective, le groupe de pilotage a décidé de définir neuf besoins généraux, communs à tous les enfants de l'institution, et de les hiérarchiser, en s'inspirant de la méthodologie de Maslow. A ces neuf besoins adaptés à la population accueillie, nous avons fait correspondre une définition des objectifs visant dans l'idéal à leur satisfaction.²⁵

Les moyens pour les atteindre seront débattus dans une instance pluridisciplinaire, que nous allons nommer Réunion d'évaluation du projet personnalisé(REPP)

Ces propositions seront validées lors de la réunion générale mensuelle du personnel.

²⁴ Annexe 3, *Les cahiers de l'Actif*, N°256, page 49

²⁵ Annexe 3 bis et 3 ter

2.6.3. La réunion d'évaluation du projet personnalisé.

Cette réunion se substitue à la réunion dite de synthèse. Elle permet de faire une réévaluation du projet pour chaque enfant tous les trois mois, de constater si certains objectifs ont été atteints, ou d'en envisager la poursuite. Elle permet de définir de nouveaux objectifs et de nouveaux moyens. Chaque REPP fait l'objet d'un compte-rendu écrit joint au dossier de l'enfant, accessible et consultable par tous.

J'entends par moyens, ceux offerts en permanence dans l'institution par les trois secteurs ; ils sont nombreux, la créativité du personnel est à chaque fois au rendez-vous.

Le changement doit plutôt se situer dans la coordination de ces actions et leur évaluation.

Nous posons un certain nombre d'autres questions, notamment sur :

- la référence du projet individualisé
- la fonction que peut avoir la réunion de synthèse, avec ses faiblesses et ses atouts
- une meilleure association des familles au projet
- l'évaluation de la qualité de notre action

2.6.4. La référence du projet individualisé.

A l'IRTEP, depuis 1995, le terme de référence éducative existe déjà. Un référent éducatif est désigné pour chaque enfant en début d'année, il est associé aux entretiens familiaux avec l'équipe médico-psychologique, il est chargé des relations avec les établissements de l'éducation nationale, avec qui nous avons signé une convention, pour les enfants en intégration extérieure.

La notion de projet individualisé pose par elle-même la question de sa coordination. Doit-il y avoir un référent unique du projet, une double référence ou une référence partagée par des membres de l'équipe pluridisciplinaire ?

Dans le cas des enfants accueillis à l'IRTEP et présentant des symptômes multiples, une référence partagée me paraît être la solution évitant à un référent unique d'être confronté seul aux multiples facettes que va lui renvoyer le jeune, et de s'enliser dans une relation transférentielle mal maîtrisée.

Pour Alain Braconnier « plus un enfant est difficile, moins le référent peut agir seul. Néanmoins lorsque l'enfant est dans un contexte social et familial de type classique, et présente un simple tableau dépressif, il n'y a alors pas besoin de trois ou quatre référents ; par contre lorsqu'il existe un poly-handicap (troubles du comportement, difficultés d'insertion scolaire, souffrance affective profonde...) il est important alors que ce profil de jeune puisse bénéficier de plusieurs référents. Tout le problème étant que ceux-ci travaillent du mieux possible ensemble et surtout dans le même sens »²⁶ La solution adaptée doit, à mon avis être définie pour chaque projet individualisé et spécifique à chaque enfant.

C'est la position que je soutiens dans l'institution, l'essentiel étant que l'enfant ait des points de repère constants lui permettant de s'orienter dans la « jungle » des professionnels qui l'entourent.

L'autre question concerne la façon dont l'ensemble des intervenants de l'IRTEP perçoit le remplacement de la réunion de synthèse par la réunion d'évaluation du projet personnalisé. Elle est plus concise, plus productive ; son aspect décisionnel produisant un plan d'action pour l'enfant est accepté et reconnu par tous. Par contre, les sentiments et échanges informels autour des cas d'enfants sont absents de cette instance, de même que la réflexion sur les pratiques et leur remise en question.

Pour y remédier, le groupe de pilotage propose une réunion dite « clinique », qui aura lieu le vendredi après-midi, après le départ des enfants, et réunira les intervenants de la semaine écoulée.

2.6.5. La réunion clinique.

Tous les acteurs de la semaine écoulée sont présents.

Les objectifs de cette réunion sont les suivants :

- une mise en commun

²⁶ BRACONNIER ALAIN, *De l'appropriation abusive à la distanciation excessive*, Lien social n° 340, 15 février 1996

- fournir un espace d'information et de communication pour les acteurs concernés par le suivi des enfants
- analyser certains évènements marquants
- garder une vision globale
- donner collectivement du sens à la prise en charge et au suivi de l'enfant (en prenant garde à ne pas mettre systématiquement en avant les problématiques les plus visibles)

Un cahier de séance, tenu par un secrétaire, est mis à la disposition de chaque service, le lundi matin ; il est un matériel précieux pour la réunion d'équipe de chaque secteur de prise en charge.

Il nous a fallu un an pour mettre en oeuvre le projet individualisé. Cette mise en place a été lente. En septembre 2000, seuls les nouveaux arrivants ont pu bénéficier de cet outil. Outil, que l'on ne peut considérer d'ailleurs comme un « produit fini » ou une « recette de cuisine », mais que les différents secteurs ont continué à s'approprier, en utilisant progressivement le nouveau dispositif organisationnel des réunions (REPP, réunion clinique)

Un processus de changement est en cours en interne ; y associer les familles est une autre étape de cette évolution.

Quelle chance aurait d'aboutir le projet individualisé, si la famille n'y était associée ?

2.6.6 Associer les familles.

Comme je le précisais dans ma première partie, la famille doit « chaque fois qu'elle le désire, jouer un rôle actif dans la prise en charge... »²⁷

A l'IRTEP, les parents acceptent de confier leur enfant à un établissement, pour que ce dernier puisse mettre en oeuvre avec eux, une prise en charge globale, avec une composante thérapeutique. Les rencontres que nous organisons avec les familles ne peuvent donc être banalisées. Il s'agit de mettre en place un travail organisé de manière professionnelle et technique.

Associer les parents est une étape capitale dans un processus de soin.

²⁷ Chapitre II, deuxième paragraphe de la circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989

A ce jour, les pratiques institutionnelles ont eu pour but de créer, entre les familles et l'institution, ce que nous nommons « alliance thérapeutique », relation qui permet en général aux enfants et aux parents de se saisir des propositions de soins et de prise en charge.

C'est un objectif modeste, mais possible. La plupart de ces parents n'ont pas de demande pour eux-mêmes.

Certains même ne reconnaissent pas les « difficultés » de leur enfant comme ayant des « difficultés », en particulier les difficultés psychologiques.

Ce travail avec eux consiste donc à faire exister ces difficultés particulières, qui n'ont pas grand chose à voir avec ce qui a été le plus stigmatisé chez leurs enfants : l'échec scolaire. Les parents insistent volontiers sur « les méthodes de lecture, la personnalité de la maîtresse, la violence des camarades de classe »

Ce travail difficile peut être l'origine d'une grande culpabilité, et faire fuir un certain nombre de parents.

Les espaces que nous proposons aux familles sont différenciés, et offrent divers outils de communication qui se complètent :

- la procédure d'admission où l'enfant est reçu par la psychiatre et une psychologue, par le directeur et moi-même, avant une visite de l'établissement effectuée par un éducateur
- des réunions générales de parents début octobre, afin de présenter les projets de chaque secteur
- des réunions à thèmes, deux samedis par trimestre
- des entretiens individuels le samedi, animés par un membre de l'équipe médico-psychologique et un éducateur référent de l'enfant.

On peut retrouver ici une des préoccupations majeures exprimées par Michel Gagneux et Pierre Soutou : « il importe de ne pas se satisfaire d'un traitement psychothérapeutique de l'enfant, mais d'élargir le champ de l'action rééducative à l'environnement familial »²⁸

²⁸ Gagneux M., Soutou P., *ibid.*, page 56

2.6.7. Evaluer la qualité de notre action.

Cette notion est intégrée d'ailleurs dans la loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 : « les établissements [...] 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, élaborées par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale »²⁹

A l'IRTEP, l'évaluation, depuis 1993 a toujours été appréhendée sous l'angle des résultats de l'enfant. A l'école, à l'arrivée, cette évaluation a un aspect quantitatif. Elle permet de le situer (cycle- compétences)

Elle est formative également, parce qu'elle suit l'enfant tout au long de son séjour et permet d'élaborer un projet en fonction des cycles de l'école primaire, au fur à mesure de ses acquisitions et de son évolution, en fonction de l'évaluation de rentrée, de ses compétences transversales et de ses compétences disciplinaires. Il apparaît alors pour chaque enfant un profil de besoins.³⁰

Sur les groupes éducatifs, les compétences sont également évaluées, notamment dans quatre domaines : la vie quotidienne, les activités éducatives, l'alimentation, la gestion de l'argent et des temps libres.³¹

Ces outils sont des indicateurs, des séquences d'observation de l'enfant, et rendent compte d'une évolution, d'un résultat. Les moyens pour y parvenir ne sont pas évalués. Evaluer, c'est sortir d'une logique de causalité linéaire, centrée uniquement sur les effets produits par la prise en charge institutionnelle.

Pour Christian BACHMANN, l'évaluation, « n'est pas une technique infaillible de mesure du social, mais toute une gamme d'instruments qui vont des plus rigoureux et des plus quantifiés aux plus légers et aux plus simples, et qui concourent tous, de fait, à la production d'une attitude : le souci d'objectiver au maximum sa propre intervention et de l'adapter étroitement aux réalités quotidiennes observées. »³²

Pour ma part, je ne souhaite pas que l'institution s'engage dans une démarche trop métrologique, qui serait perçue comme rébarbative voir anxigène par la majorité du

²⁹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, chapitre II, section 5, article 22

³⁰ Annexe 4 et 4 bis

³¹ Annexe 5, exemple de fiche d'évaluation

³² BACHMANN Christian, *De la vertu à la nécessité*, in Informations Sociales n° 6, 1992

personnel. Jean LUC JOINGT l'exprime ainsi : « Ce qui manque souvent le plus au sein des équipes : un bon sens commun susceptible de fédérer les énergies et permettant un regard critique mais positif, sur les pratiques quotidiennes. »³³

Après un an d'utilisation, le projet individualisé est devenu un outil à penser, un guide de réflexion. Les équipes sont plus capables d'évaluer l'évolution de chaque enfant en lien avec sa problématique, et de mesurer l'impact de leur action.

En janvier 2001, le groupe stratégique décide de poursuivre la recherche-action avec l'ANDESI pour réactiver la réflexion commune.

Cette recherche sera une approche de la démarche qualité, c'est à dire une formalisation de procédure. Le projet individualisé en est déjà le premier aspect.

La réécriture du projet en septembre 2002 sera, sinon l'aboutissement de cette démarche, la continuation d'une nouvelle forme de management.

2.6.8. Une approche de la qualité.

« Dire ce que l'on fait, faire ce que l'on dit » et l'écrire, résume de manière synthétique les principes qui fondent « la démarche qualité »

La qualité n'est pas une notion fondatrice de notre secteur, c'est un concept ancien lié aux besoins de l'industrie et centré sur la satisfaction du client.

Dans le secteur médico-social, la notion de qualité, dans le sens « démarche qualité », est une notion qui nous est étrangère. Elle est interprétée souvent comme une menace qui pèse sur les personnels et provoque des questions : « pourquoi ? nous ne faisons pas un travail de qualité ? » En outre les méthodologies d'évaluation de la qualité sont issues, le plus souvent des pays anglo-saxons, des USA en particulier et font planer le spectre de la mondialisation et de l'identité culturelle perdue, chère aux français.

Dans les prémices de la formation, une partie du personnel de l'IRTEP a parfaitement exprimé ses réticences et sa défiance envers cette approche.

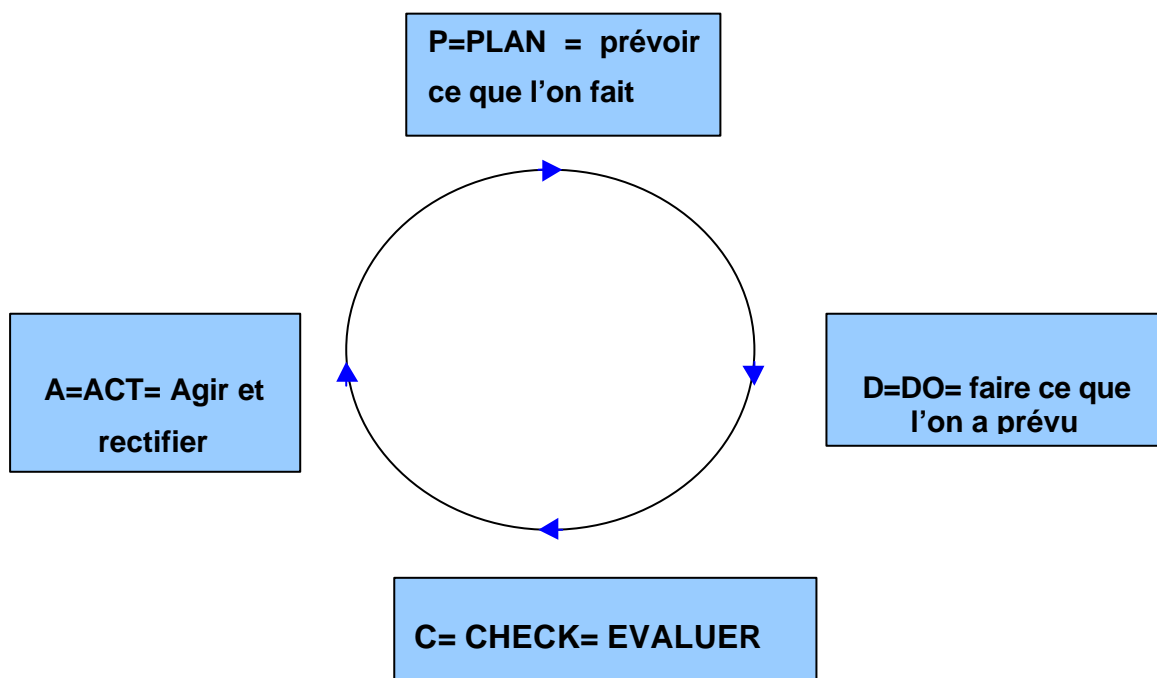
³³ JOINGT Jean Luc, *Maîtriser les projets individualisés au cœur de la démarche qualité*, Edition Les deux continents, Mars 2001, page 62

Cette perception est renforcée dans le personnel éducatif par la peur de l'écrit, et, dans le secteur paramédical, par la prégnance d'une culture orale, influencée par le courant psychanalytique, où l'écrit figerait et serait « empêchant »

Le concept de qualité a évolué au fil de l'histoire ; les prémices en seraient le Code d'Hammourabi, roi de Babylone(1792-1750 avant J.C) ; il est passé par les valeurs fortes de transmission du savoir-faire dans le compagnonnage et va renaître de manière très présente au Japon et en Occident entre les années 20 et 50 dans le cadre des grandes sociétés marchandes et industrielles.

Le modèle qualité le plus utilisé actuellement, est celui de du chercheur Edward W. Deming intitulé « Total Quality Management » qui propose une spirale de cohérence sociale matérialisée par une roue appelée « Cycle PDCH »(Plan, Do, Check, Act)³⁴ dont la traduction est, prévoir, faire, contrôler, agir.

Si je le transpose au secteur médico-social, je le ferai apparaître comme dans le schéma suivant :



³⁴« Mémento convergence » du service qualité de l'entreprise BASF Clermont de l'Oise, *Principes, vocabulaire, outils et méthodes*, 1995, page 8.

En faisant un parallèle modeste avec l'IRTEP, la matérialisation du PDCA peut se développer ainsi :

- *Prévoir ce que l'on veut faire* : la démarche action entreprise avec ses objectifs et son calendrier prévisionnel en est l'illustration.
- *Faire ce que l'on a prévu* : rendre opérationnel le projet individualisé
- *Evaluer* : la démarche est à ses prémices avec l'évaluation du projet personnalisé.
- *Agir et rectifier* : il nous faut continuer à élaborer de nouveaux outils adaptés et rendre cohérents l'ensemble du dispositif institutionnel.

Cette démarche de recherche de la qualité doit nous amener à plus ou moins long terme à une logique de certification.

Au stade actuel de notre réflexion et de notre travail, il s'agit plutôt, comme le dit Jean Marie MIRAMON, que la qualité soit « une aptitude à explorer tous les « champs du possible » avant de décider »³⁵

Dans cet esprit, une commission qualité est mise en place ; elle est composée, dans un premier temps, de la moitié des membres du comité de pilotage existant, afin de ne pas rompre les liens fonctionnels établis dans l'institution.

L'esprit qui l'anime est celui de la réflexion, son fonctionnement est fondé sur les bases de ce que décrit Jean Pierre Boutinet quand il définit un cercle de qualité : « Ce qui caractérise le cercle de qualité c'est d'abord le fait qu'il s'appuie sur une cellule de réflexion, celle-ci formée d'un groupe de travail naturel, c'est-à-dire pris au sein d'un service, d'une unité déterminée dans l'entreprise; le volontariat, comme dans la gestion par projet, est essentiel; l'animateur du groupe peut être, mais sans obligation, un supérieur hiérarchique ; dans ce cas là ce dernier reste à égalité avec les autres membres au sein du groupe en dehors de son statut d'animateur ; il se soucie que les réunions se déroulent dans une atmosphère de non-directivité. Toujours de façon analogue à la gestion par projets, le cercle s'attaque à un problème, une difficulté identifiée... »³⁶

³⁵ MIRAMON Jean Marie, *Manager le changement dans l'action sociale*, Editions ENSP, RENNES, 1996

³⁶ BOUTINET Jean Pierre, *Anthropologie du projet*, PUF, 1990, page 232

Cette commission aura une double fonction, identifier des problèmes, certes, mais également développer des projets et des actions.

Le contrat de séjour, incluant le projet individualisé et le livret d'accueil, est issu de cette commission.

2.6.9. Le contrat de séjour.

Le contrat de séjour est sous tendu par la notion d'échange et de confrontation, mais il introduit également la notion de droit ; dans le lexique des termes juridiques, le contrat est défini comme une « convention faisant naître une ou plusieurs obligations ou bien créant ou transférant un droit réel »³⁷. Un contrat est un engagement réciproque dans lequel figure la nature des risques à prendre, au vu de ce qui a été compris d'une situation particulière. Ce contrat sera sujet aux contestations du bénéficiaire ; conflits et médiation sont rendus possibles.

Le contrat de séjour illustre l'adhésion des acteurs et permet de définir la position de chaque partenaire. Ce qui est écrit doit être tenu. C'est un repère, qui se doit d'être mis en forme au moment de l'admission de l'enfant dans l'institution, qui doit permettre une proposition de prise en charge globale et les moyens de sa mise en œuvre.

A l'IRTEP, le contrat de séjour³⁸ est présenté et signé le jour de l'admission de l'enfant. Il est décliné sous la forme de six propositions :

- le projet personnalisé
- la présence
- le calendrier de fonctionnement
- la prise en charge
- le suivi
- le service de suite et de relations extérieures.

Il y est annexé un règlement intérieur décliné sous cinq aspects :

- le respect
- les présences et absences

³⁷ *Lexique des termes juridiques*, Edition Dalloz, 1999, page143

³⁸ Annexe 5/a à 5/f

- l'hygiène, le trousseau, le matériel scolaire
- les objets interdits
- l'usage du téléphone.

Ce document est envoyé à la famille avant l'admission, afin qu'elle puisse le commenter à l'enfant, si elle est en capacité de le faire. Il sera signé par l'enfant et sa famille le jour de l'admission. C'est un document simple, accessible, qui pourra être complété et retravaillé par la commission qualité, si des manques sont perçus par la famille ou par nous-mêmes.

La signature du contrat de séjour fait l'objet d'un protocole établi.

Le jour de l'admission, l'enfant et sa famille sont reçus par le directeur et/ou moi-même, remplaçant permanent du directeur.

Un commentaire est fait à la famille et à l'enfant sur l'ensemble du document. Le projet personnalisé est présenté sous la forme de deux ou trois objectifs écrits dans le contrat, et soumis à leur avis afin de vérifier la pertinence de ces objectifs. Jusqu'à présent, il est intéressant de constater que les familles ont été sans exception en accord avec nos propositions.

Le contrat de séjour à l'IRTEP est un triptyque présentant trois éléments :

- le projet personnalisé
- le règlement intérieur
- le livret d'accueil.

A ce sujet, je reprendrai les propos que Maître PAGES a tenu lors du conseil d'administration de l'association des directeurs cafdésiens (ADC) qui conforte l'esprit de la démarche à l'IRTEP : « ce qui conforte la place du droit dans les dispositifs de prise en charge, c'est l'emboîtement, la correspondance des documents instituant et caractérisant la vie institutionnelle dans l'établissement ou le service : charte des usagers, projet associatif, projet d'établissement ou de service, livret d'accueil, conseil de la vie sociale, contrat de séjour, règlement de fonctionnement »³⁹

³⁹ *Compte rendu du conseil d'administration de l'ADC/ENSP, 13 décembre 2001*

2.6.10. Le conseil de la vie sociale.

Bien qu'il s'agisse d'une obligation légale depuis le décret du 31 décembre 1991, aucun conseil d'établissement n'a été constitué à l'IRTEP.

A moment où j'écris ce mémoire, le projet de décret du 28 mai 2002 stipule que les établissements, énumérés à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles, mettent en place un conseil de la vie sociale, ou d'autres formes de participation à la vie sociale.

L'IRTEP est concerné par le deuxième aspect du décret, puisque visé au paragraphe 2 de l'article 312-1.

Mon souci n'est pas tant d'être en conformité avec la législation, que d'être promoteur d'une forme de participation des familles au fonctionnement de l'établissement, et de prendre en compte leurs critiques, positives ou négatives.

La création d'un conseil de la vie sociale permettrait d'entrer dans une démarche faisant accéder l'enfant à la citoyenneté et à l'apprentissage de la démocratie ; c'est un outil transversal et régulateur de tension. Le conseil d'enfants de l'IRTEP, en est déjà l'illustration.

Cette instance permettrait de plus un travail d'alliance avec les familles, un véritable travail de partenariat.

Conclusion de la deuxième partie.

La méthodologie du projet individualisé ou personnalisé, premier aspect de la recherche action entreprise, suivi de la mise en œuvre de ce qui constitue une optimisation du service rendu à l'enfant par le biais de la reconnaissance de ses droits, contribue à une redéfinition de la qualité de vie des enfants accueillis à l'IRTEP « Les Guérêts »

Cette démarche concrétise trois objectifs :

- satisfaire un objectif défini dans les textes législatifs en direction des décideurs et des financeurs, visant à maîtriser l'outil institutionnel

- contribuer à répondre le mieux possible aux besoins des enfants accueillis, en aménageant un dispositif institutionnel cohérent quant à la mise en place de moyens permettant d'évaluer leur évolution et leur satisfaction
- contribuer à la réassurance des professionnels, qui peuvent suivre l'impact de leur pratique, à travers une méthodologie qu'ils ont élaborée eux-même.

En octobre 2001, trente contrats de séjour ont été signés par les familles.

La réunion clinique du vendredi joue le rôle que l'on attendait d'elle. Ce moment d'échanges pluridisciplinaires inscrit le soin comme préoccupation centrale au travers des diverses prises en charge professionnelles de l'enfant. Elle tente de dégager le sens des symptômes et de l'action engagée. Elle participe du rappel de la globalité du soin et de sa mise en cohérence.

La démarche « qualité » s'en trouve consolidée.

Les réunions d'évaluation du projet personnalisé(REPP) sont assurées à un rythme régulier. Les contrats de séjour signés avec la famille et l'enfant jalonnent cette évolution.

Une architecture repensée des diverses réunions de concertation, d'information et de service a permis d'intégrer la clinique au cœur de notre réseau de réflexion.

La commission « qualité » s'est installée dans la durée. Elle conduit une recherche sur les circuits de communication existants dans l'institution, et sur la définition des postes de chacun.

Elle va tenter de garantir l'avancée novatrice entreprise et maintenir l'esprit de cohérence amorcé à l'IRTEP.

En résumé, une phase de formation était nécessaire pour que l'ensemble de l'institution « parle le même langage et soit tendu vers le même objectif »⁴⁰

⁴⁰ Proudom Bernard, Journées d'études et de formation ADC/ENSP, CONTACT, N°35, juin 2000, page 14

Troisième partie : Vers la réécriture du projet d'établissement.

3.1. Un changement de management.

L'IRTEP, en septembre 1999, sort d'une période de restructuration qui a duré 8 ans. Des projets innovants ont vu le jour sur le plan technique et organisationnel (« Le Refuge », le conseil d'enfants, le service de suite, un projet de SESSAD), ainsi qu'un schéma de réflexion et d'action (cf. annexe 2) appliqué scrupuleusement, qui fonctionne comme « une mécanique bien huilée »

L'établissement est à minima en conformité avec les annexes XXIV en ce qui concerne les locaux et l'équipement.

En 1999, l'IRTEP était réorganisé sur le plan fonctionnel et hiérarchique, sa situation financière était saine.

L'institution avait retrouvé une nouvelle dynamique de travail, après une longue période de malaise institutionnel se caractérisant par des absences des professionnels, et mettant en péril les bases organisationnelles et fonctionnelles que j'ai évoquées précédemment.

En juin 2002, l'IRTEP sort d'une phase de diagnostic et d'élaboration.

Le projet d'établissement n'a pas été modifié depuis trois ans. Il rend cependant compte, dans sa forme actuelle, des caractéristiques principales que l'on doit attendre d'un projet d'établissement tel que le définit Patrick LEFEVRE ; son champ d'exploration comporte « la mission et le cadre de référence institutionnel, son dispositif d'offre de service, ses techniques d'intervention, un système d'évaluation, les moyens de communication interne, les ressources humaines, le mode de communication avec nos partenaires externes et enfin des objectifs d'amélioration et stratégies d'accompagnement »⁴¹

Il est cependant uniquement l'œuvre de l'équipe de direction précédente.

⁴¹ LEFEVRE Patrick, *Guide de la fonction de direction*, Ed. Dunod, 1999, page 178-179

En effet, depuis l'arrivée du nouveau directeur il y a trois ans, un changement et une cohérence se sont amorcés à travers un management de type participatif « appelant à l'autonomie et à la responsabilité de tous, à la capacité de s'adapter aux évolutions. »⁴²

En conséquence, la réécriture du projet est envisagée pour rendre compte de notre cohérence technique, déclinée en terme d'objectifs et d'évaluation. Cette cohérence tend vers un idéal de pertinence qui doit trouver, pour être pérennisé et optimisé, sa reconnaissance.

Dominique PATURET écrit à propos du projet « sa reconnaissance au sein de l'entreprise entraîne adhésion, implication et investissement de chaque acteur, salariés et usagers »⁴³

3.2. Vers un nouveau projet illustrant la cohérence.

Depuis trois ans, la formation a eu un effet fédérateur, suscité par une réflexion transversale. Contrats de séjour, projets personnalisés et livrets d'accueil coexistent, au cœur de la réflexion institutionnelle. La nouvelle organisation fonctionnelle sera au centre du nouveau projet, et le management prendra une place importante à travers l'implication et l'adhésion du personnel ; délégation et formation y prennent une place importante.

3.2.1. Une nouvelle organisation fonctionnelle.

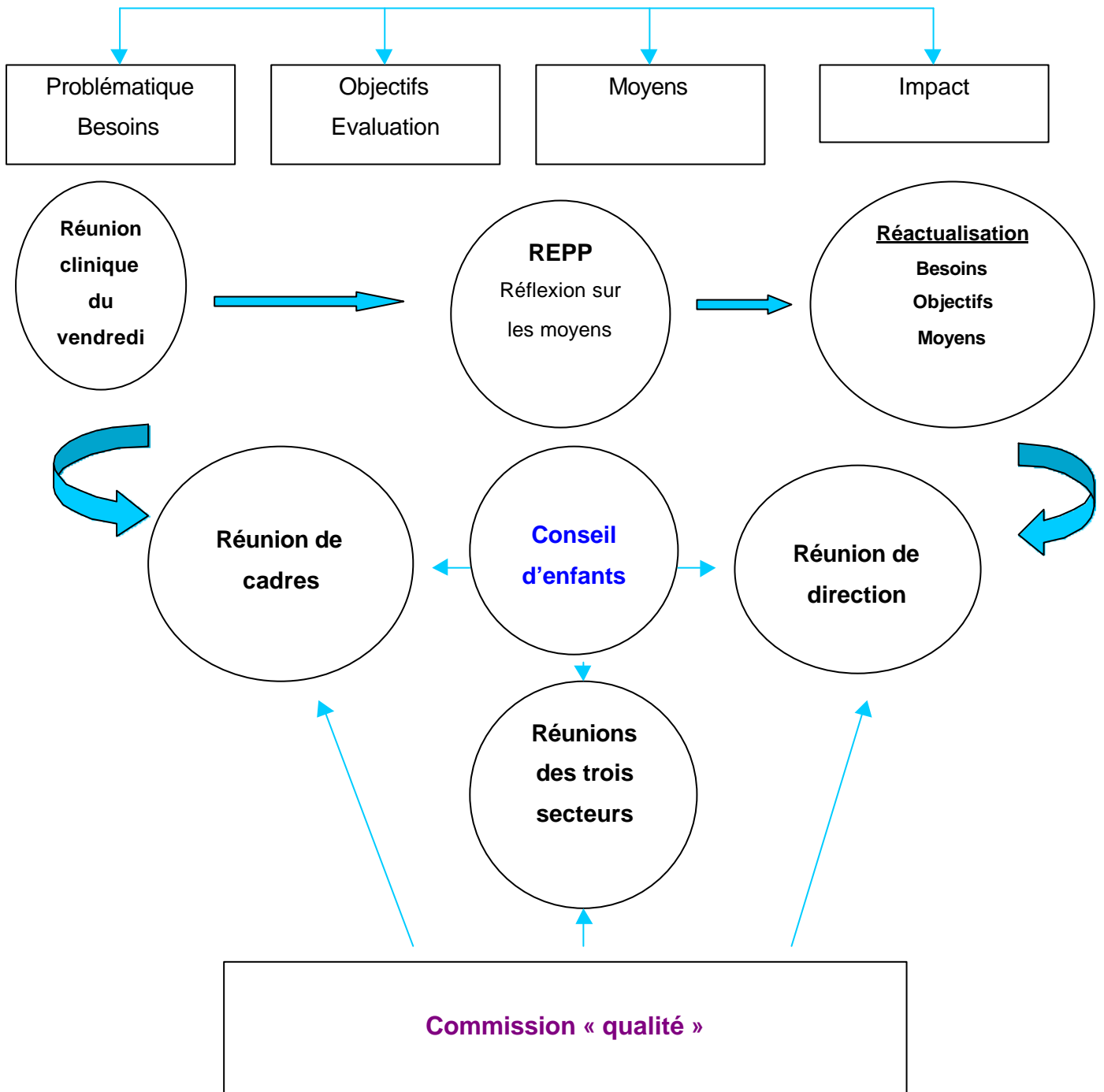
Une nouvelle organisation fonctionnelle, où la réunion de cadre occupe une place capitale, a vu le jour.

Je la représenterai selon le schéma suivant :

⁴² LEGOFF Jean Pierre, *Les illusions du management, pour le retour du bon sens*, éditions La Découverte/poche, 2000, page 85.

⁴³ PATURET Dominique, préface du livre de Jean Marie MIRAMON, *Manager le changement dans l'action sociale*, Edition ENSP, 1991, page 7

SCHÉMA N°1 : Les liens fonctionnels⁴⁴



⁴⁴ Source : à partir du compte-rendu de la commission qualité.

3.2.2. Des cadres à la hauteur de leur fonction.

Dans le projet, la réunion de cadres, qui se déroule le vendredi après-midi, fait suite à la réunion clinique ; elle occupe une place prépondérante.

Auparavant elle abordait uniquement des cas d'enfants. Actuellement, elle se déroule selon plusieurs modalités.

Dans un premier temps, il s'agit de faire un commentaire et une réflexion à propos de la réunion clinique qui la précède, d'y rappeler les contenus des réunions de parents et des réunions générales.

Dans un second temps, les cadres s'intéressent à la parole véhiculée par le conseil d'enfants , grâce à son compte rendu écrit.

Un troisième temps est consacré, soit à faire le point sur les dossiers d'admissions et de sorties, soit à formaliser des décisions sur les signalements éventuels (dans ce cas, la présence de l'éducatrice du service de suite est requise)

Nous pouvons aussi aborder des informations concernant nos partenaires extérieurs. Cette réunion agit en complémentarité de la réunion de direction, dans l'élaboration des stratégies de management qui sont élaborées par les quatre cadres de direction.

Ce management, par le biais de ces deux réunions (comme le montre le schéma n°1), nécessite l'adhésion et l'implication du personnel présent, dans toutes les instances de l'établissement et en particulier à la commission « qualité »

3.3. L'implication des acteurs.

Jean Pierre BOUTINET parlant du projet expérimental et participatif nous dit :

« Jouant sur l'interdépendance de l'expérimental et du participatif, le projet d'entreprise entend stimuler simultanément un haut niveau de créativité et de performance, ainsi qu'une forte implication personnelle de chacun des membres concernés »⁴⁵

⁴⁵ BOUTINET Jean Pierre, *Anthropologie du projet*, PUF, 1990, page 117

3.3.1. La délégation.

L'implication des acteurs ne peut résulter d'une injonction organisationnelle ou législative, par contre, l'organisation et le droit doivent permettre la créativité et l'innovation.

A l'IRTEP, le travail de rénovation de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 et le projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale votée le 2 janvier 2002, ont été utilisés comme levier de changement, comme une « aubaine » questionnant les certitudes, les idéologies, les traditions et les pratiques existantes.

L'implication des acteurs entraîne la nécessité d'une délégation de compétence, c'est à dire « de se dessaisir dans les limites légales d'un ou plusieurs de ses pouvoirs en faveur d'un autre qui les exercera à la place de l'autorité »⁴⁶

Cette délégation doit être également associée à une répartition des tâches en fonction des compétences et des capacités propres à chacun.

Ma formation CAFDES entreprise il y a trois ans, a autorisé le directeur à me donner une forte délégation de management, et lui a permis de ne pas se considérer comme le seul acteur institutionnel. Cette délégation m'a permis de m'engager dans la démarche « qualité » en tant que cadre dirigeant. Mon savoir-faire dans les relations humaines et mon expérience m'ont appris qu'un bon management ne peut être accompli uniquement dans les rapports de force. Mon approche s'apparente à celle de Jean Pierre LEGOFF quand il écrit : « savoir concilier et négocier, connaître les hommes et leurs compétences, faire preuve de tact, humaniser les rapports de travail. Ce savoir-faire ne peut s'acquérir sur le modèle d'un apprentissage de compétences immédiatement opérationnelles. Il n'est pas application de techniques et de méthodes. Il est fondé avant tout sur une expérience humaine (professionnelle et extra-professionnelle) et implique une sorte de sagesse pratique qui sait tirer les leçons de l'expérience. »⁴⁷

⁴⁶ *Lexique des termes juridiques*, Edition Dalloz, 1999, page 23.

⁴⁷ LEGOFF Jean Pierre, *ibid.*, page 101, 102.

L'animation de la commission « qualité » m'a permis de remarquer les personnes susceptibles de participer activement à l'élaboration de projets.

Cette perception tient compte des données contradictoires qui apparaissent dans cette commission, et qui sont le reflet des questionnements de chaque acteur de l'institution dans les autres instances de travail institutionnel. Je me garde d'une attitude par laquelle les objectifs seraient des buts à atteindre à n'importe quel prix, où, comme l'écrit Hanna ARENDT, « l'objet à conquérir prend le pas sur le processus à conduire. »⁴⁸

Ma conception, en tant que dirigeant, est de ne pas être dans la volonté de maîtrise totale, qui correspondrait à un comportement « guerrier », mais d'être dans une fonction permettant de laisser s'exprimer les compétences de chacun, et créant ainsi des espaces de réussite et des marges de manœuvre ; marges de manœuvre qui subsistent toujours dans une institution, pour chaque acteur.

Comme le dit Erhard FRIEDBERG, cité par Michel FOUURIAT : « Aussi détaillé que soit l'organigramme et quel que soit le degré de raffinement auquel est parvenue la réglementation intérieure, il est impossible d'éliminer totalement l'imprévisibilité du comportement des individus ou groupes au sein des organisations. Ceux-ci disposeront toujours d'une zone de liberté qu'on ne parvient pas à réglementer et qu'ils mettront à profit dans la poursuite de leurs stratégies. Cette zone peut être plus ou moins grande; elle subsiste toujours. En dernier ressort, les membres d'une organisation ont toujours la possibilité de refuser d'apporter la « bonne volonté » que requiert nécessairement son bon fonctionnement. »⁴⁹

La délégation favorise un climat d'innovation, qui autorise l'imagination et la créativité.

3.3.2. Un cadre propice à l'innovation.

Le cadre dirigeant vit dans un paradoxe permanent qui oscille entre organiser, qui signifie réduire les incertitudes, et innover. Innover renvoie à la notion de tirer parti des incertitudes et de la créativité.

⁴⁸ ARENDT Hanna, citée, *Les multiples facettes du projet*, Sciences humaines N°39, mars 1993, page 23.

⁴⁹ FOUURIAT Michel, *Dictionnaire raisonné des concepts relatifs à l'analyse stratégique et systémique*.

La commission qualité est l'illustration positive de ce paradoxe. Elle est structurée, ses objectifs sont repérés, son fonctionnement programmé ; elle est inhérente à un processus organisationnel, mais est également au centre des questionnements des acteurs (usagers et professionnels), de leur créativité et de leur réactivité aux évènements institutionnels.

3.3.3. Animer et faire du lien.

3.3.3.1. Au plan collectif.

Créativité et réactivité intègrent la notion d'adaptabilité des moyens institutionnels, qui sont fonction de l'évolution des besoins et des réponses à leur donner.

La commission « qualité » se révèle être au cœur de la décentralisation du pouvoir hiérarchique, et être un outil concret de coordination de l'action globale de l'institution ; c'est un centre de communication. Sa fonction d'animation prend dans ce contexte une place très importante. Elle permet de mettre en action et en relation les trois secteurs d'intervention de l'institution, et de faire en sorte que cette démarche soit vécue, non comme une contrainte, mais bien comme un accomplissement collectif auquel chacun apporte sa contribution.

En dehors des critères liés à la fonction de direction, définis en annexe de la circulaire du 26 février 1975, qui sont :

- animation et direction technique
- administration et gestion
- administration du personnel,

les termes « d'observateur actif » et de « diffuseur », utilisés par Henry MINTZBERG⁵⁰, me semblent appropriés pour désigner une part importante de mes fonctions dans la participation à une démarche de cohérence.

Dans son « rôle d'observateur actif, le cadre est en permanence en train de chercher et recevoir des informations qui lui permettent de mieux comprendre ce qui se passe dans son organisation et dans l'environnement. Il est en quête d'information afin de détecter les changements, d'identifier les problèmes et les opportunités, d'accumuler des données sur le milieu, de savoir quand il y a des informations à diffuser et des

⁵⁰ MINTZBERG H., *Le manager au quotidien*, Les éditions de l'organisation, septième tirage, 1997, page 110.

décisions à prendre »⁵¹ Le cadre de direction détecte les sources de résistances et de perturbations, et les analyse.

Dans son rôle de « diffuseur », il transmet des informations internes, mais également des informations de l'extérieur vers l'organisation interne.

A l'IRTEP, je consacre beaucoup d'énergie à cette tâche et je vérifie continuellement la fiabilité des circuits oraux de communication, au niveau de leur contenu ; le principal défaut de l'oral étant le risque de distorsion de l'information.

Mes relais étant vérifiés, je peux me consacrer à ce que j'appelle le puzzle institutionnel qui est fait de :

- de l'assemblage de micro-informations révélatrices du climat de l'établissement
- des informations et souhaits singuliers importants pour les acteurs de terrain, mais qui ne sont pas toujours signifiés dans les réseaux formels ou à la commission qualité.

Cette tâche, centrée sur la communication informelle, permet de révéler des souhaits venant du personnel, qui n'ose pas toujours les exprimer dans les instances mises en place.

Tout acteur institutionnel contribue à la circulation de l'information. Il en produit, en transmet ; il la confisque, la néglige, la recherche. Elle peut aussi lui faire défaut.

Un questionnaire sur la communication a été élaboré en direction du personnel. Son but est de mieux repérer le placement de chacun dans le réseau de communication.

La conjugaison de ces apports donne du corps à la commission qualité, et permet à l'équipe de direction de faire des choix dans ses investigations et d'infléchir des orientations

3.3.3.2. Au plan individuel.

La stimulation des compétences des professionnels nécessite de se doter de moyens d'évaluation de leur travail, mais aussi de leurs attentes.

⁵¹ MINTZBERG H., Ibid, page 78.

J'ai engagé un chantier des réécritures de profil de poste. Des entretiens annuels individualisés vont être mis en place avec chaque membre du personnel. Chaque entretien sera bâti sur un échange de vue, sur la mission confiée et celle réellement assumée.

Un écrit en consignera le constat en termes d'écarts.

Un autre objectif sera de vérifier si les attentes de la formation-action sont satisfaites, mais également de vérifier si les objectifs individuels et les motivations de chacun sont en adéquation avec la démarche globale.

Les premiers entretiens que j'ai menés, m'ont permis de détecter des difficultés, dans l'accomplissement de certaines tâches, effectuées par l'équipe éducative en particulier, notamment de rendre compatibles le projet individualisé et les prises en charge collectives. Sont également évoqués des motifs de souffrance personnelle le plus souvent liés à la violence des enfants.

Ces entretiens m'ont également fait découvrir des potentialités que j'ignorais, Jean René LOUBAT l'illustre quand il écrit « certaines personnes sont riches en compétences qui ne sont pas mises à contribution, soit parce qu'elle sont superbement ignorées, soit parce qu'elle ne correspondent pas à un poste précis »⁵²

Les huit premiers entretiens que j'ai effectués font apparaître une demande de supervision extérieure qui n'avait jamais été formulée.

La possibilité en existe déjà en interne, mais est limitée, car la confiance envers les psychologues demeure encore fragile.

L'équipe de direction devra réfléchir à cette question, et à la création de poste que cela impliquerait.

Ces entretiens ont montré également un désir de formation à l'animation de réunions. Ce désir est lié à notre méthode de travail qui privilégie, autour de la commission « qualité », des travaux en sous-groupe.

Ce dernier point semble lié à la crainte de la non pérennisation de la démarche entreprise, dans l'hypothèse où le directeur, ou moi-même, partirions de l'établissement. Ce sera à confirmer dans les entretiens suivants ; le projet annuel de formation devra anticiper ces craintes et conforter les motivations importantes du personnel pour la démarche entreprise.

⁵² LOUBAT Jean René, *Dossier GRH*, Revue MANAGEMENT, février 2001

Consultée sur ce point la commission qualité a émis le souhait d'une « visite de contrôle » annuelle, animée par un consultant de l'ANDESI.

Enfin, parallèlement à la réécriture du projet de l'IRTEP « Les Guérets », le SESSAD ouvrira ses portes en novembre 2002, proposant une offre alternative à des enfants souffrant d'échecs scolaires et de troubles du comportement, mais dont la gravité ne nécessite pas une prise en charge en internat spécialisé.

CONCLUSION.

Comme je l'ai écrit, l'ensemble du personnel est actuellement dans l'adhésion, l'implication et l'investissement.

L'acte d'écriture est devenu plus naturel pour chacun.

La réécriture du projet ne sera plus une simple mise à jour du projet existant, mais une prise en compte du chemin parcouru pendant trois années.

La démarche « qualité » est vivante ; elle n'est pas une simple déclaration d'intention. Projet personnalisé et contrat de séjour sont inscrits dans le réseau des pratiques institutionnelles et des instances qui les font vivre.

Je ne saurais affirmer que nos performances soient maximales, mais je les pense ajustées aux besoins d'une population d'enfants, qui exige une grande cohérence du cadre de soin.

Le travail qui reste à accomplir, au-delà de la pérennisation de l'existant, est d'intégrer en permanence des actions correctives, de maintenir une vigilance constante, de laisser place à l'innovation.

Ce projet devra s'adapter en au changement de contexte extérieur, qu'il soit législatif ou social.

Les troubles du comportement sont au centre d'une problématique sociale d'actualité, faisant appel à des champs multiples de compétences et de connaissances.

Un établissement tel que l'IRTEP ne réunit pas nécessairement l'ensemble des compétences requises pour aborder les troubles du comportement et de la conduite. Un travail de partenariat avec les autres instituts de rééducation de l'Oise serait nécessaire. Nous avons fait des tentatives, mais elle restent insuffisantes.

Le rapport de l'IGAS allait en 1999 dans ce sens et préconisait « d'organiser au plan départemental, la coordination des acteurs et la cohérence de la prise en charge des enfants »⁵³

L'Inspecteur Pierre SOUTOU recommande le travail en réseau, demandant aux différents partenaires de se donner une obligation de moyens pour la réalisation du projet de chaque enfant, « au long d'une prise en charge pouvant faire appel à toute une palette de prestations »

⁵³ Rapport de l'IGAS, ibid.

Je conclurai en citant Edgard MORIN : « L'essentiel pour moi, c'est de ne pas me sentir enfermé, enrayonné, c'est de me sentir polyvalent et de pouvoir participer à tout, tisser les liens qui nécessairement unissent tous mes rayons, que je trouve le centre d'où part l'araignée qui tisse sa toile à tous les points cardinaux, rassembler les pollens d'une culture faite de bric et de broc, puiser dans toutes les disciplines et tous les genres »⁵⁴

⁵⁴ MORIN Edgar, *Reliances*, Editions de l'aube, 2000, page 52

Bibliographie

BOUTINET Jean-Pierre, *Anthropologie du projet*, Ed. PUF, 1990, 490 pages

CROZIER Michel / FRIEDBERG Ehrarhd, *L'acteur et le système*, Paris, Ed. du Seuil, coll. « Points Essais », juin 1992, 498 pages

FOUDRIAT Michel, *Dictionnaire raisonné des concepts relatifs à l'analyse stratégique et systémique*.

JOINGT Jean-LUC, *L'audit de la qualité dans les établissements médico-sociaux*, Ed. Privat, 1993, 169 pages

JOINGT Jean-Luc, *Maîtriser les projets individualisés au cœur de la démarche qualité*, Genève, Editions des deux continents, mars 2001, 218 pages

JOINGT Jean-Luc, *Maîtriser la démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Ed. ESF, Paris, 1998, 139 pages

LEFEVRE Patrick, *Guide de la fonction de direction*, Ed. Dunod, 1999, 287 pages

LEGOFF Jean Pierre, *Les illusions du management, pour le retour du bon sens*, Ed. La Découverte/poche, 2000, 179 pages.

LOUBAT Jean René, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Ed. Dunod, Paris, 1998, 264 pages

LOUBAT Jean René, *Résoudre les conflits dans les établissements sanitaires et sociaux*, Dunod 1999, 289 pages

MATHO Yves, JANVIER Roland, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, Dunod, Paris, 2002, 211 pages

MINTZERG Henry, *Le manager au quotidien*, Paris, Les Editions d'organisation, 1997, 220 pages

MIRAMON J.M., *Manager le changement de l'action sociale*, Rennes, Ed. ENSP, 1996, 105 pages

MIRAMON J.M, COUET D., PATURET J.B, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes, Ed. ENSP, 1992, 210 pages

MORIN Edgar, *Reliances*, Editions de l'aube, 2000, 79 pages

MIRAMON Jean Marie, *Manager le changement dans l'action sociale*, Ed. ENSP, Rennes, 1996

VINCENT J, *Lexique des termes juridiques*, Ed. Dalloz, 1999, page143

Rapports, revues, congrès.

BACHMANN Christian, *De la vertu à la nécessité*, in Informations Sociales n° 6, 1992

BRACONNIER ALAIN, *De l'appropriation abusive à la distanciation excessive*, Lien social n° 340, 15 février 1996

GAGNEUX Michel et SOUTOU Pierre, Bulletin officiel de l'IGAS, « Rapport sur les instituts de rééducation » N°1999006, 81 pages

Revue de sciences sociales, FOU BRIAT Michel, *Investigations : vers de nouvelles modélisations*, in acte du 26 janvier 1996, colloque fn3s.

Journées nationales A.D.C./E.N.S.P. Amiens, 1999, *Risques et pouvoirs*, 170 pages

Les Cahiers de l'Actif n°292/293, septembre /octobre 2000.

Revue Management, LOUBAT Jean René, in *Dossier GRH*, février 2001.

Journées d'études et de formation ADC/ENSP, Proudoum Bernard, *Incidences des politiques sociales sur les projets d'établissement*, CONTACT, N°35, juin 2000, 49 pages

Mémento « convergence » du service qualité de l'entreprise BASF Clermont de l'Oise, *Principes, vocabulaire, outils et méthodes*, 1995.

ASH, Sarazin Isabelle, « *Les instituts de rééducation sans pilote* », ASH, 12 novembre 1999

Sciences humaines N°39, ARENDT Hanna, *Les multiples facettes du projet*, mars 1993.

Liste des annexes

Annexes non publiées

Liste du personnel 1999 :	Annexe 1
Liens fonctionnels de l'IRTEP:	Annexe 2
Pyramide des besoins de MASLOW :	Annexe 3
Le projet personnalisé :	Annexe 3 bis et 3 ter
Evaluation des compétences scolaires :	Annexe 4 et 4 bis
Evaluation éducative :	Annexe 5
Le contrat de séjour :	Annexe 5/a à 5/f