



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES - 2003

CDF - Strasbourg

Option : Enfance

**Le projet d'établissement, un cadre de
formalisation de la prise en charge en
Institut de Rééducation.**

Thomas RESCH

Sommaire

Introduction	1
I. De l'enfance inadaptée au paradigme de l'intégration des enfants et des adolescents handicapés : la situation de l'IR St Ludan.	4
1. Construction et structuration d'un champ.	4
2. De l'enfance inadaptée à l'intégration des personnes handicapées.	7
3. Présentation de l'Institut de Rééducation St Ludan.	10
3.1 Retour historique et transition récente.	10
3.2. Présentation de l'établissement.	13
3.3. Désorientation du travail ou l'absence de projet d'établissement.	14
4. La définition des populations.	16
4.1. Une population hétérogène relevant de la catégorie « floue » des troubles de la conduite et du comportement.	16
4.2. La population accueillie dans le département et celle de l'établissement.	20
5. L'action sociale en IR : au-delà des textes, un point de vue sur l'agir.	22
5.1. Le cadrage légal.	22
5.2. Les apports de la loi du 2/1/02 et l'actualité de l'action sociale à l'IR St Ludan.	23
5.3. Mon point de vue sur l'agir : l'action comme processus dans le cadre du projet d'établissement.	24
6. Le schéma d'organisation médico-social en faveur des enfants et des adolescents handicapés.	25
II. Un internat en quête de projet ou les objectifs d'une démarche de projet d'établissement.	31
1. La figure incontournable du projet.	31
2. La légitimation de la démarche : orientation et actualisation de l'action sociale.	34
3. La méthode retenue et son déroulement.	34
4. Droits des personnes et méthodologies d'intervention.	37
4.1. Réflexion sur l'actualité du statut de l'enfant.	37
4.2. Le recentrage sur la personne.	40
4.2.1. Une mise en tension des droits de l'enfant et de l'autorité parentale.	39

4.2.2. Une action sociale centrée sur la personne.	41
4.3. Un cadre propice à l'élaboration de la demande.	44
4.4. L'accueil : un droit, une stratégie d'action.	47
4.5. La personnalisation du service : les projets personnalisés.	50
4.5.1. Le coordinateur, le document de projet et les phases de travail.	51
4.5.2. L'articulation des réunions de travail et l'enjeu global de la coordination.	53
5. Les moyens de l'action sociale.	55
5.1. Le renforcement des heures d'intervention des paramédicaux.	56
5.2. Le renforcement de l'encadrement et la coordination entre professionnels.	57
5.3. La formation.	58
6. La mise en oeuvre du projet, stratégie, planification et évaluation.	59
6.1. Stratégie et planification.	59
6.2. L'évaluation.	60
III. Du renforcement des axes de travail transversaux à de nouvelles modalités de prise en compte des personnes.	63
1. Actualité, pertinence d'une démarche de prise en compte des familles.	63
1. 1. Etat des lieux.	65
1.2. Associer les familles à une co-définition du parcours de l'enfant.	65
1.3. Les parents et la vie de l'établissement.	67
1.4. Du soutien aux familles à de nouvelles modalités d'intervention : la médiation en question.	68
2. Les objectifs d'une éducation spécialisée à l'IR St Ludan : de la réconciliation scolaire à la réintégration en milieu ordinaire.	71
2. 1. La réconciliation scolaire.	72
2. 2. La réintégration en milieu ordinaire.	73
3. Sport, culture, informatique.	74
4. Organiser une large délégation des missions.	75
5. Le travail en réseau au service du parcours des enfants.	75
6. Une offre de service modulable (de l'internat au SESSAD).	76
Conclusion.	77

Liste des sigles utilisés

A.I.R.e. :	associations des instituts de rééducation.
A.I.S. :	adaptation et intégration scolaire.
A.L.P.E.R.I. :	association lyonnaise de parents d'enfants retardés et inadaptés.
A.N.C.E. :	association nationale des communautés éducatives.
A.R.S.E.A. :	association régionale de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence.
C.A.F.D.E.S. :	certificat d'aptitude à la fonction de directeur d'établissement social.
C.A.F. :	caisse d'allocations familiales.
C.A.A.P.S.A.I.S. :	certificat d'aptitudes aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaires.
C.C.P.E. :	commission de circonscription préscolaire et élémentaire.
C.D.E.S. :	commission départementale de l'éducation spécialisée.
C.F.T.M.E.A. :	classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.
C.T.N.E.R.H.I. :	centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.
C.I.M. :	classification internationale des maladies mentales.
C.M.P.P. :	centre médico-psycho-pédagogique.
C.P.A.M. :	caisse primaire d'assurance maladie.
C.R.E.A.I. :	centre régional d'étude et d'action en faveur des personnes inadaptées.
D.D.A.S.S. :	direction départementale de l'action sanitaire et sociale.
D.E.E.S. :	diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé.
D.S .M. :	diagnostic and statistical manual of mental disorders.
E.R.E.A. :	établissement régional d'enseignement adapté.
E.T.P. :	équivalent temps plein.
I.G.A.S. :	inspection générale des affaires sociales.
I.M.P. :	instituts médico-psychologiques.
I.M.PRO :	instituts médico professionnels.
I.R. :	institut de rééducation.
M.E.C.S. :	maison d'enfants à caractère social.
Q.I. :	quotient intellectuel.
U.N.A.P.E.I. :	union nationale des parents d'enfants inadaptés.
U.N.A.R. :	union nationale des associations régionales de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence.
S.E.G.P.A. :	section d'enseignement général et professionnel adapté.
S.E.S.S.A.D. :	service d'éducation spéciale et de soins à domicile.
S.N.A.S.E.A. :	syndicat national des associations pour la sauvegarde de l'enfant à l'adulte.
T.C.C. :	troubles de la conduite et du comportement.

Introduction

Le sujet de ce mémoire aborde au moyen d'un travail relatif au projet d'établissement, une problématique qui a trait à la cohérence et à la formalisation de l'action sociale en faveur des enfants et adolescents en échec scolaire, dont les symptômes repérés rendent nécessaires un recours à une éducation spécialisée, mise en œuvre dans un cadre mobilisant moyens éducatifs et thérapeutiques.

Cette approche s'explique doublement, à la fois comme conséquence de l'analyse de la situation particulière de l'IR St Ludan, mais également par mon parcours personnel, par ma découverte d'un champ d'action social spécifique.

Issu du champ « socio-judiciaire » en milieu ouvert, ma prise de fonction en mars 2001, à l'IR St Ludan a rendu nécessaire une démarche générale d'appréhension des questions liées à l'action sociale en faveur des personnes accueillies à l'établissement. Cette démarche a coïncidé avec l'élaboration du projet d'établissement. Elle traduit pour une part, mon souci personnel de directeur, d'aborder comme préalable indispensable à l'action, les références qui la fondent, d'en saisir les implications et de tenter dans le cadre du projet d'en articuler les logiques.

Pourtant, au delà de ma situation personnelle, une mise en perspective historique, un retour sur les références théoriques susceptibles d'orienter le travail, s'imposait également par la situation de l'établissement. Celui-ci a connu dans un passé récent une série d'évolutions rapides qui l'ont amené à s'ouvrir sur l'extérieur, à rénover ses locaux et à engager un travail de partenariat avec les familles. Ces évolutions nécessitaient d'être poursuivies au moyen d'une démarche de projet dont l'injonction légale si paradoxale ne pouvait constituer l'unique ressort.

En effet, j'ai rapidement compris que cette démarche de projet, signifiait pour les professionnels de l'établissement de s'engager résolument dans un travail qui amènerait certes, à résoudre des questions cruciales, telles que la mise en œuvre des projets personnalisés dans ses diverses implications et l'exigence de coordination qui en résulte, mais qui révélait surtout un souci éthique.

Ce souci éthique s'appliquant à l'action sociale en faveur des enfants accueillis à l'IR, conduit à se préoccuper d'exigences morales mais d'une façon singulière : morale sans moralisme, l'éthique apparaît comme une forme de morale qui refuse les fondements intemporels et leur substitue une appréhension démocratique des problèmes auxquels confronte la modernité.

« A la perspective morale d'une fabrication d'habitudes qui assure au Moi sa bonne ordonnance et sa conformité, l'éthique substitue la perspective du sujet, de la parole et du désir singuliers. Là où la morale lie, canalise, unifie, l'éthique délie, dénoue les habitudes, vise l'existence hors des moules et des empreintes »¹.

Pour reprendre une formule de P. Ricoeur « Il y a éthique d'abord parce que, par l'acte grave de position de liberté, je m'arrache au cours des choses à la nature et à ses lois, à la vie même et à ses besoins. La liberté se pose donc comme l'autre de la nature »².

L'éthique suppose alors l'interruption, la discontinuité, l'arrêt momentané entre deux actes, la réflexion, et somme toute l'idée d'une certaine liberté de l'acteur.

Ainsi, seule une réflexion éthique était de nature à nous permettre de penser de façon dialectique le fondement et les limites des actions qu'il est possible de conduire dans le cadre du projet d'établissement. Pris dans cette exigence, mon rôle de directeur a consisté à animer et à impulser cette réflexion. Celle-ci, je le souhaite apparaîtra dans les trois parties de mon mémoire.

Dans une première partie, j'ai décidé au moyen d'une approche historique d'introduire des repères permettant de cerner comment les IR s'inscrivaient dans l'héritage du champ de l'enfance inadaptée. Puis de poser les problématiques liées à la définition des populations, des missions, du cadre de l'établissement et d'envisager une possible définition de l'action sociale.

Dans une seconde partie, centrée sur la démarche de projet elle même, j'examinerai dans un premier temps, les contraintes spécifiques d'une méthodologie de projet, puis j'explorerai dans un second temps, les voies possibles d'une déclinaison éthique des droits de la personne tels qu'ils sont garantis par la loi du 2 janvier 2002 et des choix méthodologiques

¹IMBERT F. *La question de l'éthique dans le champ éducatif*. Paris, Pi-Matrice, 1987.

²RICOEUR P. *Avant la loi morale : l'éthique*. Encyclopédia Universalis, supplément II, les enjeux. Paris, 1985, p 42-45.

qui en découlent : projets personnalisés, espace laissé à la parole du sujet, coordination des interventions des divers professionnels...

Ce travail s'appuiera au préalable sur une réflexion concernant le statut de l'enfant. Enfin, je soulignerai, en regard de la mise en œuvre du projet, les priorités en termes de moyens d'action.

La troisième partie du mémoire me permettra d'aborder sous l'angle d'une éthique de communication, la question clé de l'actualité et de la pertinence de démarche globale de prise en compte des familles, en imaginant une expérimentation de pratiques de médiation. J'aborderai également pour conclure les questions des projets transversaux, de la réintégration scolaire, du partenariat et des évolutions possibles en terme de prise en charge.

I. De l'enfance inadaptée au paradigme de l'intégration des enfants et des adolescents handicapés : la situation de l'IR St Ludan.

1. Construction et structuration d'un champ.

L'approche historique proposée ici s'appuie sur les analyses développées par J-P TRICART dans son article intitulé « Initiative privée et étatisation parallèle. Le secteur dit de l'enfance inadaptée »³

Mettant l'accent sur les « stratégies des acteurs et leurs déterminations sociales », l'auteur souligne les lignes de force qui ont structuré la constitution du champ spécifique de l'enfance inadaptée et son évolution voire sa métamorphose. Cette mise en perspective était pour moi un préalable incontournable avant toute réflexion prospective liée à la démarche de projet d'établissement.

Nées dans les domaines de la justice des mineurs et de la pédopsychiatrie, et plus généralement portées par les différents courants philanthropiques, les institutions de l'enfance inadaptée s'enracinent dans une histoire déjà bien lointaine.

En 1909, sont créées les classes de perfectionnement destinées à scolariser, selon l'obligation scolaire les écoliers anormaux, « instables » ou « arriérés ». En 1912, c'est la création des tribunaux pour enfants et de la liberté surveillée, qui confirme l'avancée des partisans de la « rééducation » des jeunes délinquants.

Cependant, la question de l'utilité de l'éducation des enfants inadaptés n'est pas réglée.

Bien plus que l'arriération mentale, c'est l'enfance délinquante ou en danger moral avec en filigrane l'argument décisif de l'ordre public qui aiguillonne les initiatives. Il s'agit d'éviter que les enfants arriérés ne deviennent des adultes criminels, tandis qu'apparaît la nécessité d'éducation à la citoyenneté et à la morale des enfants d'une classe ouvrière estimée dangereuse.

Le champ se structure peu à peu autour d'une part, de la dénomination officielle adoptée en 1943, de la notion unificatrice « d'enfance inadaptée » et d'autre part, par l'amorce d'un dispositif d'étatisation relative, associant la reconnaissance de l'initiative privée et

³ TRICART J-P. *Initiative privée et étatisation parallèle. Le secteur dit de l'enfance inadaptée*. Revue française de sociologie, 1981, n°XXII, pp. 575-607.

l'instauration par l'Etat de structures hybrides et décentralisées, les A. R. S. E. A⁴ ayant pour mission la coordination des œuvres. Dans un même temps, s'ébauche l'esquisse d'une division du travail, préfigurant les différentes catégories d'agents spécialisés, des responsables associatifs aux « socio-techniciens » (neuropsychiatres et juges pour enfants en passant par les « socio-praticiens » (éducateurs et cadres) pour lesquels s'ébauchent projets et centres de formation.

Ce mouvement de structuration s'opère grâce à des agents dont l'idéologie dominante repose sur une appréhension technique et surtout médicale de la question de l'inadaptation, marginalisant de fait toutes ses implications socio-politiques.

Les années cinquante voient se poursuivre cette institutionnalisation influencée de manière déterminante par les neuropsychiatres et pédopsychiatres, pour lesquels l'enfance inadaptée constitue à la fois un objet de connaissance et un support de pouvoir. En effet, la construction méthodique des spécificités de la pathologie infantile, démarquent ces médecins de la psychiatrie hospitalière en les situant comme promoteurs d'une nouvelle discipline, la psycho-pédagogie médico-sociale. Elle s'affirme comme médecine pratique et unifiante, soucieuse de prendre en charge médicalement des problèmes socialement définis, mais qui cherche surtout ses références théoriques dans une approche à dominante « psy », en prenant appui sur les travaux notamment neuropsychiatriques qui interprètent les conduites ou les personnalités des enfants inadaptés.

Son champ d'action « se situe aux limites des champs de l'Education Nationale, de la Justice, et de la Santé, entre le normal et le pathologique, le régulier et l'irrégulier, dans un territoire de frontière, mais sans frontières précises »⁵.

En organisant techniquement les métiers et les institutions de la rééducation, ces mêmes médecins en assurent le contrôle socio-politique⁶.

Ils sont appuyés par l'apparition des associations de parents d'enfants inadaptés⁷. Ces associations qui rassemblent surtout des parents de « déficients profonds » s'insurgent contre la réclusion asilaire dont sont victimes leurs enfants. Elles réclament pour eux le droit

⁴ A.R.S.E.A. : Associations régionales de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence. Ces associations, de statuts privé, sont constituées sur l'initiative de l'Etat pour assurer une mission publique.

⁵ LAFON R., *Psychopédagogie médico-sociale*. Paris, 1950.

⁶ Stratégie en œuvre au sein de l'U.N.A.R., Union nationale des associations régionales de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence, présidée par le professeur Lafon.

⁷ Création dès 1948 de l'A.L.P.E.R.I., Association lyonnaise de parents d'enfants retardés et inadaptés.

à l'intégration et au développement de leurs capacités dans le cadre d'institutions rééducatives assurant une prise en charge spécifique de la déficience. Ces associations se fédèrent en 1960 en une Union nationale des parents d'enfants inadaptés (U.N.A.P.E.I.).

C'est ainsi qu'émergent de nouvelles créations d'établissements pour l'enfance inadaptée, les instituts médico-psychologiques (I.M.P.) et les instituts médico professionnels (I.M.PRO) accueillant les adolescents. Les associations gestionnaires s'orientent aussi vers la prise en charge des déficiences légères ou moyennes entrant ainsi en concurrence avec l'Education nationale.

Dans l'ensemble, le secteur de l'enfance inadaptée véritable « économie institutionnelle » poursuit sa structuration jusqu'au début des années 70. Il se distingue par un monopole de fait des A.R.S.E.A. et de l'union nationale des associations régionales de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (U.N.A.R.) dans le domaine de la rééducation, conforté par les réformes de l'administration qui se traduisent au ministère de la Santé par l'unification des services sanitaires et sociaux au sein de directions départementales de l'action sanitaire et sociale (D.D.A.S.S.) en 1964. La politique sociale de l'Etat se réalise grâce au relais des associations dans un rapport original d'étatisation souple. Dans un même temps, les professions éducatives se structurent : en 1966 est signée la Convention collective de l'enfance inadaptée et 1967 voit la création du diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé (D.E.E.S.).

Pourtant, le secteur de la rééducation se diversifie comme en témoigne la promotion d'initiatives rééducatives dites de prévention consistant à anticiper l'apparition de la délinquance pour tenter une action éducative auprès des « bandes de jeunes » qui dans les années soixante polarisent l'attention⁸. Cette orientation se concrétise également dans le cadre de l'action éducative en milieu ouvert qui émerge à la fois dans le domaine de la justice des mineurs et des services d'action sociale⁹.

Autre cadre, autres initiatives, celles de l'Education Nationale qui développe des enseignements spécialisés destinés aux enfants confrontés à des difficultés de scolarisation¹⁰, apparition conjointe des centres médico-psycho-pédagogiques (C.M.P.P.) assurant une aide psychologique pour les difficultés scolaires mineures.

⁸ MUCCHIELLI L. *Violence et insécurité* Paris : La Découverte, 2001, Chapitre 5, L'évolution de la délinquance juvénile depuis 1950, pp 84-122.

⁹ L'ordonnance du 23/12/58 institue l'assistance éducative en faveur du mineur en danger, également confiée au juge des enfants et codifiée dans l'article 375 du code civil.

¹⁰ Circulaires de 1959 et 1963 relatives à l'intégration des handicapés en classe normale, création des enseignements d'adaptation en 1964, et des classes spécialisées (classes d'adaptation, section d'éducation spéciales).

2. De « l'enfance inadaptée » à « l'intégration des personnes handicapées ».

Le secteur de l'enfance inadaptée, dont on a pu mesurer les principes de cohérence et d'unité en œuvre dans son mouvement de structuration va subir une métamorphose, au sens que lui a donné Robert Castel¹¹, c'est à dire « le moment où émerge une nouvelle politique institutionnelle et où s'opère un réaménagement des partages de compétence et d'autorité jusqu'alors légitimes et efficaces, réagencement concourant à la réorganisation des enjeux et des modalités d'une politique ».

Les lois d'orientation en faveur des personnes handicapées et celles sur les institutions sociales et médico-sociales¹² constituent les vecteurs de cette métamorphose, dans la mesure où d'une part, elles consacrent une nouvelle terminologie et d'autre part, elles annoncent une « recomposition des dispositifs institutionnels »¹³.

La référence au terme de « personne handicapée » apparaît au moment de la publication du Rapport Bloch-Lainé en 1967, intitulé « Etude sur le problème général de l'inadaptation des personnes handicapées ». Version euphémisée du terme inadapté, cette nouvelle dénomination appartient à un double registre, médical et administratif. Elle distingue ce qui relève désormais du handicap, (les personnes handicapées physiques, mentales...regroupées dans un même ensemble composite que l'ancienne catégorie des inadaptés) de ce qui relèvera de l'inadaptation sociale puis de l'exclusion.

En effet, la notion de handicap en prenant pour modèle l'infirmité et la représentation d'une déficience marquée dans le corps de la personne handicapée, s'inscrit dans une perspective de médicalisation. S'agissant du handicap mental, cette approche est récusée par les psychiatres et les psychanalystes dans la mesure où le déficit intellectuel est abordé plutôt comme le symptôme d'une maladie évolutive (avec sa psychogénèse) dans laquelle prennent place les troubles relationnels. En ce sens, la frontière entre le handicap et les troubles évolutifs est plus qu'incertaine. La référence au terme d'handicapé liée à l'atteinte organique, entraîne une « dépsychiatriation » qui ne peut que poser problème s'agissant de la rééducation des enfants et des adolescents.

Mais, c'est plutôt la référence administrative qui s'avère déterminante, dans la mesure où la dénomination « handicapé » renvoie moins à une redéfinition des conceptions savantes qu'à une modification des aides, droits, au bénéfice de ceux qui seront reconnus comme tels.

¹¹ CASTEL R. *L'ordre psychiatrique*. Paris, Ed. de Minuit, 1977, p 13.

¹² Loi n° 75-535 du 30/6/75.

¹³ TRICART J-P., *ibid.*, p.599

Ces évolutions prennent place dans un contexte général de réorganisation administrative et de « rationalisation des choix budgétaires ». L'administration, s'appuyant sur des rapports publics¹⁴ dénonçant les disparités en matière d'équipement et de coût, l'absence de dispositifs d'évaluation des besoins et des résultats, l'inflation des coûts et leur maîtrise insuffisante par les autorités de tutelle, décide de contrôler plus étroitement un secteur privé utilisant presque exclusivement des fonds publics.

Ainsi, la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées redéfinit les catégories de personnes prises en charge et les dispositifs qui seront financés. Mais, elle modifie également les relations des différentes institutions participant à la mise en œuvre de cette politique, c'est à dire l'Education Nationale, la Santé et les Associations.

Les nouvelles Commissions Départementales de l'Education Spécialisées en sont les instances emblématiques. Composées de membres nommés par le Préfet, elles associent des personnes de la D.D.A.S.S., de l'Education Nationale, des organismes payeurs (C.P.A.M.- C.A.F.), des représentants d'associations de parents d'élèves et d'associations de familles d'Enfants Handicapés et un responsable d'établissement spécialisé.

Véritables « plaques tournantes » des opérations de dépistage et d'orientation des enfants handicapés de 0 à 20 ans¹⁵, elles disposent de pouvoirs étendus. En premier lieu, celui de reconnaître un statut « d'handicapé » aux enfants et adolescents et d'évaluer l'intensité de ce handicap. Situées à la frontière entre l'éducation ordinaire et l'éducation spéciale, elles orientent les enfants vers des établissements spécialisés et des services des soins et attribuent des aides financières attachées à la reconnaissance du handicap. Afin d'assurer cette mission d'orientation, les C.D.E.S. examinent des dossiers constitués par des équipes techniques composées de médecins, de travailleurs sociaux, de psychologues et d'enseignants spécialisés.

Ces nouvelles instances instaurent un pouvoir administratif, leurs décisions s'imposant aux institutions. Avec les C.D.E.S., le recrutement direct des établissements disparaît dépossédant les médecins du rôle qu'ils jouaient dans l'orientation des enfants vers les structures de prise en charge.

¹⁴ notamment BIANCO J-L et LAMY P. *L'aide à l'enfance demain, contribution à une politique de réduction des inégalités, rapport présenté au ministère de la santé et de la Sécurité Sociale*, collection étude et document, 1980.

¹⁵ PETITMANGIN F. *Présentation de la C. D. E. S.* Les colonnes d'Epsos, imprimé au CREAI de Lorraine, juin 2000, n°68, pp 7-8.

Dans son article, Jean-Paul TRICART, souligne en guise de conclusion les éléments suivants :

- les lois de 75 entraînent une « disjonction du champ de l'enfance inadaptée » dans la mesure où cette dénomination tend à « juxtaposer un champ de la rééducation et de la réadaptation et un champ lié à la protection de l'enfance, le premier étant étendu aux adultes et protégé par le statut de handicapé ». Cette bipolarisation est rendue possible par l'imprécision du terme de handicap, à la fois « constat d'un déficit et constat d'une exclusion sociale » rendant possibles des recouvrements partiels.

Cette bipolarisation reste opérante et on la retrouvera lorsqu'il s'agira d'aborder la question des populations relevant des Instituts de Rééducation et d'analyser sommairement la population accueillie au sein de l'Établissement que je dirige.

- en relation directe avec la première observation, s'opère « une vaste redistribution des compétences et des responsabilités ». L'administration renforce ses prérogatives, coordonne directement les initiatives. Les spécialistes de la santé mentale perdent de leur influence sur les politiques à mener. La définition incertaine du « handicap » est laissée aux arbitrages des C.D.E.S., « lieux hybrides », régulant contradictions et tensions entre les différents agents. Ce mode de fonctionnement implique également l'abandon des alliances sur lesquelles s'était construit le secteur de la rééducation : la mise en question des internats au profit des services d'aide à domicile pour enfants handicapés (S.E.S.S.A.D.) et de l'intégration en « milieu ordinaire » éloigne par exemple, les associations de parents du corps des neuropsychiatres.

En lien, avec les remarques de Jean-Paul TRICARD, on peut noter la contradiction entre l'idée que les personnes handicapées bénéficient des mêmes droits que tous et la mise en œuvre de structures spécialisées à l'écart du droit commun.

Les lois de 75 donnent cependant l'impulsion nécessaire pour répondre à l'importance des besoins. Les Associations privées créent dès 1976 de nombreux établissements, puis progressivement des services alternatifs qui permettent le passage des logiques d'institution en logique de dispositif.

Le secteur médico-social dans son ensemble est traversé par les grandes évolutions des politiques sociales et s'adapte à son tour : le partenariat avec les familles, l'ouverture à l'environnement, le développement des S.E.S.S.A.D., la notion de projet individuel, imposés par la loi de 1989 de réforme des annexes XXIV, la loi du 2 janvier 2002...

Actuellement, la logique d'intégration constitue le paradigme de l'action sociale, s'affichant à la fois comme un objectif individuel et social et comme une réponse aux problèmes de

places. Deux conceptions s'affrontent. L'une met l'accent sur la spécificité des personnes handicapées et de leurs besoins (cadres adaptés, facteurs d'évolution et de bien être) et selon cette logique, seuls les « bons niveaux » sont capables de profiter d'une insertion en milieu ordinaire. L'autre s'appuie sur l'idée que l'insertion passe par l'adaptation des structures et des dispositifs de droit commun. Il s'agit de penser en terme de prévention des exclusions.

Actuellement, cette notion d'intégration met l'accent à la fois sur les conditions personnelles (logique d'insertion) et sur l'adaptation du contexte (logique d'intégration), logiques auxquelles est confronté le travail social au sein de l'Institut de Rééducation et dont il s'agira d'envisager les possibles applications.

3. Présentation de l'Institut de Rééducation St Ludan.

3.1 Retour historique et transition récente¹⁶

Concernant l'histoire de l'institution, je me suis référé au mémoire de CAFDES de mon prédécesseur Rémy WELSCHINGER, qui a brièvement retracé l'évolution de l'établissement tout en analysant les principes de fonctionnement alors en vigueur.

En 1924, l'évêché s'était rendu acquéreur d'un ancien relais postal situé en pleine campagne, au bord de la route nationale 83, à Hispheim, petit village du sud de l'agglomération strasbourgeoise. Ce dernier ne voulait pas en effet que le bâtiment en question, situé à proximité immédiate de l'église où sont conservées les reliques de Saint Ludan, ne devienne une auberge et souhaitait au contraire mettre la structure à disposition d'une congrégation ou association susceptible d'y développer des actions charitables.

La congrégation des sœurs servantes du Sacré-Cœur de Cracovie avait répondu à cette sollicitation et avait installé à Saint-Ludan, à partir du 1^{er} septembre 1924, une école ménagère destinée à des jeunes filles d'émigrés polonais, transférée en 1952, dans le Nord de la France. L'établissement avait alors été reconverti pour pouvoir accueillir 30 filles de 5 à 16 ans, présentant des déficiences intellectuelles moyennes et légères et l'association « Maison Saint Ludan », composée essentiellement d'élus locaux, fut créée le 29 août 1955

¹⁶WELSCHINGER R. *Prise en compte de la famille dans le cadre du projet d'un Institut de Rééducation*. ENSP, CAFDES, 1999.

pour assurer sa gestion. L'article 2 des statuts précise son objet «la rééducation des filles handicapées mentales, justiciables d'une réinsertion sociale. L'association procure les moyens matériels à cette activité ».

Par l'arrêté préfectoral du 7 juillet 1982, l'établissement avait été autorisé à fonctionner en tant qu'IMP (Institut Médico Pédagogique) et à recevoir en internat 32 filles de 6 à 16 ans, relevant à l'époque de la catégorie « débiles légères présentant des troubles associés ».

Jusqu'en 1983, l'établissement était resté relativement ouvert par rapport au monde environnant, les religieuses remplissant également la fonction de sœurs garde malade dans les villages avoisinants. L'établissement était alors dirigé par une religieuse âgée et le fonctionnement était décrit comme familial, convivial mais peu structuré. Le personnel était, en dehors du psychiatre, de la psychologue, de l'orthophoniste, de trois instituteurs, de deux agents de services et d'une secrétaire, composé de religieuses.

Chargée à partir de 1983 par la congrégation, de structurer davantage le fonctionnement de l'établissement, la sœur qui avait assuré la nouvelle direction, avait rapidement imposé un cadre beaucoup plus rigide, qui va notamment se caractériser par une fermeture progressive de l'établissement au monde extérieur. Elle avait veillé pour cela à ce que toute l'organisation de la structure, c'est à dire la totalité des éléments dont ont besoin les enfants qui y sont placés, soient strictement confinés dans l'enceinte de l'établissement.

Un tel fonctionnement qui a perduré jusqu'au départ des sœurs en 1994 puis de la directrice en 1997 s'appuie sur une définition de l'établissement reproduite dans la presse locale et décrit « comme un espace très protégé, mais il le faut, pour que les enfants se structurent. C'est comme une petite serre, pour des plantes très fragiles. Il faut leur donner beaucoup de chaleur et des limites... »¹⁷. Le psychiatre avait ajouté quant à lui, dans le cadre de la même publication : « je tirerai « couvent » vers une autre étymologie, celui de la « couvée », tant il paraît vrai qu'à l'abri des sombres robes des religieuses ont écloses à une autre vie tellement de victimes... »¹⁸.

Cette mise à l'écart du monde, rejoint l'idéologie en vogue dans les années 50, selon laquelle les internats pouvaient remédier aux carences affectives des enfants à force de

¹⁷ « Les sœurs quittent Saint-Ludan » in Dernières Nouvelles d'Alsace, n°186, 10 août 1997, pages locales, p. 5.

¹⁸ Dernières Nouvelles d'Alsace, ibid., p. 5.

dévouement et de disponibilité et ceci en parfaite substitution par rapport à la famille, jugée néfaste, voire pathogène.

Gérard Baltzer¹⁹ fait remarquer que les services de tutelle, à travers le schéma départemental du Bas-Rhin, marquent très nettement leur préférence, concernant la configuration et le fonctionnement des établissements médico-sociaux pour un placement dans un milieu à caractère familial, sous-entendu pouvant remplir des fonctions maternelles et paternelles, voire maternantes. Partant de là, il explique, citant Paul Fustier que la tendance peut être grande pour les établissements de faire une interprétation abusive et de céder à la tentation de recréer un milieu familial de substitution : « une théorie spontanée » de l'inadaptation en constitue le justificatif : « ces enfants sont inadaptés c'est qu'ils ont manqué d'amour et notamment d'amour familial. Donnons leur une famille et des parents qui leur seront totalement dévoués ; alors ils se transformeront, acceptant d'évoluer en échange de l'amour et du sacrifice de leur vie privée que certains adultes acceptent de faire... »²⁰

Ces approches expliquent le constat effectué par le nouveau directeur laïc, en poste à partir de juin 1997, sur le souci de rupture avec le monde extérieur et le peu de contacts entretenus avec les familles.

Cet état de fait explique largement les évolutions indispensables impulsées et réalisées par le directeur laïc ayant succédé à la sœur directrice. Dans le respect des Annexes XXIV et des observations mises en avant par le rapport Soutou-Gagneux en 1999, il a mené une politique d'ouverture de l'établissement, de rénovation des locaux et d'une indispensable évolution vers un travail social centré sur la prise en compte des familles, légitimé dans sa démarche par le changement d'agrément de l'établissement en 1995, l'Institut médico-pédagogique devenant un Institut de Rééducation. Ce changement, motivé par le fait qu'une majorité des enfants accueillis au sein de l'établissement ne présentaient pas une déficience intellectuelle suffisante pour relever d'un IMP, s'inscrivait ainsi dans un souci de la part des autorités de contrôle, dans le cadre du schéma départemental du Bas-Rhin de 1995-2000, de mieux répondre aux besoins, sachant qu'initialement préexistait un excédent important de places d'IMP, alors qu'il n'existait aucun IR dans le département.

¹⁹ BALTZER G. « *Les institutions dans leur fonction symbolique de père* » in Bulletin mensuel du CREAI Alsace, novembre 1996, p. 2.

²⁰FUSTIER P. « *L'infrastructure imaginaire des institutions. A propos de l'enfance inadaptée* » in L'institution et les institutions, ouvrage collectif, Dunod, 1991, p. 135.

L'obtention du nouvel agrément a été rendue possible par l'élaboration d'un descriptif de l'établissement, le plus proche possible des attentes des principes des nouvelles annexes XXIV, mais dont l'application concrète était restée lettre morte car trop éloignée du fonctionnement alors en vigueur. Ainsi, l'établissement avait amorcé une évolution déterminante en matière d'ouverture sur l'extérieur avec une priorité marquée vers une prise en compte des familles. Pourtant, ces principes n'étaient pas formalisés concrètement dans un projet d'établissement.

3.2. Présentation de l'établissement.

Par l'Arrêté Préfectoral du 18 juillet 1995, l'établissement est autorisé à fonctionner en qualité d'IR avec une capacité d'accueil de 32 filles, ayant entre 6 et 14 ans (24 en internat et 8 en semi-internat).

L'IR relève de la compétence du Préfet, le contrôle étant assuré par la DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) et le financement s'effectue sous forme de prix de journée de la Sécurité Sociale.

Les enfants accueillis, n'entrent pas dans le champ de la déficience mentale (QI > 70), mais présentent d'importants retards scolaires avec troubles associés nécessitant pour la plupart, une prise en charge en psychothérapie et/ou en orthophonie et/ou en psychomotricité.

Sur le plan scolaire, les enfants sont prises en charge par 3 enseignants, dans 3 classes sous contrat Education Nationale, à effectif réduit (10/11 élèves par classe).

A l'internat interviennent 7 éducateurs diplômés, qui assurent le suivi éducatif des enfants. L'établissement dispose d'un médecin psychiatre, d'une psychologue, d'une orthophoniste, d'une psychomotricienne qui interviennent à temps partiel.

L'établissement emploie également deux maîtresses de maison, un cuisinier, une aide cuisinière et un homme d'entretien.

L'IR Saint Ludan fonctionne soit en internat de semaine (du lundi au vendredi) soit en semi-internat (pour des enfants pour lesquels cette formule est indiquée et qui habitent à proximité de l'établissement). A l'issue de leur parcours (généralement après 2 ou 3 années de prise en charge à l'IR) les enfants sont orientés soit en 6^{ème} ordinaire, soit en SEGPA ou en EREA soit en IMPro.

3.3. Désorientation du travail ou l'absence de projet d'établissement.

Suite à ma prise de fonction en mars 2001, je me suis attaché à découvrir le fonctionnement de l'établissement et à analyser les orientations du travail social proposés.

Ma transition professionnelle m'a confronté à des nouveautés de taille, dans la mesure où je suis passé du « secteur socio-judiciaire » en milieu ouvert pour un public majoritairement adulte au secteur de l'éducation spécialisée, en internat. La réalité de l'internat, de son organisation quotidienne, des problèmes concrets d'entretien, de réparation et d'investissement ont été autant d'aspects originaux à appréhender dès mon arrivée.

Il ne s'agit pas ici d'effectuer un bilan exhaustif des forces et faiblesses en présence, qui feront l'objet de développements ultérieurs dans ce mémoire, mais plutôt de pointer subjectivement, les quelques éléments d'interactions internes qui ont été à moyen terme des points significatifs d'analyse sur lesquels, la perspective de la démarche de projet d'établissement m'a paru prendre sa cohérence.

Je me suis progressivement rendu compte des atouts et des difficultés en présence. S'agissant des atouts, je soulignerai la motivation et l'engagement des personnes dans leur travail. Issues des villages de la campagne environnante, les personnes des services généraux allient disponibilité, connaissance du tissu socio-économique et sérieux dans leur travail. L'équipe éducative dispose d'une moyenne d'âge relativement jeune. Le travail à l'IR est le premier emploi pour 4 éducateurs sur 7 et leur motivation est forte.

Les paramédicaux, sont plus âgés, expérimentés et orientés par la psychanalyse (Freud, Lacan). Les principes de travail s'inspirent d'institutions reconnues pour leur pratique du « travail à plusieurs »²¹ Ces principes seront repris et détaillés dans la 2^{ème} partie du mémoire au point 4. *Droits des personnes et méthodologies d'intervention.*

La première application concrète de ces principes consiste à associer parents et enfants aux réunions de synthèse et plus généralement à la prise en compte des avis des familles, que l'on souhaite associer le plus possible à la co-définition du parcours de l'enfant.

La seconde application, vise à inscrire le temps de l'accueil des enfants et des familles dans une stratégie visant à favoriser l'émergence d'un désir de changement et d'évolution.

²¹ L'Antenne 110 de Bruxelles, le Courtil de Leers-nord, le CTR de Nonette et le Mish'olim de Tel Aviv.

Enfin, la « réunion clinique » permet à l'équipe élargie, éducateurs, enseignants, maîtresse de maison et directeur de reprendre la situation d'un enfant, d'analyser les interactions des relations quotidiennes et d'élaborer, de questionner voire d'actualiser les hypothèses de travail retenues.

Les enseignantes, si elles reconnaissent la pertinence des orientations théoriques invoquées, semblent défendre leur identité en déplorant le manque de lisibilité et de mise en cohérence des projets individualisés des enfants. A mon arrivée, elles n'assistaient plus ni aux réunions de synthèses, ni aux réunions cliniques et reprochaient aux paramédicaux un manque de volonté dans la mise en œuvre des projets individualisés et une non reconnaissance de la mission pédagogique de l'établissement. Le dialogue était difficile, chacun reprochant à l'autre la situation actuelle. L'équipe éducative se trouvait dans une position originale de médiation entre les enseignantes et les paramédicaux entretenant le minimum de dialogue indispensable à la prise en compte des enfants.

La démarche de projet d'établissement m'est progressivement apparue comme un moyen adapté d'impulser un débat interne sur l'effet intégrateur des références et des modèles de rationalisation retenus et ainsi de dépasser les clivages repérés en tendant d'une part à légitimer les objectifs et les projets communs et d'autre part à organiser les nécessaires coopérations entre les personnes.

Après l'approche historique du champ de l'enfance inadaptée et la rapide présentation de l'établissement, il convient de poursuivre en abordant, les problématiques relatives à la définition des populations, mais également des missions des IR puis de s'interroger sur le sens de l'action sociale envisagée.

4. La définition des populations.

Dans le préambule d'un récent rapport sur les instituts de rééducation²², l'auteur, Marine Zecca, notait la coïncidence « curieuse » entre d'une part l'ampleur des phénomènes d'extension des indications vers les Instituts de Rééducation, de jeunes qui relèveraient de la catégorie des troubles du caractère et du comportement et d'autre part, le fait qu'il s'agisse là de troubles définis par défaut et d'institutions également définies par défaut, rattachés à la catégorie du handicap, elle-même indéfinie dans les textes réglementaires.

4.1 Une population hétérogène relevant de la catégorie « floue » des troubles de la conduite et du comportement

Afin d'appréhender les caractéristiques des troubles présentés par la population accueillie en institut de rééducation, je me réfère au rapport IGAS de janvier 1999 de Messieurs SAUTOU et CAGNEUX²³ dont je reprends ici les trois approches ayant structuré leur analyse.

L'approche administrative

La circulaire du 30 octobre 1989²⁴ décrit ainsi la population concernée par la prise en charge en institut de rééducation « il s'agit le plus souvent d'enfants d'intelligence normale ou quasi normale, dont l'échec scolaire sévère se confirme pourtant au cours des ans, tandis que se développent des troubles du comportement ».

La nature de ces difficultés n'est pas définie et est renvoyée à une remarque causale : « il n'est pas rare que ces enfants ou adolescents aient connu des discontinuités ou des carences affectives ou éducatives dans leur petite enfance avec parfois des placements précoces ».

La circulaire définit « en creux » la population visée en la différenciant de celle des établissements sociaux : « l'objet de ces établissements et services relevant de l'annexe

²² ZECCA M. *Instituts de rééducation et « troubles du caractère et du comportement » comme symptôme du vacillement des repères anthropologiques et politiques*, IGAS,

²³ GAGNEUX Michel, SAUTOU Pierre, Rapport de l'IGAS (Inspection générale des Affaires Sociales) n°1999006, sur les instituts de rééducation, janvier 1999.

²⁴ Circulaire n° 89617 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants et adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et service d'éducation spéciale.

XXIV n'est pas d'accueillir des enfants en difficultés sociales, sauf dans le cas où, éventuellement de fait de ces difficultés, ces enfants présentent des déficits ou des troubles nécessitant la mise en œuvre d'une éducation spécialisée ou d'un projet thérapeutique ».

On peut s'interroger sur la légitimité d'une assimilation des enfants et des adolescents ainsi désignés au statut de « handicap » (que leur confère la décision d'orientation de la CDES) compte tenu de l'absence de déficience avérée.

L'approche médicale

L'appellation « troubles de la conduite et du comportement », qui n'est pas consacrée par les nouvelles Annexes XXIV (celles-ci parlent en effet « d'inadaptation » et de « troubles du comportement »), correspond à l'étape actuelle d'une longue histoire terminologique et classificatoire. Les critères d'identification de ces troubles continuent manifestement à évoluer et à fluctuer d'un praticien à l'autre, d'une institution à l'autre, d'un département à l'autre.

Si les enfants TCC sont identifiés en premier lieu par leur « instabilité », on peut en dire autant de la terminologie qui les désignent dans les textes administratifs et réglementaires qui se succèdent depuis 1948 : « caractériels », « troubles du comportement », « troubles du caractère », « troubles de la conduite et du comportement », « troubles du caractère et du comportement »..., se déclinant en d'impressionnantes séries de symptômes (instabilité psychomotrice, excitation psychomotrice, comportements inhibés, comportements phobiques, états dépressifs, anorexie, angoisse, conduite d'opposition, limitation des efficacités, troubles des fonctions instrumentales ou des apprentissages, immaturité affectives, fragilité du moi, sentiment d'insécurité et d'anxiété, difficultés d'apprentissages, attitudes régressives, réactions agressives, attitudes démissionnaires, conduites compensatrices...) liés tant aux pathologies de la personnalité qu'aux troubles réactionnels, mais sans correspondre à une entité clinique précisément identifiée et identifiable, d'après les classifications nosographiques²⁵ (CIM, DSM, CFTMEA) ou la classification internationale des handicaps²⁶.

Ces classifications sont rarement utilisées par les CDES pour justifier l'orientation en Institut de Rééducation. Elles ne paraissent pas suffisamment opérationnelles : les troubles du

²⁵ La Classification Internationale des Maladies mentales (CIM) qui a vu paraître sa dixième édition, le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) qui en est à sa quatrième édition et la Classification Française des Troubles mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA).

²⁶ ZECCA M., *Ibid*, p. VIII.

comportement y sont appréhendés plus à travers des symptômes que d'un diagnostic. Cette situation explique le recours au vocable « trouble du comportement et de la conduite » qui n'apparaît ni dans les classifications les plus élaborées, ni dans les textes réglementaires mais qui est plus consacré par l'usage au sein des professions médico-sociales.

Cette notion véhicule une reconnaissance très vague pour une population mal définie, dont on sait seulement qu'elle est trop inadaptée à l'institution scolaire pour y demeurer et pas assez caractérisée pour l'élaboration d'un diagnostic exclusivement médical et univoque.

Le Professeur MISES déclarait lors des journées d'études de l'association des Instituts de rééducation²⁷ en juin 1996 : « aujourd'hui, en pathologie mentale, on a appris à reconnaître que la plupart des perturbations s'organisent dans des processus complexes et multifactoriels, où les composantes familiales, sociales, entrent dans des intercessions dialectiques, qui s'expriment de façon différentes d'un cas à l'autre. A partir de là, l'évolution clinique des troubles dits « du comportement » impose une approche élargie, où les données essentielles pour la délimitation de la nature de la pathologie s'appuient sur les essais de compréhension de l'histoire et de l'étude de l'organisation interne du sujet, ressaisi dans ses rapports internes avec son environnement ».

L'approche empirique

En 1993 au congrès de l'ANCE (Association Nationale des Communautés Educatives)²⁸, les gestionnaires d'établissements ont décrit de manière concrète la population relevant des IR. On parle de rupture de la scolarité liée à une incapacité à fixer l'attention et à une mémorisation discontinue, d'inappétence intellectuelle, de refus de règles de vie scolaire mais plus généralement familiale ou sociale, par tendance à agir impulsivement sans obéissance ou contrôle de soi ou par incapacité à supporter la frustration d'une action différée, de tendance à la dissociation à la transgression (évitement, dissimulation, mensonge, délinquance) à l'instabilité émotionnelle (passage d'un attachement envahissant à un rejet exacerbé), forte quête affective, angoisse d'abandon, image dépréciée voire négative de soi ou encore solitude dépressive liée à la rupture du lien social et affectif consécutif à une tendance asociale fortement marquée.

²⁷ Actes du colloque du 3 juin 1996 à Rennes. *Les troubles du comportement : un repérage problématique et une prise en charge complexe. Les Instituts de rééducation, pour qui ? Pour quoi faire ?* Associations des Instituts de Rééducation (A.I.R.e) BP 40 – 35221 – Chateaubourg.

²⁸ Cité dans le rapport SOUTOU, p. 20. Association A.N.C.E, 145 bd de Magenta, 75010 Paris.

Cette situation dégradée a pour effet de rendre l'enfant insupportable pour sa famille, épuisée jusqu'au rejet. Cette famille va renforcer encore l'instabilité déjà acquise pouvant laisser la place à un mode de relation marqué par la violence des échanges physiques, faisant ainsi place à la maltraitance.

Il est ainsi nécessaire de créer un lien pacificateur pour les enfants qui montrent ou manifestent leur souffrance sur un mode relationnel altéré. Ce lien devant être à la fois contenant des tendances associées et générateur d'un changement du mode relationnel de l'enfant et lui permettre ainsi de retrouver un équilibre affectif.

Autre spécificité des jeunes accueillis en IR : la nécessité de contribuer à réparer par des soins les répercussions somatiques fortes des blessures narcissiques, de l'enfant déprécié à la fois à ses yeux et par les autres. Ces répercussions se manifestent par des troubles instrumentaux, troubles du langage, immaturité motrice, incoordination sensori-motrice, difficulté d'organisation spatio-temporelle, perturbation du schéma corporel. Cette spécificité des troubles nécessite une capacité de rééducation, c'est à dire de prestations d'orthophonie et de psychomotricité, accompagnée de soins psychologiques.

Ainsi, en regard des définitions administratives, médicales et des analyses empiriques des gestionnaires d'établissements, on peut désigner la population²⁹ relevant des IR par :

- un critère scolaire : l'échec scolaire constitue le critère majeur de dépistage qui pour justifier une orientation en établissement médico-éducatif, doit être aggravé par des troubles ou déficiences associées. Le fait que l'on parle d'enfants « d'intelligence normale ou quasi normale, témoigne de la prudence des législateurs vis à vis de cette catégorie d'enfants dont les troubles du comportement masquent fréquemment les aptitudes intellectuelles » ;
- un critère psychiatrique : le texte de la circulaire d'octobre 1989, précise : « il n'est pas rare que ces enfants ou adolescents, aient connu des discontinuités ou des carences affectives ou éducatives dans leur petite enfance avec parfois des placements précoces » qui renvoient aux troubles de la personnalité » ;

²⁹ ZECCA M., *Ibid*, p. IX.

- un critère social : cette même circulaire dit ; « l'objet de ces établissements n'est pas d'accueillir des enfants en difficulté sociale, sauf, dans les cas où, éventuellement du fait de ces difficultés, ces enfants présentent des déficits ou des troubles nécessitant la mise en œuvre d'une éducation spécialisée ».

Par l'hétérogénéité de sa population, l'IR constitue ainsi, un espace qui se situe aux confins de l'école ordinaire pour enfants dits normaux, de celui de l'IMP pour enfants déficients intellectuels, de celui des MECS pour enfants dits cas sociaux et de celui des structures de soins telles les hôpitaux de jour pour enfants psychiquement malades.

4.2. La population accueillie dans le département et celle de l'établissement.

Le nouveau schéma d'organisation médico-social en faveur des enfants et des adolescents handicapés du Bas-Rhin 2002-2006, fait état de 343 jeunes accueillis en IR soit 20% des places d'Education Spéciale. La prise en charge spécifique des jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement a constitué une des modifications principales du dispositif médico-social durant la période 1995-2000. Cette évolution s'est concrétisée par la transformation de 6 IMP en Institut de rééducation. Par ailleurs, 30 places de SESSAD destinées à ces jeunes ont été installées sur la même période.

La liste d'attente de la CDES nous indique qu'au 15 octobre 2001, ce sont 197 enfants qui étaient en attente d'orientation. La déficience intellectuelle constitue la déficience la plus représentée sur cette liste (94 enfants) suivie par les troubles du caractère et du comportement (37 enfants).

D'une manière générale, aucune autre donnée n'est disponible afin de cerner qualitativement la population de jeunes accueillies dans les différents dispositifs et structures de l'éducation spéciale ou en attente d'orientation, aucun élément relatif à leur parcours, aux critères principaux et secondaires ayant amené leur orientation en IR.

L'application des critères distinctifs retenus par Marine ZECCA, à la population d'enfants présente au sein de l'établissement permet de souligner l'existence de trois groupes.

Cette répartition a été rendue possible par l'analyse des dossiers des enfants transmis par la CDES et par mes prises de notes dans le cadre de la réunion annuelle de l'équipe technique d'admission.

- le premier groupe composé de 15 enfants dont le critère principal de dépistage a été l'échec scolaire aggravé par des troubles ou déficiences associés.

- le second composé de 9 enfants se distingue par les carences affectives ou éducatives de leur petite enfance avec parfois des placements précoces qui renvoient aux troubles de la personnalité

- le troisième composé de 10 enfants issus de milieux présentant des difficultés sociales et qui du fait de ces difficultés présentent des carences ou des troubles.

Ce qui me semble déterminant dans le repérage de ces trois groupes c'est le fait qu'il permette de situer la mission d'action sociale initiale telle qu'elle se dégage des arbitrages de la CDES. Ces éléments orientent le travail au sein de l'Institut de Rééducation dans la mesure où ils en constituent le point de départ et la justification.

A partir de ce cadrage initial, il conviendra d'articuler une action sociale, thérapeutique et pédagogique spécifique. Si l'efficacité opérationnelle d'une description des TCC sous la forme d'une liste de symptômes peut permettre à la CDES de remplir sa mission d'orientation qui est la sienne, l'Institut de Rééducation se situe dans une autre perspective, celle de l'élaboration d'un cadre propice à l'appréhension des causalités de ces troubles et à rendre possible leur évolution clinique. Cet objectif, tel que le résume le Professeur MISES « impose une approche élargie, où les données essentielles pour la délimitation de la nature de la pathologie s'appuient sur les essais de compréhension de l'histoire et de l'étude de l'organisation interne du sujet, ressaisie dans ses rapports internes avec son environnement ».

5. L'action sociale en Institut de rééducation³⁰ : au-delà des textes, un point de vue sur l'agir.

Au 1^{er} janvier 1998 en France, 345 établissements soit 16 880 places, employant 11 300 personnes en équivalant temps plein, recevaient des enfants et des adolescents présentant des troubles du comportement, âgés de 3 à 20 ans (avec possible prolongation dans le cadre de l'amendement «Creton »). L'accueil en internat reste majoritaire, soit 67 % des places en 1998 contre 72 % en 1985, le semi-internat représentant 33 % des places (contre 28 % en 1985). L'extension des IR en Service d'éducation spéciale et de soin à domicile (SESSAD), sous l'impulsion des services de l'Etat, ne représente qu'une part réduite du nombre de place (1 023 sur 15 857), mais en constante augmentation selon plusieurs types de modalités. On enregistre une croissance de 16,5 % entre 1985 et 1996 pour un volume de dépenses de 3,5 milliard de francs pour l'assurance maladie.

Au delà des données chiffrées, la réalité des missions de l'action sociale en Institut de Rééducation ne peut s'appréhender qu'au moyen d'une double référence.

Une référence légale, définie par les textes, véritable cadrage des missions et une référence philosophique au concept « action ». Le sens donné et retenu à l'action me permettra de fonder et d'orienter ma démarche de projet d'établissement.

5.1. Le cadrage légal.

Les IR relèvent de 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 présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés.

Cette annexe précise dans ses dispositions générales (I), à l'article 1^{er}, la nature des établissements et des services visés : ils ont pour vocation « la prise en charge d'enfants et d'adolescents qui nécessitent principalement une éducation spéciale prenant en compte les

³⁰ Dénomination officielle conforme à la nomenclature applicable aux établissements sanitaires et sociaux (arrêté du 9 mars 1992 modifiant l'arrêté du 30 novembre 1980, c'est à dire « catégorie 186 : institut de rééducation, au lieu d'institut de rééducation psychothérapique » in GAGNEUX M., SOUTOU P. *Rapport sur les instituts de rééducation*, IGAS, Rapport n°1999006, janvier 1999, P.22.

Alors, même que bon nombre de gestionnaires restent attaché à la dénomination « institut de rééducation psychothérapique » ou « institut de rééducation psychopédagogique », traduisant de façon plus fidèle la réalité des pratiques et l'esprit de la circulaire du 30 octobre 1989.

aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation, notamment orthophonie, kinésithérapie, psychomotricité ».

Les instituts de rééducation « prenant en charge des enfants ou adolescents, dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaires, malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant de la normale, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité ».

La circulaire N° 89-17 du 30 octobre 89³¹, précise le contexte et la portée de ces dispositions réglementaires et conclut sur la destination des établissements concernés : « l'institut de rééducation se doit d'être un cadre tout autant thérapeutique que pédagogique afin d'éviter que l'enfant ou l'adolescent ne s'enferme dans la filière inéluctable du handicap ».

La circulaire ne précise pas davantage la nature ou la vocation des instituts de rééducation.

5.2. Les apports de la loi du 2 janvier 2002 et l'actualité de l'action sociale à l'Institut de Rééducation St Ludan.

La démarche de projet d'établissement s'engage au sein de l'IR St Ludan alors que le contexte législatif a évolué de manière significative. En effet, adoptée définitivement par le Parlement le 19 décembre 2001, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale a été publiée au Journal Officiel le 3 janvier. Cette loi réforme la loi n°75-535 du 30 juin 1975 « relative aux institutions sociales et médico-sociales ».

Les objectifs de la loi sont d'adapter les textes régissant l'action sociale à l'évolution de ces 20 dernières années et de tirer les conséquences des situations issues de la décentralisation.

Les principales orientations de la nouvelle législation sont la reconnaissance de droits des personnes, le renforcement des outils de pilotage, la mise en place de l'évaluation, et la définition de l'action sociale.

L'ensemble de ces orientations va influencer sur la démarche de projet d'établissement .

Je les reprendrai dans le détail de mes 2^{ème} et 3^{ème} parties en fonction des thèmes abordés, qu'il s'agisse des droits des personnes et leurs instruments (dont le projet d'établissement) ou des démarches d'évaluation.

³¹ relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants et des adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et service d'éducation spéciale.

Reprenons d'ores et déjà les éléments de définition de l'action sociale et médico-sociale qui précisent ses objectifs (protection des personnes, cohésion sociale, exercice de la citoyenneté, prévention des exclusions et correction de ses effets), les acteurs concourant à sa mise en œuvre (l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les institutions sociales et médico-sociales) et les missions d'intérêt général et d'utilité sociale dans lesquelles la nouvelle loi s'inscrit (action éducatives, thérapeutiques, d'intégration scolaire, d'insertion sociale...).

5.3. Mon point de vue sur l'agir : l'action comme processus dans le cadre du projet d'établissement.

Impulser une démarche de projet d'établissement nécessite de clarifier et de prendre position sur la conception même de l'action sociale à promouvoir. A cet effet, j'ai trouvé dans l'article de Messieurs PETIT et DERENNE³² un étayage théorique qui guidera ma pratique de direction.

Dans cet article, l'auteur s'appuie sur la phénoménologie de l'action développée par Hannah ARENDT dans son ouvrage intitulé « Condition de l'homme moderne »³³ pour proposer une définition de l'action « comme processus ».

Celle-ci est avant tout définie comme « une mise en relation des personnes et une co-définition de projets communs. La mise en relation vaut pour elle-même. Elle ouvre un espace au pouvoir d'initiative de chacun, par où les individus peuvent se construire et se révéler comme sujet, parce qu'ils peuvent se représenter eux-mêmes dans un espace public ».

L'action constitue à chaque fois une expérience singulière, mais a une signification potentiellement universelle que chaque individu, chaque groupe peut retrouver pour son propre compte à partir du contexte dans lequel il se trouve. Cette façon de comprendre l'action permet de relativiser fortement le modèle instrumental ou utilitariste de l'action.

Celui-ci cherche à préordonner l'action selon le schéma moyens/fins pour la rendre maîtrisable de part en part. Il la conçoit comme fabrication d'un produit prédéfini. D'un point de vue théorique, ce schéma oblitère les qualités propres de l'action et d'un point de vue

³² PETIT O., DERENNE C. A la recherche de nouvelles formes de citoyenneté. Qu'est-ce que l'utilitarisme ? *La revue du MAUSS* (mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales), 2^{ème} semestre 1995, n°6, pp.219-224.

³³ ARENDT H. *Condition de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy, 1983. Chapitre 5, L'action, pp. 231-314.

pratique, il ruine les potentialités qu'elle recèle. Si on l'envisage comme étant prioritairement recherche efficace de résultats, on voit disparaître le caractère de processus relationnel et cognitif de l'action. Les individus se trouvent enfermés dans un rôle d'opérateur et non d'acteur.

Ainsi, retenir comme référence théorique une définition de l'action comprise comme un processus dynamique établissant des rapports libres et égaux entre les personnes et entre leurs savoirs, va permettre une élaboration commune du projet dans le cadre réglementaire et technique du projet d'établissement.

6. Le schéma d'organisation médico-social en faveur des enfants et des adolescents handicapés.

Dans la définition d'une action sociale territorialisée soucieuse de cohérence, l'élaboration du nouveau schéma départemental du Bas-Rhin pour enfants et adolescents handicapés, a permis d'aborder les nouvelles préconisations de l'action en faveur des usagers, telles qu'elles ressortent de l'évaluation du schéma précédent (1995-2000) et des réflexions (constats et propositions) développées dans le cadre de groupes de travail installés par la DDASS, ceci dans le contexte de la réforme de la loi de 75.

Cette analyse permettra de situer les modes d'implication et les marges de manœuvre qui en résultent pour le directeur qui est engagé dans l'élaboration du projet d'établissement.

L'évaluation du schéma antérieur³⁴ (1995-2000)

Celle-ci est essentiellement quantitative, en l'absence d'éléments qualitatifs disponibles.

Elle analyse la réponse des promoteurs de projets aux préconisations du schéma (dans quelle mesure les associations ont intégré les préconisations du schéma dans leurs orientations propres au travers des projets présentés en CROSS) ainsi que la réponse des décideurs et financeurs aux préconisations (autorisation de création ou de changements d'agréments, de places, financements effectifs des projets agréés).

L'évaluation précise, que si les principales orientations formulées en 1995 ont été prises en compte par les acteurs concernés (développement du dépistage et du diagnostic précoce,

³⁴ « Evaluation du dispositif médico-social 2000 – schéma d'organisation médico-sociale en faveur des enfants et des adolescents handicapés du Bas-Rhin, CREA Alsace, octobre 2000.

insistance sur l'intégration en milieu ordinaire, développement des SESSAD...), l'impératif de « réalisation des adaptations à moyens constants » a conduit à un décalage entre les projets autorisés et ceux réellement financés.

L'évaluation conduite fait ressortir une répartition très inégale des IR sur le département (les 343 places installées en 2000 le sont sur Strasbourg ou sur le centre et le sud du Bas-Rhin). Enfin, en l'absence d'indicateurs qualitatifs préalablement définis, cette évaluation ne permet pas d'apprécier les modalités de prise en charge, les projets d'établissements, les actions spécifiques développées par les 6 IR du Bas-Rhin.

L'élaboration du nouveau schéma (2000-2005).

L'élaboration du nouveau schéma (2000-2005) s'est effectué dans le contexte de la réforme de la loi de 1975. Ainsi, l'article 12 du projet de loi décrit précisément le contenu des schémas (6 éléments) :

- nature et l'évolution des besoins,
- bilan quantitatif et qualitatif de l'offre existante,
- perspective de l'évolution de l'offre,
- principes de coordination entre établissements,
- critères d'évaluation de la mise en œuvre du schéma,
- programmation indicative pluriannuelle.

L'article 13 décrit les trois types de schémas : national, régional, départemental.

Autres caractéristiques : notamment,

- délai de mise en œuvre deux ans
- schémas arrêtés pour 5 ans renouvelables,
- schémas arrêtés après avis d'une commission départementale regroupant professionnels et usagers,
- schémas particuliers possibles (enfants handicapés, personnes âgées...).

L'ensemble de ces nouvelles dispositions concrétise l'un des principes directeur³⁵ du projet de loi : « Instaurer des procédures de pilotage de dispositif rigoureuses et plus transparentes en rénovant le lien entre la planification, la programmation l'allocation de ressources,

³⁵ Cf. « La présentation générale du contenu de la réforme » qui correspond à l'exposé général du projet de loi, document élaboré par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, dossier de presse, juillet 2000.

l'évaluation et la coordination », repris notamment dans l'orientation n° 3 du projet de réforme.

Dans le Bas-Rhin, la mise en place d'une « commission départementale regroupant professionnels et usagers » censée donner son avis sur le futur schéma m'a permis de participer en tant que directeur de l'IR Saint-Ludan aux travaux de réflexion de l'un des groupes de travail thématique³⁶ installé par la DDASS.

Il s'agit du groupe n°3, qui s'est attaché à travailler sur le thème de « l'intégration sociale, scolaire et familiale (travail avec les parents) ».

Ce groupe de travail a réuni des professionnels (directeurs d'établissements IR, IME, IMpro, SESSAD, secrétaire de la CDES, représentant de l'Inspection Académique éducation spécialisée, DDASS), des représentants d'associations parents d'enfants, l'Association « le Chaînon Manquant », des médecins psychiatres....

L'intérêt de ces trois rencontres aura essentiellement porté sur les témoignages exprimés par les participants, relatifs à leurs pratiques de terrain, aux expérimentations des différents établissements, aux problématiques rencontrées par les équipes et aux tentatives de réponses.

Ces discussions ont également fait ressortir le cloisonnement important existant entre le médico-social et le secteur psychiatrique hospitalier par exemple ou la plus ou moins grande solitude des établissements, souvent retranchés dans leurs murs et peu en prise avec les partenaires extérieurs.

Cet exercice constitue une première, sur l'initiative de la DDASS.

Les travaux des 3 groupes ont fait l'objet d'une synthèse, base sur laquelle les préconisations du nouveau schéma seront retenues.

J'en isolerai 2 points :

- le premier, relatif à la « redéfinition de la fonction des établissements et services » insiste sur l'évolution du dispositif et la redéfinition de ses missions par le développement d'une

³⁶ Les thèmes des groupes de travail ont été retenus sur la base des « axes structurant » définis suite à l'exploitation d'une enquête réalisée auprès des parents et intitulée « Les enfants relevant de l'éducation spécialisée » réalisée par le CREA I Alsace, avril 2001.

Thème du groupe n° 1 « Inadéquation des agréments et des publics pris en charge »

Thème du groupe n° 2 « Les modalités d'accueil »

réflexion de fond sur les rôles et fonctions de chaque type de structures : internat, semi-internat et SESSAD, qu'est ce qu'un IR, un IME,... ?

Le futur schéma s'attacherait à rappeler les définitions des différents établissements et à organiser une réflexion sur les divers types de prises en charge proposés dans le dispositif (missions, modalités, moyens). Cette réflexion devrait associer les autorités de tutelles, les instances d'orientation et les associations gestionnaires. Cette première orientation souligne l'importance du projet d'établissement comme contribution à ce travail de définition.

L'évolution du dispositif, la redéfinition des missions, conforme à l'esprit de la loi du 2 janvier 2002 (promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale) pose en pointillé la question de l'évaluation interne et externe des établissements. Je reviendrai donc sur cet aspect essentiel dans la deuxième partie du mémoire (6.2. L'évaluation).

Cette redéfinition des missions, leur évaluation et leur adaptation éventuelle envisagée par le futur schéma pose la question de la place des établissements dans cette démarche. Or, il n'existe pas actuellement d'habitudes de travail entre les IR du Bas-Rhin : aucun échange sur les projets thérapeutiques et éducatifs retenus, sur les modalités diverses de travail, sur les éventuelles spécialisations, sur la déclinaison sur le terrain des missions imparties aux IR, et en définitive sur les problèmes posés par l'évaluation des missions.

Que la DDASS en application de l'article 12 du projet de loi se soucie de clarifier ces questions rien d'étonnant, mais que les directeurs des IR n'engagent pas collectivement une réflexion sur ce thème, me semble particulièrement problématique.

Débutant dans ce champ de l'action sociale en faveur de l'enfance inadaptée, les récents contacts que j'ai pu avoir avec mes collègues beaucoup plus expérimentés ne me laissent entrevoir pour le moment que peu de perspectives de collaborations.

Pourtant « un réseau départemental des IR » ou une « coordination départementale » pourrait s'atteler à travailler ces problématiques et contribuer ainsi à la redéfinition souhaitable des missions des IR.

- le second point concerne les modalités de travail avec les familles et plus particulièrement le soutien aux parents.

Ce soutien est identifié par le rapport Soutou comme une dimension déterminante du travail des IR. De fait, l'une des particularités observées chez les jeunes accueillis en IR est la fréquence de leur appartenance à des familles où prédominent troubles mentaux et perturbations psychologiques graves.

Il importe en conséquence 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, afin de permettre à l'enfant de trouver une stabilité nouvelle dans un milieu qu'il a vécu lui-même assez longtemps comme le lieu de son malheur.

Cette orientation fondamentale à mon sens sera reprise et développée dans la troisième partie du mémoire (1. Actualité et pertinence d'une démarche de prise en compte des familles).

Le schéma départemental médico-social en faveur des enfants et des adolescents handicapés du Bas-Rhin se révèle être un instrument emblématique d'élaboration et de mise en œuvre des politiques sociales telles qu'elles sont envisagées dans le projet de réforme de la loi de 75.

Il apparaît en effet, comme l'expression d'une volonté d'organisation et d'adaptation des actions sociales en faveur des usagers. Il a donc vocation à inciter fortement les acteurs des politiques sociales à définir sur un territoire donné, les actions prioritaires à mettre en œuvre.

Mais cet exercice ne peut être dissocié de la logique centrale de la révision de la loi de 75 entièrement tendue vers la garantie des droits des usagers. Cet élément devrait être saisi comme une opportunité par les directeurs d'IR afin d'évoquer les problématiques spécifiques des interventions sociales effectuées dans le cadre de leurs établissements et ainsi proposer un réel contenu aux droits à garantir.

Ceci suppose comme préalable de développer un réel esprit de collaboration entre directeurs dans le but de soutenir collectivement les conséquences des analyses qui pourraient être réalisées. En définitive, l'élaboration du schéma, met ainsi en relief la question de la responsabilité et de la place des directeurs d'IR comme acteurs et partenaires de la réalisation des politiques sociales en faveur des enfants inadaptés.

II. Un internat en quête de projet ou les objectifs d'une démarche de projet d'établissement.

1. La figure incontournable du projet.

Cette deuxième partie, centrée sur l'élaboration proprement dite du projet et sur sa logique intrinsèque, nécessite en guise de préambule un retour sur la notion même de projet, figure emblématique de notre modernité.

Pour ce faire, je me suis référé à l'ouvrage de Jean-Pierre BOUTINET intitulé « Anthropologie du projet »³⁷. Analysant dans une perspective multidimensionnelle, donc anthropologique la nature floue du concept de projet, l'auteur identifie la diversité des situations qui aujourd'hui se réclament du projet et des invariants qui les structurent. Constatant que notre vie quotidienne est aujourd'hui de plus en plus tributaire des différentes figures du projet qui la bousculent, il tente de comprendre comment opèrent les conduites à projets et ce quelles révèlent de notre modernité dans ce souci du « faire advenir ».

Dans le but de poursuivre mon travail, j'isolerais quelques éléments clés de son analyse qui me semblent particulièrement éclairants, et tout d'abord, un constat, lié à la « vogue du projet » actuelle quelque soit sa nature et le champ dans lequel il est appréhendé, et son explication, formulée sous la forme d'une hypothèse, celle d'une pathologie des « conduites d'idéalisation ». Ces conduites ne sont souvent que le bricolage de petits idéaux locaux individualisés et portatifs. D'où une recherche effrénée de mode d'emploi approprié à la confection de ces idéaux.

Les « cultures à projets » traduisent donc cette mentalité de notre société post-industrielle soucieuse de fonder sa légitimité dans l'ébauche de ses propres initiatives à une époque où cette légitimité n'est plus octroyée. Une telle surabondance de projets est plus particulièrement sensible dans notre pays qui a fait de l'élaboration de projets une obligation légale qu'il s'agisse du projet d'établissement, du projet de service, du projet d'orientation, du projet individualisé... Cette obligation de se mettre en créativité peut s'apparenter bien souvent à la figure de la dénégation et exprime une sorte de non-sens à travers la recherche forcée de sens.

³⁷ BOUTINET J-P. *Anthropologie du projet*. Paris : Presses universitaires de France, 2001.

Penser le projet, une question de métamorphose³⁸

La question qui me préoccupe ici est de cerner les conditions dans lesquelles il peut y avoir manifestation d'un projet humain porteur de singularité et d'inventivité dans le cadre spécifique du projet d'établissement. Mesurer ces conditions impose un retour historique schématique sur le concept même de projet et d'en observer comme nous le propose J-P BOUTINET, les métamorphoses.

Quatre métamorphoses, deux dimensions distinctives

Le projet architectural apparu à la Renaissance se présente historiquement comme la première forme de projet donnée en tant que telle. Il réorganise les formes antérieures de travail technique (première distinction entre le travail d'élaboration et sa réalisation). Ce projet technique s'est métamorphosé deux siècles plus tard dans la mouvance de la philosophie des Lumières en projet sociétal ; ce dernier entend se fonder sur le consensus contractuel qu'un groupe social est capable de se donner à propos des orientations qu'il cherche à privilégier. Ensuite, c'est progressivement imposé le projet existentiel ; ce dernier, en réaction à la montée des cultures industrielles et à ses menaces, cherche à exprimer cette menace que l'absurde fait peser sur nos conditions d'existence en quête d'un sens qui leur permette d'échapper au moins provisoirement à cette emprise mortifère d'une chute inéluctable.

Ces sont les années 1975 qui vont laisser apparaître une quatrième métamorphose avec le projet individualisé. Rompant avec les usages plutôt élitistes des métamorphoses précédentes qui intéressaient d'abord l'architecte, le philosophe, voire le politique, ce projet à visée démocratique de temps de crise marque le repli quelque peu frileux sur l'individuel et le local pour tenter de bricoler un avenir possible quand les grands ensembles sociaux sont en panne de légitimité ; nul désormais n'est exempt d'obligation à projet, il appartient à chacun, individu ou groupe, d'avoir à planifier et justifier ses propres intentions.

J-P BOUTINET retient à propos des 4 métamorphoses caractéristiques décrites, la double opposition qui traverse le concept de projet :

- l'opposition entre le projet technique et le projet existentiel
- l'opposition entre le projet sociétal et le projet individualisé

³⁸ BOUTINET J-P. *ibid.*, Postface aux 4^{ème} et 5^{ème} éditions. Des métamorphoses du projet au cycle infernal de l'innovation, pp 311-318.

Cette double opposition organise finalement de façon bipolaire deux dimensions structurantes du concept de projet :

- la dimension de l'action, une action ordonnée à la poïésis technique en contrepoint d'une action commandée par la praxis existentielle.
- la dimension de l'acteur qui place en vis-à-vis, d'une part les acteurs individuels, d'autre part les acteurs collectifs organisationnels et institutionnels.

Selon J-P BOUTINET c'est lorsque ces deux dimensions sont mobilisées et mettent en action leurs deux pôles antagonistes qu'il peut y avoir concrétisation d'un projet singulier et créatif. Si l'une des dimensions l'emporte, voire l'un des deux pôles de cette dimension, nous sommes en présence d'un projet mutilé qui malmène l'espace créatif qu'il annonçait.

Cette approche me permet de progresser dans ma démarche de projet dans la mesure où elle précise les pôles et les dimensions constitutives du projet. Ayant déjà situé ma définition de l'action comme processus, il convient de repérer et de structurer comment il m'est possible de la traduire dans le cadre du projet d'établissement, en n'omettant pas sa dimension technique : comment peut-elle répondre à la « commande », à l'objectif du projet d'établissement tel qu'il est défini dans la loi du 2 janvier, selon quelles méthodes et comment l'évaluer ?

S'agissant de la dimension existentielle, celle-ci se situe à plusieurs niveaux qu'il convient d'ores et déjà de souligner.

Le premier niveau concerne la dimension existentielle de l'action sociale à mener, c'est à dire, situer la prise en compte du parcours de l'enfant et de l'adolescent comme un processus investi de sens ; pas immédiatement perceptible mais dont « l'élaboration à plusieurs » centre le travail autour d'une perspective qui sera de permettre à l'enfant de se confronter, puis de dépasser ses difficultés afin qu'il trouve sa place dans le Monde.

La dimension existentielle concerne également les différents acteurs investis dans la démarche de projet. Il s'agira d'adopter une approche dans laquelle les dimensions existentielles des acteurs, éducatifs, thérapeutiques, pédagogiques et autres pourront s'exprimer et être prises en compte dans leur rapport au « faire advenir » collectif.

Enfin, la dimension existentielle interpelle fortement le directeur dont l'action, la fonction se caractérise par sa propension à impulser et à réaliser la démarche de projet d'établissement.

La dimension de l'acteur caractérise également la démarche de projet dans la mesure où elle aménage une place singulière aux protagonistes, un « vis à vis », comme constitutive du projet lui-même. Dans cette configuration, j'entends favoriser en tant que directeur le

dialogue entre les personnes prises en compte dans l'action sociale envisagée, les professionnels, le Conseil d'Administration de l'association et les autorités de tutelle puis m'appuyer sur ses effets et ses résultats afin de construire le projet, intégrant ainsi, le pôle sociétal et le pôle individuel des acteurs concernés.

2. La légitimation de la démarche : orientation et actualisation de l'action sociale.

A mon arrivée fin février 2001, le Conseil d'Administration avait déjà entériné la décision d'engager une démarche de projet d'établissement, aiguillonné en cela, par la réforme de la loi de 75 dont les projets fixaient déjà comme impératif l'élaboration et l'adoption d'un projet d'établissement pour chaque établissement médico-social. Entre temps, la nouvelle loi du 2 janvier 2002, a été adoptée, précisant dans son article L. 311-8 : *« pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ces modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du conseil de la vie sociale ou le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »*

La décision du Conseil d'Administration était également motivée par un souci prospectif lié aux évolutions des modalités de prises en charge telles quelles se dessinaient dans le cadre du nouveau schéma départemental.

Il s'agissait d'assurer la continuité de l'identité de l'internat en engageant une réflexion sur les souplesses à introduire dans la prise en compte du parcours des enfants mais également de renforcer les capacités d'action thérapeutiques de l'établissement.

3. La méthode retenue et son déroulement.

Le déroulement et l'organisation de la démarche de projet d'établissement m'ont été confiées par le Conseil d'Administration. A cet effet, j'ai fait appel à un organisme extérieur, le Centre Régional pour l'Etude et l'Action en faveur des personnes Inadaptées (CREAI) avec lequel j'ai négocié l'organisation d'une démarche de formation au projet d'établissement qui d'une part, accompagnerait dans la réflexion les salariés de l'association en éclairant au moyen, d'apports extérieurs la démarche envisagée et d'autre part stimulerait la participation, la créativité et l'implication individuelle des salariés.

Un premier temps de formation puis d'échanges sous forme de groupes de travail a été organisé entre le 1^{er} décembre 2001 et la fin juin 2002. Un second temps, de synthèse, de rencontre avec le Conseil d'Administration et de rédaction a été prévu entre septembre 2002 et la fin de l'année.

J'ai négocié avec le CREAL les objectifs de la formation suivants :

- entrer dans une culture de projet,
- appréhender les enjeux de l'élaboration du projet d'établissement,
- saisir les conséquences de la culture de projet pour le travail quotidien,
- situer l'établissement et son action dans le cadre du dispositif départemental et national de prise en charge des jeunes souffrant de troubles du caractère et du comportement,
- situer l'action par rapport aux principaux textes législatifs en vigueur,
- entrer dans une dynamique d'évolution sur la base du projet,
- individuellement, être en capacité de participer d'une manière active à l'élaboration du projet et collectivement, d'être en mesure d'élaborer ce projet.

Le contenu de la formation comportait quatre parties interdépendantes et articulées entre elles, allant d'une approche générale de la notion de projet et de ses dimensions institutionnelles et organisationnelles à une préparation pratique de son écriture, en passant par une analyse de son contenu et de ses modalités de mise en œuvre (le détail du programme de formation figure en annexe 1).

J'ai estimé que la méthode de formation à retenir devait allier des approches générales et théoriques aux réalités pratiques du travail quotidien. Ainsi, chaque partie a été organisée en trois temps :

- présentation générale et théorique du thème,
- travail d'appropriation en ateliers (groupes de 4 ou 5 personnes),
- restitution et synthèse avec l'ensemble des stagiaires.

J'ai volontairement voulu ces allers et retours entre théorie et pratique afin de favoriser l'assimilation de nouvelles connaissances, de lever les craintes et les réticences qu'elles ont pu éventuellement susciter. Les échanges ont été voulus dans le but de permettre l'élaboration d'une culture commune en vérifiant le caractère partagé des progrès effectués ensemble.

J'ai décidé de mettre en place un classeur retraçant l'avancée de la formation et des réflexions collectives engagées sur chaque thème, constituant ainsi une documentation de référence pour toute réflexion concernant l'élaboration puis l'évolution du projet.

La formation s'est centrée sur l'équipe éducative, la direction, l'administration et les services généraux (groupe 1 soit 14 personnes). Les intervenants médicaux et para-médicaux (groupe 2) et les enseignants (groupe 3) ont été pris en compte séparément du fait de leurs disponibilités particulières soit 4 demi-journées de formation en fonction de leur disponibilité.

Au cours de ces séances outre les aspects généraux, ont été abordés les aspects spécifiques aux rôles et aux fonctions de ces professionnels et à leur contribution à la réalisation du projet d'établissement, dont :

- la prise en compte des difficultés scolaires ou des questions de santé des enfants accueillis,
- le projet pédagogique ou le projet de soins,
- les contributions au projet individuel de l'enfant,
- les relations avec la famille, l'articulation avec les autres intervenants,
- la participation à la vie collective de l'établissement,
- les partenariats spécifiques avec l'extérieur.

J'ai effectué avec les formateurs un relais entre les trois groupes en transmettant les principaux points abordés par les uns et les autres, afin de garantir une cohérence d'ensemble. De plus la formation a été ponctuée par quatre réunions plénières que j'ai présidées et qui ont permis de faire état de l'avancée des réflexions et des travaux.

Si la première partie consacrée à l'approche institutionnelle (introduction au projet d'établissement ; les dimensions institutionnelles et organisationnelles du projet) a été estimée un peu longue par les participants, en revanche la deuxième (les grands axes du projet), la troisième partie (la mise en œuvre du projet) et la quatrième partie (vers l'écriture du projet) ont bénéficié des effets dynamiques du fonctionnement en groupe de travail.

Afin d'associer le Conseil d'administration aux travaux engagés, j'ai organisé deux rencontres, l'un centrée sur l'histoire et les valeurs de l'établissement et l'autre sur les options travaillées dans le cadre de la formation, matérialisées dans un document d'étape transmis préalablement au CA.

La dimension collective de la formation a été un aspect déterminant et une contrainte forte. Déterminant, car l'un des enjeux du projet d'établissement concerne précisément l'élaboration d'une culture et d'une identité collective afin d'agir efficacement. Une contrainte forte, car réunir et articuler les travaux des différents groupes n'a pas été une tâche aisée. De ce point de vue, ma décision initiale de composer des groupes de travail associant éducateurs, paramédicaux, enseignants, n'a pas pu se concrétiser en raison des contraintes de temps trop fortes à gérer.

4. Droits des personnes et méthodologies d'intervention.

J'ai souhaité aborder dans ce quatrième point l'un des éléments essentiels du projet d'établissement à savoir la question du droit des personnes et des méthodes de travail.

En effet, dans mon esprit les deux éléments sont indissolublement liés, car envisager la question des droits sans mesurer leur concrétisation est le meilleur moyen d'en rester à des principes incantatoires. La nouvelle loi du 2 janvier fixe également ce principe, prévoyant de façon explicite les moyens qui garantiront aux personnes le respect de leurs droits.

Il s'agit donc de souligner de quelle façon ces droits vont se traduire dans l'action sociale de l'Institut de Rééducation St Ludan. En introduction, il m'a semblé nécessaire de resituer selon quel angle je souhaitais approcher la question du statut de l'enfant.

4.1 Réflexion sur l'actualité du statut de l'enfant.

La juridicisation contemporaine du rapport à l'enfance permet de penser les droits de l'enfant comme les droits de l'homme, c'est à dire comme des droits fondamentaux énonçant les normes d'un rapport humain à l'enfance. Cet acquis indéniable pourrait néanmoins conduire, dans une perspective radicale à obérer, par excès de juridicisation d'autres dimensions telles l'éthique de la sollicitude et le soutien moral du aux enfants et qui échappent à toute catégorisation juridique³⁹.

Du point de vue de la pratique, s'il s'agit d'une part, de resituer la question du statut de l'enfant dans le mouvement général de promotion de la personne comme « sujet de droit », il

³⁹ Alain RENAUT. *La libération des enfants. Contribution philosophique à une histoire de l'enfance* Calmann-Lévy : Paris, 2002. L'auteur indique (pages 382-383) deux raisons essentielles « imposant de résister à la tentation de considérer que tout ce que nous pourrions avancer à propos de ce que nous devons aux enfants se trouve dans la reconnaissance de leurs droits » : la première, « tient au fait, que la survie, ainsi que le bonheur présent et futur des enfants dépendent de notre capacité à accomplir, sans contrainte, un certain nombre d'obligations à leur égard » (obligation de s'abstenir de tout abus ou mauvais traitement, obligation qu'ont certaines personnes envers certains enfants déterminés dont elles s'engagent à s'occuper et à qui elles doivent un soin et une qualité appropriée, obligation d'être gentils et attentionnés), « qu'un glissement trop accentué vers le vocabulaire des droits risquerait d'inciter à négliger ». La deuxième raison, évoquée est qu'en accomplissant de telles obligations, « les parents (ou les éducateurs) pourraient contribuer à faire acquérir à leurs enfants, à travers les conduites dont ils leur fourniraient ainsi le modèle, un sens aiguisé qu'il existe des figures plus chaleureuses du lien social que celles qui consistent dans la reconnaissance réciproque des sphères de liberté. Dans la pratique du soutien moral, ou de la sollicitude, j'entre avec l'autre dans une relation qui m'engage bien au-delà du simple respect des droits individuels ».

convient d'autre part de considérer son caractère singulier, sa place spécifique, résultant d'une élaboration à chaque fois particulière, dans chaque famille, entre « des droits » et la question de « l'autorité⁴⁰ » parentale et des obligations morales dont Alain RENAULT a souligné l'importance. Nous verrons dans la troisième partie vers quelle option méthodologique nous conduit cette approche, à chaque fois singulière du statut de l'enfant. Pour la rédaction de cette partie, je me suis également inspiré d'un article de Pierre VERDIER paru dans le Journal du Droit des Jeunes⁴¹ et d'un cours de Robert VOLGRINGER (Directeur du Service d'Investigation et d'Orientation Educative de Strasbourg) consacré aux Droits des Enfants (cour du CAFDES du 15/1/02).

Les anciens textes, comme la loi de 75 sur les institutions sociales et médico-sociales ou la loi du même jour d'orientation en faveur des personnes handicapées, mentionnaient les besoins à satisfaire. Mais tout ce qui vit, les animaux, les plantes a des besoins. Seule la personne humaine a des droits. L'esclave qui n'était pas une personne, avait des besoins, voire des devoirs, mais n'avait pas de droits. L'accès au droit c'est le passage de l'assujettissement au citoyen.

Tout récemment, une série de lois⁴² vient restaurer la place de la personne dans les institutions comme sujet de droit. Elles se situent dans l'esprit de la loi du 6 juin 1984 sur le droit de la famille⁴³ et de la Convention internationale relative aux droits des enfants⁴⁴.

Ces lois sont la traduction normative de propositions faites par de nombreux rapports officiels⁴⁵. Dans l'un d'entre eux, intitulé « Couple, filiation et parenté aujourd'hui, le droit

⁴⁰ Pour une approche philosophique du concept d'autorité, je me réfère aux travaux d'Anna ARENDT. *La crise de la culture*. Paris : édition Folio-essais, 1989 (première édition française Gallimard, 1972) Qu'est ce que l'autorité, chapitre 3, pp 121-185.

⁴¹ VERDIER P. *Promotion du droit de la personne dans la famille et les institutions*. Journal du Droit des Jeunes, juin 2002, n° 216, pp 9-15.

⁴² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (JO du 3 janvier 2002) ; Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (JO du 5 mars 2002) ; Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale (JO du 5 mars 2002) ;

⁴³ Loi n°84-422 du 6 juin 1984 relative aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance et au statut des pupilles de l'Etat.

⁴⁴ Convention internationale relative aux droits des enfants, adoptée par l'ONU le 20 novembre 1989, ratifiée par la France le 2 juillet 1990 (loin°90-548).

⁴⁵ BRUEL A. *Assurer les bases de l'autorité parentale pour rendre les parents plus responsables*. Paris : la documentation française, 1998.

face aux mutations de la famille et de la parenté »⁴⁶, l'auteur, Irène THERY relevait trois grandes transformations récentes qui affectent la famille et les institutions :

- une transformation des références : l'individuation. L'individu devient la véritable cellule de base de la société et non plus le groupe,
- une transformation des normes : la privatisation. La norme collective est dévaluée au profit de l'autonomie et de l'authenticité individuelle,
- une transformation des modèles : la pluralisation. C'est le passage de la famille aux familles.

C'est dans cette volonté de donner la place première à l'individu, comme personne, acteur de son histoire, que s'articulent et se complètent les lois récentes.

Avant d'analyser ce recentrage sur la personne tel qu'il apparaît dans la loi 2 janvier 2002 et tel qu'il se traduit dans le cadre du projet d'établissement, je propose de souligner les éléments déterminants pour notre pratique sociale de la loi réformant l'autorité parentale.

DEKEUWER-DEFOSSEZ F. *Rénover le droit de la famille : propositions pour un droit adapté aux réalités et aux aspirations de notre temps*. Paris, la documentation française, 1999.

(Rapports accessibles sur le site de la documentation française, à la bibliothèque des rapports publics <http://www.ladocfrancaise.gouv.fr>).

FABIUS L., BRET J-P. *Droits de l'enfant, de nouveaux espaces à conquérir*, rapport n° 871 Assemblée Nationale, 1998.

⁴⁶ THERY I. *Couple, filiation et parenté aujourd'hui, le droit face aux mutations de la famille et de la parenté*. Paris : Odile Jacob - La documentation française, 1998.

4.2 Le recentrage sur la personne.

4.2.1. Une mise en tension des droits de l'enfant et de l'autorité parentale.

L'ancien droit de la famille était davantage un droit de la parenté qu'un droit de la filiation. L'émergence récente d'un droit de l'enfant consacré par la Convention internationale de 1989 a exigé diverses modifications législatives, dont celle consistant à réformer l'autorité parentale par la loi n°2002-305 du 4 mars 2002.

Cette loi consacre l'égalité des filiations, harmonise les droits des enfants légitimes naturels et adultérins et garantit les relations des enfants avec les tiers.

Le point qui m'intéresse particulièrement c'est que cette loi fixe une nouvelle finalité de l'autorité parentale.

En effet, l'article 371 du Code civil précise que « *l'enfant à tout âge, doit honneur et respect à ses père et mère* ». Cette affirmation inchangée depuis le Code de 1804, qui reprenait lui-même le décalogue (« *tes père et mère honoreras* »), reste bien sûr d'actualité, mais il n'était écrit nulle part que la réciprocité s'imposait.

La loi du 4 mars 2002 donne une nouvelle définition de l'autorité parentale et de sa finalité et introduit la nécessité du respect de l'enfant par ses parents. La nouvelle loi (art.371-1 du Code civil) pose que « *l'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs, ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne* ».

Enfin, il est précisé que « *les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité* ». Jusqu'ici, l'avis du mineur devait être recueilli quel que soit son âge dans les rapports avec l'aide sociale à l'enfance, s'il était capable de discernement dans les procédures judiciaires, mais rien n'était imposé pour les parents. Certes, il n'y a pas de sanction, mais la loi n'a pas pour seule arme la punition, elle agit aussi en définissant les normes.

Ces dispositions seront lues aux parents lors de l'acte solennel de reconnaissance qui a été instauré (nouvel art.62 du Code civil).

Respect dû à la personne de l'enfant, prise en compte de son avis dans les décisions qui le concernent sont les nouveaux éléments de l'autorité parentale.

Mais « faire autorité » auprès de l'enfant demeure une question délicate mettant en difficulté bien des adultes. D'où l'idée de soutien aux familles, d'aide à la parentalité et immixtion de l'Etat sous la forme de l'intervention du Juge aux affaires familiales lorsque l'intérêt de l'enfant le commande.

En définitive, on ne peut appréhender la question du statut de l'enfant qu'en prenant en compte sa situation particulière, c'est à dire en mettant en tension les questions de ses droits et la question de l'autorité parentale telles qu'elles se posent au cas par cas. On aboutit ainsi, à une singularisation des cas et des situations familiales qui à l'avantage de dégager les praticiens de l'action sociale de tout discours moralisateur sur la famille envisagée comme un « chef d'œuvre en péril ».

Du point de vue de la pratique sociale en Institut de Rééducation, la question du statut de l'enfant, et à fortiori celui de l'enfant à problèmes, entraîne les professionnels vers des méthodologies d'intervention spécifiques telles que les médiations. Ces médiations, nous le verrons dans la 3^{ème} partie, peuvent selon les cas s'avérer adaptées à la mise en commun des points de vue, des parents et de l'enfant, en suscitant un dialogue orienté par un tiers-intervenant.

4.2.2. Une action sociale centrée sur la personne.

La loi du 2 janvier 2002 apporte un renforcement du droit des personnes prises en charge, la mise en place d'une recherche de qualité, à travers l'élaboration du projet d'établissement et organise un contrôle administratif renforcé.

Notons qu'en matière du droit des personnes, la loi vise à étendre l'esprit et les principales dispositions déjà prévues dans les nouvelles annexes XXIV (approche qualitative, nécessité de projets pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques collectifs et individualisés, information et association des familles à ces projets...).

Ainsi, la loi affirme nettement 8 droits (7 à l'article L. 311-3 et 1 à l'article L. 311-9)

« Art. L 311-3. L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

4° La confidentialité des informations la concernant ;

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. »

L'article L. 311-19 ajoute le droit à une vie familiale pour les personnes handicapées et les personnes en difficultés sociales.

Ces dispositions si elles ne sont pas toutes nouvelles, entraîneront des modifications dans les modalités de prise en charge. L'article L.311-3 garantit l'exercice des droits à toute personne prise en charge. En droit, celui qui garantit, c'est à dire celui qui se porte garant doit assurer la défaillance du prestataire. Cela signifie que des recours pourront être engagés par le bénéficiaire ou par les associations de défense. Contre qui ? Contre celui qui avait le pouvoir et le devoir d'assurer l'effectivité de ces droits à savoir l'organisme gestionnaire et l'administration chargée du contrôle.

Ces dispositions influenceront directement sur le projet d'établissement qui a l'objectif de rendre applicable le droit des personnes en mobilisant des moyens concrets, « afin de garantir l'exercice effectif de ces droits ». En effet, la loi impose l'élaboration de 4 documents, la mise en place de deux instances et la possibilité de sanctions.

Les documents remis obligatoirement à chaque personne prise en charge sont :

- le livret d'accueil remis à la personne ou un son représentant légal ;
- une charte des droits et libertés, arrêtée par les ministres compétents ;
- le règlement de fonctionnement qui précise les règles de la vie collective ;

- un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Il s'agit donc par définition, d'un document contractuel, comportant des engagements réciproques, acceptant la négociation et mettant le bénéficiaire en position d'acteur.

Les 2 instances prévues par la loi sont le médiateur et le Conseil de la vie sociale :

- L'article L. 311-5 instaure un médiateur « *Toute personne prise en charge par un établissement ou service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du conseil général après avis de la commission départementale consultative mentionnée à l'article L.312-5. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans les conditions fixées par le décret en Conseil d'Etat.* »
- L'article L.311-6 instaure un Conseil de la vie sociale ou d'autres formes de participation. Le Conseil de la vie sociale remplace le Conseil d'établissement instauré par la loi du 3 janvier 1985, (décret du 21 décembre 1991).

Il n'y a pas d'obligation sans sanction. Ce qui est nouveau ce sont les sanctions prévues dans la loi. Le fait de ne pas établir et remettre ces documents peut faire l'objet de contravention comme en matière de commerce. Ces infractions peuvent être constatées par les fonctionnaires habilités par le Ministre chargé de l'économie, mais aussi par les inspecteurs des Affaires sanitaires et sociales qui seront désormais assermentés et pourront dresser des procès verbaux (art. L. 313-13).

L'article L. 313-24 prévoit également une protection contre les salariés qui témoignent de mauvais traitements et reprend les dispositions de lutte contre les discriminations.

La loi du 2 janvier offre un dispositif cohérent : les prestations sont organisées autour de la personne, de ses besoins et de ses attentes. Elles doivent être personnalisées, respecter sa vie privée, son intimité, mais aussi son libre choix et rechercher son consentement éclairé et l'accès à toutes les informations le concernant.

Cette promotion du droit des personnes se traduit par une contractualisation des rapports, à travers notamment le contrat de séjour qui comporte des engagements réciproques. Des

moyens sont prévus pour rendre les dispositions plus lisibles et instaurer des espaces de négociation.

Dans l'esprit de la nouvelle loi, le projet d'établissement de l'Institut de Rééducation St Ludan propose de décliner les principaux points clés de la loi notamment en matière d'accueil, de personnalisation du service, d'association des enfants et de leur famille dans leur élaboration des projets individualisés.

4.3 Un cadre propice à l'élaboration de la demande.

Lorsque les parents s'adressent à l'établissement pour une « visite » c'est souvent parce que leur enfant est en échec à l'école ou bien parce qu'il ne cesse de bouger, ne fixe pas son attention, que ce soit à la maison ou à l'école. Dans le rapport de l'enfant à l'institution, au savoir, au corps, à la pensée, quelque chose cloche.

Nous avons vu dans la première partie du mémoire que ces modes d'expression symptomatiques ne sont pas nouveaux. Ce qui est nouveau est la façon dont la psychiatrie avec la classification internationale, stigmatise les difficultés de l'enfant en terme de trouble et de dysfonctionnement.

« Les pratiques actuelles associées à une obsessionnalisation psychométrique modèlent les plaintes des parents : “dyslexie”, “hyperactivité”... de tels termes passent dans le discours courant pour désigner les difficultés de l'enfant. Tout écart de la norme est mesuré dans le but de proposer deux destins possibles à l'enfant : ou bien un retour à la norme ou bien une assignation au handicap. L'enfant qui objecte à l'uniformisation de la norme, risque d'être identifié à son trouble et au handicap qui en résulte.

D'où la demande actuelle des parents d'ouvrir des centres spécialisés dans la rééducation du handicap. Ces pratiques privent aujourd'hui le sujet du rapport à la cause de son symptôme. Elles éliminent la dimension éthique du symptôme. Elles renforcent des positions proches de la “belle-âme” du névrosé qui préfère croire en une causalité excluant toute dimension subjective. Elles visent à rejeter la cause sexuelle du symptôme, c'est-à-dire ce que le sujet a de plus singulier, son mode de jouir »⁴⁷.

⁴⁷ Extrait de l'argument des XXVI^e journées du Centre d'Etude et de Recherche sur l'Enfant dans le Discours Analytique (CEREDA) qui se tiendra le 17/5/03 à Bordeaux.

Dans ce contexte, nous avons à rappeler d'une part, la raison d'être de l'IR, et d'autre part, ce qui est opératoire lorsqu'un enfant est orienté vers une institution qui entend orienter sa pratique sociale à partir des apports de la psychanalyse, celle de FREUD et de LACAN.

En effet, la justification d'une institution n'est pas tant qu'elle soit « thérapeutique au sens médical (...), mais qu'elle soit un espace, peut être le seul (...) où puissent être accueillis ceux dont le discours ne fait plus lien social. En dernier lieu, c'est le signifiant asile qui s'impose : l'institution comme lieu d'asile ⁴⁸».

Il s'agit en outre, de donner une consistance à un travail collectif orienté par la psychanalyse, qui ne vise pas à adapter le moi de l'enfant au monde, mais lui donne une chance de construire ce qu'il a de plus singulier, à savoir son symptôme⁴⁹ et à mesurer les conséquences en terme social, c'est à dire une aptitude nouvelle à la réception du travail scolaire et une propension à trouver sa place et faire son chemin dans la vie.

« Ainsi, le projet individuel de l'enfant, implique à la fois qu'il émane de l'enfant et qu'il aille en direction de l'enfant. Si l'on veut bien admettre ce postulat que ce que l'on met en œuvre pour le bien de l'enfant consiste à lui laisser énoncer la question de son propre désir, afin qu'il soit en mesure d'en faire l'usage le plus approprié, c'est à dire le plus intégré possible, dans sa vie sociale, on remarquera que c'est à partir de l'interprétation de ses dires (parlés ou agis) que va pouvoir s'élaborer le projet individuel de l'enfant, projet qui sera toujours susceptible d'être réexaminé, modifié, ouvert et flexible pour être le mieux adapté possible »⁵⁰.

C'est donc dans ce contexte, qu'est requis l'acte « du travail à plusieurs »⁵¹ qui accueille les dires de l'enfant en mettant la norme à l'écart et qui par la grâce du transfert peut l'orienter dans la voie des formations de l'inconscient. Les difficultés à apprendre, bouger, penser font souvent réponse à la position que l'enfant occupe comme symptôme représentant la vérité du couple familial, comme l'a mis en évidence Jacques Lacan. Elles font signe de ce que

⁴⁸ BRIOLE .G. *Des psychanalystes en institution*. La lettre mensuelle de l'Ecole de la Cause Freudienne, n°211, septembre 2002, p19-24.

⁴⁹ MILLER J-A. Produire le sujet ? *Actes de l'Ecole de la Cause freudienne, La clinique psychanalytique des psychoses*, pp 50-52.

⁵⁰ ZALOSZYC M. La fonction de psychologue à l'institut de rééducation St Ludan. Document de travail élaboré à l'occasion de la rédaction du projet d'établissement, septembre 2002.

⁵¹ « La pratique à plusieurs en institution » L'expression est de J-A MILLER et date de 1996. Elle a donné le titre des 3^{èmes} Journées du Réseau International d'Institutions Infantiles (RI3 créée en 1992) qui ont eu lieu à Bruxelles les 1et 2 février 1997. Les actes de ces journées ont été publiés dans la revue Préliminaire n° 9 et 10, revue du Champ Freudien en Belgique.

l'enfant n'a pas construit son symptôme, ce à quoi il peut tendre avec l'aide de la psychologue et de l'équipe des intervenants moyennant certaines conditions :

- « savoir ne pas savoir » : c'est à dire faire une place au sujet en faisant une place à son énonciation et à son savoir : voilà le savoir que l'équipe a à savoir. Ce qu'elle a à ne pas savoir c'est le savoir que parents et l'enfant ont à élaborer. La fonction de l'équipe est celle de se faire gardienne de cette élaboration de savoir du sujet et gardienne que « personne » ne vienne à supplanter et l'énonciation des parents et l'énonciation de l'enfant.
- faire une place aux parents comme sujets supposés savoir : « c'est vous qui savez » en ce qui concerne votre enfant. Ainsi, les parents entretiennent l'équipe dans sa position de savoir-ne-pas-savoir et peuvent autoriser celle-ci à « s'occuper de leur enfant ». Cette demande « c'est vous qui allez nous parler de votre enfant » fait entendre aux parents que l'équipe a à se laisser enseigner par eux et à obtenir leur consentement sans lequel elle est dans l'impasse⁵².
- Donner sa place à un questionnement sur le réel en jeu dans une institution, c'est à dire se recentrer sur le patient, sur sa place dans l'institution en tenant compte de la jouissance et de ses modalités d'expression, au regard de la réalité institutionnelle et du réel qu'elle contient.

Nous allons vérifier concrètement ces orientations dans les modalités de travail mis en place dans le cadre du projet d'établissement. Il s'agit d'une part, de l'accueil, des modalités d'organisation des réunions d'admission et de synthèse, des perspectives de travail des réunions cliniques et d'autre part, de la personnalisation du service au moyen des projets individualisés.

⁵² BAIO V. *Se faire champ*. Les cahiers psychanalytiques de l'Est, n°10, automne 2001, pp 61 à 71.

4.4. L'accueil : un droit, une stratégie d'action.

A priori, l'accueil se distingue de la procédure d'admission qui relève de l'univers administratif. Pourtant en détaillant les étapes de l'accueil tel qu'il a été abordé dans le cadre de la réflexion sur le projet d'établissement, il est néanmoins difficile de scinder de façon tranchée l'admission et l'accueil. S'agissant de l'admission, l'idée est de parvenir si possible à une adéquation entre une demande de prise en charge et les conditions nécessaires pour y satisfaire. Pour ce faire sont explorées trois questions :

- la personne a-t-elle le profil qui correspond à l'agrément et aux compétences de l'établissement ?
- l'établissement offre-t-il des dispositifs adaptés ?
- possède-t-il de la place ?

La procédure d'admission jusqu'alors en vigueur comportait trois étapes :

- un contact téléphonique de la famille suite à un projet d'orientation proposé par un intervenant en amont (psychologue scolaire, médecin scolaire, psychiatre d'hôpital de jour, éducateur...) et souvent déjà présenté devant une Commission de Circonscription Pré-scolaire et Élémentaire (CCPE).
- une visite de la famille suite à un rendez-vous pris avec le directeur. A l'occasion de ce contact, il est notamment prévu une visite de l'établissement et une première approche des orientations générales du travail au sein de l'Institut de Rééducation et des étapes du parcours d'arrivée de l'enfant et de la famille, mais également un premier repérage sur les raisons qui motivent les parents à s'orienter vers une prise en charge de leur enfant dans un établissement d'éducation spécialisée.
- une admission prononcée par le directeur à l'issue de la réunion dite « d'admission ».

Ainsi on s'aperçoit qu'une limite stricte entre les aspects administratifs et les phases d'accueil n'a pas beaucoup de sens. Aussi, reconnaissons que la phase d'accueil comprend d'une part des aspects administratifs et d'autre part, des aspects visant à définir le cadre de la relation qui va se construire entre la famille et l'équipe pluridisciplinaire.

Concernant les aspects administratifs, nous avons retenu que le directeur continuerait à recevoir seul les familles pour un premier entretien mais que les éléments du parcours scolaire et thérapeutique seraient mis en commun avec les professionnels concernés (enseignants, psychologue) afin d'aider le directeur à prendre position lors de la réunion de l'équipe technique de la CDES qui oriente les enfants.

Notons également que les familles s'adressant directement à l'établissement avant l'orientation de leur enfant pour une première prise de contact sont majoritaires mais qu'il subsiste de nombreuses familles avec lesquelles l'établissement n'a pas eu cette relation. Ce n'est qu'au moment de la réunion de l'équipe technique de la CDES que nous découvrons leur situation. Le projet d'établissement prévoit à cet effet, une information des CCPE sur les modalités de l'accueil à l'Institut de Rééducation St LUDAN afin d'éviter cet état de fait et de pouvoir rencontrer ainsi la plupart des familles avant la réunion technique de la CDES.

Le processus d'accueil retenu et en vigueur depuis l'année 2002 vise à améliorer, à rendre plus lisibles les étapes de l'accueil des enfants et des familles.

Suite à l'entretien avec le directeur, il est prévu trois journées d'accueil qui comportent plusieurs objectifs généraux :

- donner des repères concrets aux nouvelles arrivantes et à leur famille concernant la vie à l'internat, dans les groupes et à l'école et ainsi contribuer à familiariser les enfants à leur futur cadre de vie.
- aménager des moments informels de rencontre et de discussion entre les parents et les professionnels (enseignants, éducateurs, maîtresses de maison, psychologue, orthophoniste, psychomotricienne, cuisinier, directeur...), entre les professionnels et les enfants mais également entre les « anciennes » et les « nouvelles ».

La première journée vise à faire découvrir l'internat, le groupe, le cadre de vie et l'école.

Les enfants sont accueillis pour un déjeuner. Les enfants déjà présents à l'établissement sont sensibilisés par les éducateurs à cette phase importante de découverte qu'elles ont elles même vécu et prennent part aux présentations et aux explications fournies.

L'après-midi, les enfants sont accueillis à l'école par les 3 enseignants qui leur expliquent le fonctionnement des classes et leur proposent un test sommaire de leur niveau scolaire afin de procéder à une première répartition des enfants dans leur future classe.

En milieu d'après-midi, les parents reviennent récupérer leur enfant et peuvent s'ils le souhaitent échanger avec les éducateurs et les enseignants présents. Il est également abordé à cette occasion avec les parents, les modalités concrètes concernant le ramassage scolaire.

La seconde journée est essentiellement festive puisqu'il s'agit de la journée de kermesse.

A cette occasion de nombreux échanges sont rendus possibles et le caractère convivial de la journée constitue un élément favorable du processus d'accueil. Les parents des nouvelles

ont le loisir de rencontrer les familles des enfants déjà présents. C'est un moment important car les travaux ou spectacles élaborés durant l'année sont présentés aux familles et aux personnes invitées.

La troisième journée dite de « pré-rentrée » constitue le moment d'arrivée à l'établissement des nouvelles. Moment important, difficile pour les enfants et pour les familles car moment de séparation. A cette occasion, les parents ont la possibilité de rencontrer les personnels para-médicaux.

Durant l'été les familles ont été destinataires du livret d'accueil qui comprend dans sa version actuelle des éléments du règlement de fonctionnement et le détail des étapes de l'accueil des personnes. Le projet d'établissement prévoit conformément à la loi d'associer en prévision de la rentrée prochaine, les familles à l'élaboration plus poussée des éléments de règlement intérieur et de façon plus générale à l'ensemble du processus d'accueil.

Au terme de ces trois journées, l'étape suivante est constituée par la réunion d'admission. Celle-ci, dirigée par le directeur est un moment important. Outre le fait de prononcer officiellement l'admission de l'enfant au sein de l'établissement, elle permet une présentation mutuelle des parents, de leur enfant et de l'équipe dans son ensemble.

Présence des parents, de l'enfant, appel au savoir de parents pour retracer l'histoire de leur enfant sont autant d'éléments constitutifs du « travail à plusieurs » expliqué aux parents et à l'enfant. Cette partie essentielle de la réunion est animée par le psychiatre qui en proposant aux parents de raconter leur enfant, leur indique une place qui conditionne la suite du travail telle que l'envisagent les professionnels de l'Institut de Rééducation St Ludan.

Au-delà du psychiatre, le directeur et l'équipe dans son ensemble signifient à cette occasion l'importance du travail avec les parents, et détaillent les possibilités de contacts et de rencontre à leur disposition.

La mise en perspective des étapes du parcours de l'enfant, de l'élaboration progressive des hypothèses de travail, de la formalisation du projet est également présentée.

Ainsi, il s'agit de créer à plusieurs, vis à vis des parents, une « atmosphère de devoir éthique »⁵³. Nous indiquons que nous avons à rendre compte de notre travail au CA, à la DDASS et à la sécurité sociale qui nous finance, mais également à eux-même. Ils ont le droit de vérifier notre position, l'état de l'établissement, notre orientation théorique. Et, ils ont surtout le droit, s'ils ne sont pas satisfaits de notre travail, de retirer leur enfant de l'établissement.

⁵³ BAIO V. Ibid.

4.5 La personnalisation du service : les projets personnalisés.

Si l'accueil peut être envisagé comme une première étape dans le souci de personnalisation du service, l'élaboration des projets individualisés constitue la seconde étape.

Rappelons que l'obligation de mise en œuvre d'un projet global et individuel, étendue à l'ensemble du secteur social et médico-social par la loi du 2 janvier, était déjà mentionnée dans le décret n°89-798⁵⁴ qui précise que : « 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 les 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 ».

L'une des questions abordée à l'occasion de la formation au projet d'établissement a été « comment rendre lisible le parcours de l'enfant au sein de l'établissement, comment formaliser ce parcours ? ».

De ce point de vue, les échanges ont permis de relever le caractère insatisfaisant des méthodes jusque là en vigueur. En effet, si des éléments de projet existaient, ils étaient le fruit d'une part, d'une réflexion collective effectuée dans le cadre des réunions de synthèse, c'est à dire en présence des parents et des enfants et d'autre part d'échanges informels entre les différents professionnels. Aucun ne donnaient lieu à un document écrit formalisant le projet.

A mon arrivée, cette pratique était vécue comme insatisfaisante par l'ensemble des professionnels, qui souhaitaient structurer davantage leur travail en vue de l'élaboration de projets individualisés. De plus ces réunions étaient désertées par les enseignants qui arguaient des instructions de l'inspecteur de l'AIS pour s'en abstenir.

Le travail collectif engagé a consisté à définir de nouvelles modalités de travail permettant de parvenir à cet objectif, de passer d'une réunion de synthèse annuelle tournée vers le passé, axée sur l'aspect informatif, à une réunion de projet privilégiant l'avenir et la prise de décision, d'instaurer une démarche de projet censée permettre la « production d'un plan

⁵⁴ Article 9 de l'annexe du décret n°89-798 du 27 octobre 1989.

d'action cohérent et personnalisé s'inscrivant dans le cadre du projet d'établissement visant à la promotion du bénéficiaire du service rendu »⁵⁵.

4.5.1. Le coordinateur, le document de projet et les phases de travail.

Afin de structurer davantage le service rendu, la nécessité d'un document inédit, véritable fil conducteur de la mise en œuvre du projet s'est rapidement fait ressentir. En effet, les comptes-rendus des réunions de synthèses ne permettaient pas de retracer avec précision le déroulement des initiatives réalisées au service de l'enfant.

Autre aspect, le suivi des projets et la coordination entre toutes ces facettes plaident également pour l'instauration d'une personne chargée de la coordination du projet de chaque enfant.

J'ai décidé après discussion, d'instituer les éducateurs dans cette fonction de coordination, estimant qu'ils étaient le plus à même d'exercer ce rôle en raison d'une part, de leur place d'intermédiaire constatée à mon arrivée, entre les personnels thérapeutiques et les enseignants et d'autre part, afin de renforcer la technicité de leurs interventions. Ainsi, depuis la rentrée 2002, chaque éducateur coordonne le projet de 4 ou 5 enfants.

Le document de projet a été élaboré et sa mise en service progressive a coïncidé avec la rentrée 2002. Ce document figurant en annexe 2 s'articule autour de quatre dimensions distinctes :

- une dimension de « bilan », visant à définir la situation du bénéficiaire.

Cette dimension est liée à la première phase de travail qui consiste à synthétiser : la situation sociale de l'enfant au moment de son accueil, les points forts et les points faibles en égard aux prestations de service de l'Institut de Rééducation (internat thérapeutique, psychothérapie, orthophonie, psychomotricité, adaptation et intégration scolaire) et les aspirations de l'enfant et les souhaits de la famille. Cette première phase suppose, une évaluation de la situation de l'enfant : selon l'enfant, selon les parents, selon les approches spécifiques des professionnels paramédicaux et pédagogiques.

- la seconde dimension celle dite de « négociation » concerne les étapes de discussion et de négociation avec la famille et l'enfant lui-même s'agissant des objectifs de promotion.

⁵⁵ LOUBAT J-R. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 1997. Chapitre 7, les étapes du projet personnalisé de promotion, pp 142-160.

Elle correspond à une seconde phase de travail relative à la définition des priorités d'action en fonction des finalités attendues par et pour l'enfant (acquisition scolaire, présentation de soi, développement de l'expression...).

- la troisième dimension vise à détailler les objectifs et méthodes précises à mettre en œuvre. Cette phase de travail correspondante vise à cerner l'action concrète des attitudes et des dispositifs à mettre en œuvre (entretiens thérapeutiques, attitudes spécifiques vis à vis de tel enfant, activité sportive...).
- la quatrième dimension, celle de l'évaluation est relative au suivi du projet personnalisé, de ses effets positifs et des effets à améliorer ou à amender. Nous avons choisi de mesurer l'évolution des compétences des enfants au moyen d'une grille émanant de l'ouvrage de Jean-René LOUBAT⁵⁶ adaptée au contexte de l'établissement. Cette grille identifie des compétences en différentes rubriques (autonomie, communication, socialisation, capacités opératoires) et sous rubriques. La phase de travail en rapport avec la dernière dimension consiste à retenir les indicateurs d'évaluation des effets, les échéances d'examen des effets et de l'instance d'évaluation, c'est-à-dire la prochaine réunion de synthèse.

Ces quatre dimensions et les phases de travail qui leur sont liées permettent de cerner les quatre missions du coordinateur de projet :

- celle de recueillir les informations concernant l'enfant,
- celle de présenter la situation de l'enfant, l'état de son projet et ses évolutions,
- celle de veiller au déroulement du projet, auprès des interlocuteurs concernés, de noter les évolutions ou non, les difficultés,
- celle d'être l'interlocuteur privilégié pour les professionnels de l'Institut de Rééducation, pour les parents, concernant les projets personnalisés des enfants dont il est le coordinateur.

L'étape suivante a consisté à redéfinir le rôle des différentes réunions afin qu'elles concourent à l'élaboration des projets personnalisés.

⁵⁶ LOUBAT J-R. Ibid, pp 169-170.

4.5.2. L'articulation des réunions de travail et l'enjeu global de la coordination.

La formalisation des projets personnalisés des enfants a été envisagée au moyen des réflexions, des analyses, des hypothèses issues des réunions d'admission et de synthèse, des réunions cliniques, et des réunions de projet.

Ce point révèle en filigrane un des enjeux capitaux du projet personnalisé et donc du projet d'établissement, celui de la coordination des intervenants autour du service rendu à l'enfant. Il s'agit bien, au-delà des identités professionnelles spécifiques, de créer une dynamique collective autour de l'objectif du projet personnalisé. Cette dynamique collective était en panne à mon arrivée par un manque de concertation et un fonctionnement clivé entre les différents professionnels. La formation engagée, les échanges fructueux qui en ont résulté, mon engagement personnel autour de cet objectif prioritaire, ont permis de remobiliser les différents professionnels sur les questions relatives au sens de notre action collective et des modalités de travail spécifiques de cette action sociale⁵⁷.

La réunion d'admission et de synthèse (hebdomadaire : 1h30)

Ces réunions réunissent les professionnels concernés par le parcours de l'enfant au sein de l'établissement (enseignant, psychologue, orthophoniste et psychomotricienne selon le cas, psychiatre, éducateurs du groupe, coordinateur du projet, directeur).

Co-animées par le directeur et le psychiatre, elles visent dans un premier temps (1h), à réaliser un bilan de la situation de l'enfant en sa présence et celle de ses parents, bilan annuel ou semestriel après la réunion d'admission. Le fil conducteur de ce bilan sera le document de projet une fois que celui-ci aura put être généralisé pour l'ensemble des 34 enfants, soit à la fin 2002. Cette évaluation s'effectue sur la base des orientations précises du projet ou du bilan précédemment effectué. Réunissant la famille et les professionnels elles sont un moment privilégié d'échange avec les parents. Des perspectives sont évoquées (activités, prises en charges, objectifs potentiels...) qui seront reprises ultérieurement avec les parents et l'enfant et entre professionnels dans le cadre des réunions de projet.

Dans un second temps, (30mn) les professionnels réalisent un « débriefing » de la synthèse en soulignant ses éléments clés et son déroulement.

⁵⁷ BOUTINET J-P. Ibid, p 281, « nous pouvons seulement constater que tous les projets collectifs qui se donnent à déchiffrer montrent le rôle central et déterminant, mais non exclusif, d'un acteur individuel, ou d'un petit groupe d'acteurs individuels, jouant le rôle de catalyseur »...qui va « exploiter les attentes sociales préexistantes au sein d'une organisation. De cette rencontre, ou mieux de cette conjonction naîtra le collectif d'action ».

Des premiers points de convergences autour d'objectifs, de questions et d'incertitudes sont soulignés. Les éléments diagnostiques psychiatriques (traits névrotiques, psychotiques) sont autant d'hypothèses et de repères autour desquels s'articulent les questions concrètes de l'abord de la problématique personnelle de l'enfant. L'ensemble de ces éléments consignés par le coordinateur de projet sera repris ultérieurement dans le cadre de la réunion clinique et la réunion de projet.

La réunion clinique (hebdomadaire : 1h)

Animée par la psychologue de l'établissement cette réunion a pour but d'explorer la problématique de l'enfant et d'envisager des hypothèses explicatives et thérapeutiques. Réunissant les éducateurs, l'enseignant, les maîtresses de maison et le directeur elle a, par le truchement de la dialectique des échanges, pour ambition de faire naître un savoir nouveau, élaboré en commun que chacun va pouvoir utiliser dans sa pratique quotidienne et dans son champ professionnel spécifique. Ce savoir nouveau qui s'élabore collectivement ne se constitue ni de façon univoque, ni de façon définitive et met en mouvement une dynamique de travail qui ouvre au changement et qui va à l'encontre de la routine et des impasses de la répétition. Afin de prendre en compte les contraintes horaires des différents participants, la réunion clinique comporte depuis la rentrée 2002, un ordre du jour minimum, à savoir l'évocation programmée de la situation d'une enfant liée à son actualité propre (par exemple sa situation en regard de son projet de sortie...) d'une durée de 30 mn environ. Le reste du temps est dévolu soit, aux questions d'actualité, celles de tel ou tel enfant soit à l'analyse d'une situation précise interrogeant les rapports interpersonnels des enfants et des adultes de l'établissement.

La réunion de projet (fréquence variable : 1h30)

Ne perdons pas de vue que la formalisation du projet personnalisé s'inscrit dans le temps. Ainsi, la réunion de projet ne sera possible qu'au terme d'un temps d'accueil, variable d'un enfant à l'autre, d'une situation à une autre. Néanmoins, dans le cadre du projet d'établissement, une période de 6 mois entre la réunion d'admission et la première synthèse a été retenue pour l'élaboration de premières hypothèses de travail. La réunion de projet sera décidée sur l'initiative du coordinateur de projet en rapport avec la réalisation progressive des différentes phases de travail mises en exergue précédemment (4.5.1. Le coordinateur, le document de projet et les phases de travail). Cette réunion de projet, à « géométrie variable » selon la spécificité des projets envisagés réunira les professionnels concernés. Les parents, l'enfant seront invités à y participer selon les phases travaillées. A cet effet, si la garantie institutionnelle de la mise en œuvre des projets incombe au directeur, la conduite du projet est de la responsabilité du coordinateur de projet.

5. Les moyens de l'action sociale.

Dans un premier temps, l'analyse des ressources humaines et matérielles à la disposition de l'établissement à mon arrivée m'a permis de retracer les évolutions récentes de l'établissement et de pointer les besoins prioritaires.

Dans un second temps, les travaux engagés dans le cadre du projet d'établissement ont orienté l'ordre des priorités en terme de moyens.

L'établissement dispose d'un budget de fonctionnement de 633 984 euros pour l'année 2002 dont 43 000 euros pour la section d'investissement. Le prix de journée s'élève à 110 euros/enfant pour l'internat et 84 euros pour le semi-internat.

L'association et mon prédécesseur ont dû engager fin 97 d'importants travaux de restructuration des bâtiments dont l'état de vétusté ne correspondait plus à aucune norme, ni d'hygiène, ni de sécurité. Ces investissements conséquents se sont élevés à 208 000 euros. Ils ont nécessité le recours à un emprunt dont les intérêts sont affectés au budget et le capital remboursé par la section d'investissement provenant de l'amortissement des biens restaurés (11 000 euros par an pendant 15 ans).

L'équilibre financier est correct, aucun déficit n'est enregistré depuis 1998.

D'autre part, le passage aux 35 heures s'est concrétisé le 24 septembre 2001. Une embauche compensatrice de 0,80 ETP d'éducateur spécialisé conformément à l'accord signé a été réalisée le 5/11/01. Le passage au 35h s'est effectué sans problème majeur. Les contraintes horaires conduisent cependant à une organisation plus fine des temps d'intervention et soulignent un besoin d'encadrement complémentaire.

Le ratio d'encadrement total (16,13 ETP/ 32 enfants) est de 0,50 encadrant par enfant contre une moyenne nationale de 0,62 (selon les chiffres du SNASEA de 1999)⁵⁸.

⁵⁸ S.N.A.S.E.A. (Syndicat National des Associations pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte), bulletin n°24, mars 199, p. 18.

5.1. Le renforcement des heures d'intervention des paramédicaux.

Le premier constat effectué reprend celui déjà réalisé par mon prédécesseur et concerne les heures disponibles pour les prises en charges paramédicales.

En psychothérapie : actuellement 15h hebdomadaires (10,5h techniques : *entretiens psychothérapeutiques, réunion avec les parents-enfants, test*, et 4,5h non techniques : *réunions cliniques, réunion institutionnelles, rédaction, documentation*). Une augmentation de 5h hebdomadaires est nécessaire compte tenu des besoins constatés (suivi de 18 à 20 enfants environ). L'augmentation des heures permettrait une prise en charge individuelle normale de 0,75h par enfant : 15h techniques augmentées de 5h non techniques soit 20h hebdomadaires totales.

En psychomotricité : actuellement 7,2h hebdomadaires. Une augmentation de 6,8h hebdomadaires répondrait aux besoins de prise en charge constatés (15 enfants x 0,75h = 11,25h) à laquelle il convient d'ajouter 3h de réunion de synthèse soit 14h hebdomadaires totales.

En orthophonie : actuellement 9,9h hebdomadaires. Une augmentation de 5h hebdomadaires répondrait aux besoins de prise en charge constatés (16 enfants x 0,75h = 12h) à laquelle il convient d'ajouter 3h de réunion de synthèse soit 15h hebdomadaires totales.

L'analyse des besoins fait donc apparaître un besoin hebdomadaire respectif de 5h en psychothérapie, de 6,8h en psychomotricité et 5h en orthophonie.

La discussion du budget 2002 n'a pas permis d'obtenir en totalité les heures sollicitées, l'autorité de tutelle proposant d'augmenter d'un tiers les temps d'intervention des paramédicaux pendant une période de 4 mois correspondant aux temps de bilan et de préparation des sorties des enfants qui quittent l'établissement. Le projet négocié avec la DDASS permet de tabler dès 2003 sur une pérennisation de ces heures complémentaires constituant une première avancée.

5.2. Le renforcement de l'encadrement et la coordination entre professionnels.

Le second besoin mis clairement en évidence par les enseignants et les éducateurs concerne le soutien des enseignants dans le cadre des classes et le soutien à la réalisation et à l'encadrement des projets identifiés dans le cadre des axes de travail transversaux (développés dans la troisième partie du mémoire au point 3. Sport, culture, informatique).

Le besoin d'encadrement supplémentaire en classe a été mis en évidence en 2001 et provient d'une conjonction de circonstances : d'une part, le renouvellement exceptionnel du nombre d'enfants (13 sur 32 alors que la moyenne des sorties s'établit plutôt à 7 ou 8 enfants), d'autre part, l'accueil d'enfants dont les retards scolaires étaient particulièrement importants et en décalage avec l'enseignement proposé (3 enfants ne possédaient pas les pré-requis pour un passage à l'école élémentaire). Enfin, il convient de compléter en mentionnant l'arrivée de deux enfants dont les troubles du comportement se manifestaient par une extrême agitation.

Après discussion avec les éducateurs et les enseignants, j'ai décidé la mise en place d'un soutien conséquent aux enseignants. Ainsi, ce sont 9 heures éducatives hebdomadaires qui ont été affectées à une classe qui concentrait les difficultés (la classe correspondant au Cours Préparatoire). La présence simultanée de 2 adultes en classe a permis de réorganiser la prise en compte des enfants par niveaux, en évitant l'accumulation des tensions.

Cette expérience a été l'occasion de travailler collectivement en fonction des priorités de prise en compte des enfants constatées dans le cadre de l'école. Je mentionnerai deux conséquences immédiates : la première, le renforcement de la notion d'équipe et l'atténuation des clivages entre professionnels ; la seconde, la préparation d'un projet d'embauche d'un personnel éducatif supplémentaire en apprentissage.

La finalité de ce projet était de contribuer à renforcer l'encadrement des classes et de concrétiser dans des conditions plus favorables les projets développés dans le cadre du projet d'établissement. Ce projet a été accepté par le CA puis par la DDASS en septembre 2002 et l'embauche d'une monitrice éducatrice en apprentissage a été réalisée en octobre 2002. Cette embauche permettra également de générer du temps pour la formalisation des projets individualisés et l'action des coordinateurs de projet.

5.3. La formation.

Le budget formation de l'établissement est assez serré et s'élève à 4 500 euros. La priorité en matière de formation a été d'engager des formations collectives, comme la formation au projet d'établissement qui s'est réalisée de décembre 2001 à avril 2002. Elle a pu s'engager grâce à un soutien spécifique de notre fond de formation continue.

Dans l'immédiat, la mise en oeuvre du projet d'établissement suppose une réflexion et un suivi collectif sur l'accompagnement et la mise en pratique des nouvelles méthodologies d'intervention (projets personnalisés, coordinateur de projet...). Ce suivi s'effectue d'une part, dans le cadre d'une réunion hebdomadaire (1h) avec les éducateurs et d'autre part dans le cadre de réunions institutionnelles (3h) intervenants toutes les 4 semaines.

La formalisation des documents d'évaluation nécessitera quant à elle nous le verrons plus loin, le support technique du CREA Alsace. S'agissant de la méthodologie de communication avec les familles et des compétences attendues en matière de négociation (Cf. Troisième partie : 1. Informer, associer les familles en vue d'une co-définition du parcours de l'enfant) il sera sans doute nécessaire d'engager une formation courte centrée sur les dispositifs et les méthodes de négociation.

De plus, pour les années à venir, les priorités identifiées en matière de formation concernent le thème de la maltraitance, le travail d'analyse des pratiques et la formation à de nouvelles modalités d'interventions complémentaires type SESSAD.

La formation des enseignants constitue aussi un enjeu déterminant car, confronté à la pénurie des personnels spécialisés, je considère que le directeur doit stimuler et favoriser l'accès des enseignants aux dispositifs de formation continue. Cette priorité doit être reprise dans le projet d'établissement.

Je m'emploie encore à ce que l'Institut de Rééducation soit également un lieu identifié de formation et de stage. Le projet d'embauche d'une monitrice-éducatrice en constitue l'exemple dans la mesure où la mise en oeuvre de ce projet implique la formation d'un maître d'apprentissage exerçant le suivi du parcours de la personne au sein de la structure.

Les conventions signées avec l'Ecole d'Éducateur Spécialisé, la SEGPA du collège voisin, et le Centre de formation des intervenants en musique répondent également à ce souci d'inscrire clairement l'établissement comme un lieu de formation.

6. La mise en oeuvre du projet, stratégie, planification et évaluation.

6.1. Stratégie et planification.

La phase de réalisation, une fois l'élaboration terminée peut se laisser réduire à 3 étapes essentielles, la planification, la gestion des écarts, l'évaluation. Cette phase de réalisation contrairement à la phase précédente obéit à une dominante temporelle : la gestion du temps devient un impératif essentiel pour mener à bien le projet⁵⁹.

La stratégie est chargée de gouverner l'action en regard du projet et des circonstances, en fonction d'une double référence : le projet entrevu, la situation analysée. La conception stratégique fortement tributaire de la planification (et donc axée essentiellement sur les aspects internes du projet) a été écartée au profit d'une conception à mon sens plus adaptée à la réalité du contexte de l'établissement car liée à l'environnement, c'est à dire aux aspects externes. Cette conception privilégie l'espace et non plus le temps. Elle valorise l'esprit de synthèse, débusque des opportunités et cherche à rendre les choix satisfaisants. Bref, elle semble pertinente en regard de la situation de l'Institut de Rééducation dans la mesure où elle permet une souplesse adaptée aux aléas et aux contraintes de l'action.

Ainsi, dans la réalisation du projet des opportunités ont déjà été saisies en matière d'organisation interne et de mise en cohérence du travail, en terme d'augmentation des capacités d'interventions des paramédicaux ou du renforcement de l'encadrement de l'équipe. D'autres en cours de réalisation (axes de travail transversaux, prise en compte des familles) seront examinés dans la troisième partie. Cependant, la réalisation du projet suppose d'en planifier la concrétisation dans le sens où l'a défini BOUTINET celle d' « un futur désiré entrevu à travers les moyens perçus pour y parvenir ». Elle suppose dans le cas de l'Institut de Rééducation St Ludan d'identifier les différentes phases de l'action à mener :

- phase de formalisation collective du projet (travail d'écriture),
- phase de coordination interne relative aux réunions et aux échanges entre professionnels,
- phase de structuration de l'accueil des enfants et de leur famille,
- phase de mise en œuvre des projets personnalisés,
- phase de concrétisation des axes de travail transversaux,
- phase de prise en compte des familles et expérimentation de nouvelles méthodes d'intervention,

⁵⁹ BOUTINET J-P. Ibid, Chapitre VIII. Eléments pour une méthodologie de la conduite de projet, pp 256-292.

Si les phases de coordination interne des différents intervenants, de structuration de l'accueil des enfants et de leur famille sont achevées, l'aboutissement de la formalisation du projet est prévue pour la fin de l'année 2002.

La mise en œuvre des projets personnalisés, la concrétisation des axes de travail transversaux et la prise en compte des familles et l'expérimentation de nouvelles méthodes d'intervention sont engagées et restent à travailler d'ici la fin de l'année 2003. La dernière phase suppose à mon sens, la mise en place d'un groupe d'analyse des pratiques qui pourrait démarrer en 2004.

La mise en pratique du projet implique continuellement la gestion des écarts entre ce qui est projeté et ce qui est réalisé, les imprévus auxquels faire face, les obstacles à surmonter, les décisions à prendre : la pratique garde son autonomie, tout en se laissant inspirer par le projet. Le travail qui reste à réaliser concerne précisément la définition des écarts acceptables. Ce travail s'effectuera début 2003, dans le cadre des réunions institutionnelles et sera présenté pour validation avec l'ensemble du projet devant le Conseil

6.2. L'évaluation

Un article récent des ASH⁶⁰ soulignait le principal enjeu lié à la généralisation et à l'inscription dans la loi du 2 janvier 2002 du principe de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, celui de l'amélioration de la qualité des services ou de l'uniformisation des pratiques selon la façon dont le dispositif se mettra en place.

La loi du 2 janvier pose le principe incontournable d'une évaluation interne, tous les 5 ans et externe, tous les 7 ans, des activités et de la qualité des prestations des 25 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle crée un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, chargé de valider ou d'élaborer les « bonnes pratiques » professionnelles et de donner son avis sur le cahier des charges et sur les organismes habilités. « Un marché à prendre, des positionnements associatifs à assurer, des outils d'évaluation à promouvoir et une éthique à défendre : les enjeux sont multiples, qui vont se traduire dans le contenu des décrets d'application dont certains projets circulent déjà ».

Dans cet environnement et dans l'attente de précisions concernant le cadrage global de cette question, comment mettre en œuvre dans le contexte du projet d'établissement une démarche d'évaluation dynamique qui puisse enregistrer les changements jugés positifs au

⁶⁰LALLEMAND D. *Les enjeux de l'évaluation*. Actualités Sociales Hebdomadaires, 24 mai 2002, n°2264, pp 31-32.

niveau des comportements des enfants, de leurs situations personnelles et familiales ou en lien avec des institutions diverses ? En d'autres termes, il s'agit là d'apprécier les effets de l'action sociale menée dans le cadre du projet.

Pour ce faire, il convient d'une part de formaliser les projets individualisés, les écrire et les construire autour des services rendus par l'Institut de Rééducation dans le cadre du projet d'établissement. Et d'autre part, cette démarche nécessite à mon sens, de poser le principe que les enfants et leurs familles puissent être juges de leur satisfaction.

Pour évaluer l'efficacité globale des actions de l'Institut de Rééducation, il convient de se situer prioritairement et c'est bien le sens du projet, au niveau de l'efficacité singulière de l'établissement pour chaque enfant. Cette évaluation régulière s'effectue dans le cadre des réunions de projet.

Elle se situe dans des registres différents, à la fois subjectifs et objectifs.

Concernant le *registre subjectif*, il s'agit de prendre en compte l'avis de l'enfant et de sa famille sur le service rendu et de mesurer leur assentiment. Cette question peut poser problème car elle suppose que l'enfant soit en capacité de formuler des choix ce qui n'est pas toujours le cas. Autre difficulté, les « multiples facettes » de la figure de l'usager qui ne sont d'ailleurs pas toutes compatibles entre elles. *A côté de l'usager « sujet de droit » à protéger des risques de « chosification » liées à toute prise en charge, se dessine le profil de « l'usager-client » à satisfaire par une prestation de qualité et de « l'usager-acteur » « ou « citoyen », co-producteur de l'action dont on recherche la participation*⁶¹. L'évaluation subjective à mettre en place devra distinguer ces différents registres en privilégiant celui, déterminant à mon sens d'acteur responsable.

Le *registre objectif* se situe quant à lui au niveau des missions à réaliser et qui visent à des changements chez les enfants. Il s'agit d'évaluer la situation du bénéficiaire en regard de ces missions, de cerner le domaine de ce qui peut être évalué puis d'identifier les critères pertinents permettant de donner une signification aux effets constatés dans le cadre des missions et de la déclinaison singulière de ces missions au travers du projet d'établissement. Ce travail collectif dont la réalisation est prévue début 2003, prendra appui sur les différents axes de la prestation proposée (une éducation spéciale prenant en compte les aspects

⁶¹ LARMIGNAT V. Participation des usager : déjouer les pièges de la rhétorique. Actualités Sociales Hebdomadaires, 25 janvier 2002, n°2247, pp 37-38.

psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation, notamment orthophonie, kinésithérapie, psychomotricité) et des moyens envisagés pour y parvenir (accueil, travail à plusieurs, mise en place des projets individualisés, travail avec les enfants et les familles, coordination de l'action et axes de travail transversaux).

III. Du renforcement des axes de travail transversaux à de nouvelles modalités de prise en compte des personnes.

1. Actualité, pertinence d'une démarche de prise en compte des familles.

Les textes stipulent que la famille « doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation »⁶².

La circulaire n°89-17 précise par ailleurs que la famille doit : « ...chaque fois qu'elle le désire, jouer un rôle actif dans la prise en charge... »⁶³. Ceci est confirmé par la loi du 2 janvier 2002, au chapitre des droits de la personne à garantir et notamment concernant sa « ...participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. »⁶⁴.

On se trouve donc dans un contexte où des parents acceptent de confier leur enfant à un établissement afin que ce dernier mette en œuvre, en concertation avec eux, un travail éducatif, pédagogique et thérapeutique⁶⁵. Il s'agit là d'un véritable travail de collaboration et de coproduction organisé de manière professionnelle et technique. Il est impératif de rappeler à ce niveau que l'inscription d'un enfant en IR nécessite l'adhésion de la famille⁶⁶, l'instance d'orientation, la CDES, ne prononçant qu'un avis. L'élaboration du projet qui en résulte doit ainsi se concevoir comme le point de convergence des avis de l'enfant, des parents ou des représentants légaux et des intervenants spécialisés.

Observons tout de même avec quelque recul historique que cette question ne va pas de soi. En effet, depuis quelques siècles, on assiste à un lent processus de réappropriation de l'enfant par la société, car les textes de lois nous indiquent que tout ce qui se fait pour le bien de la famille se justifie dans les textes par le principe de « l'intérêt supérieur de l'enfant ».

⁶² Article 3 de l'Annexe XXIV du décret n°89-798 du 29 juin 1989.

⁶³ Chapitre II, deuxième paragraphe de la circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989.

⁶⁴ Article L. 311-3 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.

⁶⁵ Si, comme l'indiquent Michel CAGNEUX et Pierre SOUTOU (Ibid., p54), la famille est rarement, dans le cadre des placements en IR, à l'origine de la saisine et que, dans la majorité des cas, la demande d'orientation émane du milieu scolaire, il n'en demeure pas moins que le placement de l'enfant passe par l'acceptation des parents.

⁶⁶ Sauf si l'IR bénéficie également d'habilitations au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) où de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), ce qui n'est pas le cas de l'IR St Ludan.

Le discours sur la famille s'est particulièrement élaboré au XIX^{ème} siècle, en même temps que les modes d'intervention du travail social ou ce qui le préfigurait⁶⁷. Ainsi, des discours stigmatisant les « mauvaises familles » ont préparé le terrain à l'idée de la famille de substitution, institutionnelle celle-là coïncidant avec l'avènement d'une prise en charge plus massive et étatique de l'action sociale. Les institutions de substitution se multiplièrent, bâties bien souvent sur un modèle militaire, carcéral ou conventuel, ou les trois à la fois comme l'a montré Michel FOUCAULT dans « Surveiller et Punir »⁶⁸.

Dans le milieu des années 70, on assiste à une inversion de logique : d'une logique de la séparation on passe à une logique du maintien des liens. Dans le champ de la prise en charge de l'enfance handicapée on parle ainsi dorénavant de suppléance familiale⁶⁹.

Du point de vue de l'action sociale en Institut de Rééducation, le problème consiste donc à éviter la disqualification de la famille, en évitant de se poser en rival de celle-ci et en instaurant de fait, une double contrainte fatale à l'enfant.

Il convient de rappeler que le droit d'avoir une famille est la condition *sine qua non* pour exister et posséder une identité en s'affiliant⁷⁰. La question à résoudre est celle d'une place à occuper en complémentarité de la famille s'agissant de la socialisation de l'enfant. L'orientation théorique du « travail à plusieurs » mentionnée dans la deuxième partie nous a déjà conduit à retenir un processus d'accueil et des éléments constitutifs d'une éthique de relation avec les parents. Mais le véritable enjeu de la relation avec la famille se situe dans l'élaboration commune du parcours de l'enfant, de son projet individualisé. Deux autres axes de travail peuvent être détaillés : l'implication des parents dans la vie de l'établissement et le

⁶⁷ISAAC J. *Discipline à domicile – l'édification de la famille*. Recherches, n°28, 1977.

⁶⁸FOUCAULT M. *Surveiller et Punir*. Paris : Gallimard, 1975.

⁶⁹DURNING P. *Education et suppléance familiale en internat, psycho-sociologie de l'internat spécialisé*. Paris : CTNERHI, 1986, diffusion PUF. L'expression, due à DURNING P., vise « l'action auprès d'un mineur visant à assurer les tâches d'éducation et d'élevage habituellement effectuées par les familles, mises en œuvre partiellement ou totalement hors du milieu familial, dans une organisation résidentielle ». L'expression de suppléance vient en complément de celle de substitution que l'on tend à réserver aujourd'hui pour qualifier les situations d'adoption. Substitution connote le remplacement du même par le même ; en revanche, si suppléance connote également l'idée de manque, ce qui vient combler en partie ce manque est supposé ne pas être de même nature que lui. En l'occurrence, l'institution n'a pas vocation à remplacer la famille, laquelle demeure, au moins en droit, toujours présente.

⁷⁰LOUBAT J-R. *ibid.*, p 214.

soutien nécessaire à certains parents pour être en mesure de contribuer efficacement à l'éducation de leur enfant⁷¹.

Dans le même temps que la formation relative au projet d'établissement, il m'a paru pertinent de consulter les familles afin d'appréhender leur degré d'information et de satisfaction vis-à-vis de l'établissement. Les trois axes de travail mentionnés plus haut ont donc constitué la trame d'un questionnaire adressé aux familles des enfants accueillis en mars 2002.

1.1. Etat des lieux.

27 questionnaires ont été rendus sur 32 envoyés. Les différentes rubriques du questionnaire ont été diversement renseignées. L'ensemble des résultats du questionnaire figurent en Annexe 3. Une réunion avec les parents organisée le 26 mars 2002 a été l'occasion de présenter, d'une part, le travail engagé dans le cadre du projet d'établissement, d'examiner les résultats du questionnaire et d'autre part, de prendre en compte les suggestions et remarques formulées directement par les parents.

1.2. Associer les familles à une co-définition du parcours de l'enfant.

La majorité des parents estime que leur avis concernant le parcours de leur enfant est suffisamment pris en compte (18 réponses). Ceci, principalement en raison du dialogue et du soutien de l'équipe éducative (3 réponses) ou parce qu'ils constatent des progrès (3 réponses).

Ce résultat plutôt encourageant à mon sens, indique que l'attitude de dialogue avec les familles constituait déjà une réalité tangible. Pourtant, si leur avis leur semble globalement pris en compte, on constate que les familles ont un avis plus nuancé en ce qui concerne la situation et le parcours de leur enfant. Ainsi, s'agissant des groupes (de vie à l'internat), si les parents estiment qu'ils disposent de suffisamment d'informations (21 réponses positives, 3 négatives), au niveau scolaire et thérapeutique les réponses sont plus partagées, près d'une famille sur deux estime ne pas disposer d'informations suffisantes.

En clair, les parents souhaiteraient voir les cahiers scolaires plus souvent et déplorent la faible fréquence des informations relatives aux prises en charges. En effet, au niveau

⁷¹ Ces 3 axes de travail distinct mais complémentaires sont mentionnés au chapitre « Approches transversales » du Schéma d'organisation médico-social en faveur des enfants et adolescents handicapés du Bas-Rhin 2002-2006, pp 99-100.

thérapeutique, les seules informations dont disposent la famille sont diffusées pendant la synthèse et dans le bulletin (mais elles se résument souvent à une simple phrase). Les parents souhaitent obtenir un programme de prise en charge avec la possibilité de faire des bilans intermédiaires.

Les familles sont très majoritairement d'accord (21 réponses positives) pour indiquer que des contacts plus fréquents avec les intervenants permettraient de renforcer leur place de la famille dans le projet individualisé de l'enfant. Concernant la forme que devrait prendre ces contacts, elles réclament des bilans écrits réguliers (18 réponses) et des réunions plus régulières (16 réponses positives). Selon les familles ces contacts plus fréquents devraient avoir lieu prioritairement au moment de *la mise en œuvre et l'évaluation* du projet de l'enfant (13 réponses positives), de *l'accueil* au sein de l'établissement (10 réponses positives), de *l'élaboration des objectifs et des moyens* (9 réponses positives).

Ces résultats éclairent à mon sens la situation de l'établissement dans la mesure où il existe un réel souci de communication avec les parents et les familles mais celui-ci n'est pas structuré autour de la définition du projet individualisé de l'enfant. En effet, pour associer la famille à la prestation de service de l'établissement, il est nécessaire de faire émerger d'une part, un projet d'établissement et d'autre part, un projet commun, un projet personnalisé adapté à la problématique de chaque enfant. C'est à partir d'une réflexion, d'un suivi et d'une évaluation conjointe de celui-ci que peut se nouer le dialogue entre professionnels et familles. Il ne suffit pas d'adopter une attitude propice au dialogue mais il convient de se doter également d'une méthodologie de travail adaptée. C'est bien le sens de notre projet d'établissement. La structuration des réunions de travail, la mise en place du coordinateur et des réunions de projet répondent me semble-t-il, à l'exigence de contact et de compte rendu écrit formulée par les familles.

L'entretien de négociation autour du projet de l'enfant me semble également primordial.

Ce moment de rencontre doit être travaillé. En effet, dans toute situation d'entretien, le contexte, le dispositif, le processus s'avèrent autant d'éléments déterminants de la dynamique de communication. Recevoir les parents à 6 éducateurs, sans préparation ni sur les buts de l'entretien, ni sur la gestion de sa procédure et du rôle des animateurs me semble particulièrement inadapté. Afin de contribuer à une meilleure appréhension du processus de négociation j'envisage l'organisation d'une formation sur ce thème.

Il me semble en définitive que c'est la capacité à exprimer une démarche logique dans les prestations de service de l'IR St Ludan qui constitue l'élément majeur d'une véritable collaboration avec les familles.

1.3. Les parents et la vie de l'établissement.

19 familles estiment disposer de suffisamment d'informations sur la vie de l'établissement et 6 familles déclarent le contraire. Les parents ne sont pas majoritairement favorables à la proposition d'organiser des réunions sur le thème de la vie de l'établissement (12 réponses négatives et 10 positives).

Ce constat doit à mon sens, d'une part, nous inciter à améliorer les supports d'informations en direction des familles tels qu'ils sont définis dans la loi du 2 janvier (livret d'accueil) et d'autre part, à trouver le cas échéant, une organisation originale souple et précise répondant à la vocation du Conseil de la Vie Sociale⁷². Il s'agit de réunir les parents de façon judicieuse et ceci en rapport avec leurs préoccupations où concernant des aspects déterminant de la vie de l'établissement. A ce titre, je mentionnerai deux exemples concrets :

a) le besoin d'information concernant l'orientation scolaire, les SEGPA, les établissements médico-sociaux (11 réponses). Ce besoin identifié a conduit à l'organisation d'une rencontre avec le directeur de la SEGPA du collège le plus proche. Des jeunes filles, ayant fréquenté l'établissement puis poursuivi leur scolarité en SEGPA et en Lycée Professionnel étaient également présentes, aux côtés de maîtres de stage (dont un parent). Les enfants concernés par un projet de sortie ont également participé à cette rencontre, avec les enseignants, des éducateurs et le directeur. L'ensemble des informations diffusées à cette occasion a fait l'objet d'un dossier transmis à l'ensemble des familles.

b) le ramassage scolaire : suite au passage aux 35h en septembre 2001, j'ai décidé de modifier le fonctionnement des tournées de ramassage des enfants, grandes consommatrices de temps éducatif (8h hebdomadaires) au profit d'un recours exclusif aux taxis. Cette modification avait pour but de recentrer l'intervention des éducateurs autour des enfants. Elle a eu néanmoins pour conséquence d'augmenter les dépenses de ramassage scolaire de façon importante (dépenses qui s'établissent à 56 711 euros pour l'année 2001, soit un dépassement de 11 739 euros par rapport à la dépense autorisée dans le rapport budgétaire de la DDASS (44 972 euros) et une augmentation de 19 970 euros par rapport au compte de résultat 2000 (36 740 euros). Constatant que pour 2002, le maintien de cette

⁷² Article L. 311-6 du CASF. Le conseil de la vie sociale ne sera cependant obligatoire que dans certains établissements ou services « afin de tenir compte de la diversité des modes de fonctionnement des organismes » (Rap. Sén. n°37, octobre 2001, Blanc, p 44). Pour les autres d'autres formes de participation sont possibles.

formule entraînerait une dépense prévisionnelle de 72 871 euros, j'ai décidé de présenter au CA du 7 décembre 2001, la remise à plat du ramassage scolaire.

La nouvelle organisation repose sur une implication des parents, sur la mise en place d'un point rencontre (le lundi et le vendredi) ainsi que des déplacements en autonomie de certaines jeunes filles (en tram, en bus, en train selon les possibilités et avec l'accord des parents). Pour joindre le point-rencontre une navette circule 2 fois par semaine de St Ludan à la Gare de Strasbourg (mobilisant 3h hebdomadaires). L'objectif consiste à trouver la solution la plus adaptée à chacun, à chaque enfant, à chaque famille dans un souci général de maîtrise des coûts.

La mise en place de la nouvelle formule a été effective à compter du 19 avril 2002. Ainsi, sur un effectif de 32 enfants 13 enfants, (40 %) n'ont plus recours aux taxis :

- 4 enfants rentrent en autonomie
- 9 enfants sont véhiculés par les parents à St Ludan ou au point rencontre
- 10 enfants sont véhiculés par les parents et par les taxis.
- 9 enfants se déplacent en taxis.

Au niveau du coût, fin mai 2002, on enregistre en comptabilité une dépense de 29 965 euros. De juin à décembre la dépense prévisionnelle a été évaluée à 19 818 euros (sur la base des déplacements actuels) portant la dépense prévisionnelle annuelle totale à 49 783 euros.

1.3. Du soutien aux familles à de nouvelles modalités d'intervention : la médiation en question.

En réponse à la question : souhaitez-vous l'organisation de rencontre entre parents dans le cadre de l'établissement afin de favoriser les échanges entre les familles autour de la situation des enfants ? les avis sont partagés (10 réponses favorables et 11 réponses défavorables). En revanche, les familles estiment que si ces réunions devraient bien avoir lieu, se serait plutôt en présence des professionnels (11 réponses) qu'en l'absence de ceux-ci (5 réponses).

Les remarques formulées par les parents indiquent que les rencontres semblent plus adaptées pour les parents des nouvelles. L'idée de ce type de rencontres peut se heurter à la difficulté des parents d'évoquer les situations vécues.

Le soutien aux familles peut également être abordé selon une autre approche, singulière, celle de la médiation. Cette pratique issue des Etats-Unis, s'appuie sur un mouvement de

délégalisation et de déjudiciarisation, née dans les années 60, appelé « Alternative Dispute Resolution » qui favorise les formes alternatives de résolution des litiges.

Dès les années 80, ce mouvement touche la France, sous la forme de la médiation familiale puis se répand dans le champ pénal⁷³, le champ scolaire, le domaine de la consommation, voire le champ social⁷⁴.

Dans un article intitulé « le pluralisme des modèles de justice »⁷⁵, Jean DE MUNCK revient sur le conflit des modèles idéologiques⁷⁶ qui divisent le champ de la médiation et propose une réflexion sur une sociologie des modes de résolution des conflits. L'hypothèse qu'il développe est que l'insistance de la problématique de la médiation dans nos sociétés contemporaines s'explique par une transformation profonde des modalités de la reproduction symbolique de nos sociétés, transformation qu'il évoque sous trois angles : la procéduralisation de l'acte de juger, les mutations des modes de socialisation, la transformation des rapports entre Etat et société civile. Il propose enfin quelques indications pour une reconstruction d'un modèle critique de la médiation qui fasse droit à une authentique ouverture normative et cognitive, tout en installant un dispositif pragmatique de médiation articulé au champ étatique.

Examinons rapidement les éléments clés de ce dispositif et envisageons ensuite sa pertinence en fonction de 2 situations précises.

Selon Jean de MUNCK, la médiation, se caractérise comme « la formalisation d'un conflit imposant des contraintes fortes à un processus de déconstruction des dogmatisations des acteurs et d'élaboration d'une solution ».

⁷³ FAGET J. *La médiation. Essai de politique pénale*. Paris, Eres (collection trajet), 1997.

⁷⁴ BONAFE-SCHMITT J-P. *La médiation : une justice douce*. Paris, Syros, 1992.

⁷⁵ DE MUNCK J. *Le pluralisme des modèles de justice*. La justice des mineurs. Quels modèles pour la justice des mineurs. (sous la direction de GARAPON A. et de SALAS D., Paris : édition Bruylant, collection : la pensée juridique moderne, 1995.

⁷⁶ L'auteur distingue 3 modèles : le modèle communautarien de la médiation, qui se fonde sur une critique de la justice formelle au nom d'une justice substantielle, qui trouve sa ressource dans les traditions d'une communauté historique ; le modèle contractualiste libéral prône la médiation en tant que dispositif souple permettant une rencontre directe des volontés (et des intérêts) sans intermédiaire (étatique) inutile ; le modèle thérapeutique, lui souligne l'intérêt de la médiation à la fois comme moyen de déconstruire l'objet du conflit mais également de prendre en compte le vécu émotionnel des personnes en litige. En fait, selon l'auteur, ces modèles idéologiques proposent des théories anhistoriques du lien social de la justice, de la nature humaine et en déduisent une théorie de la « bonne médiation ». En cela, ils ne permettent pas de rendre compte de manière critique et contextualisée de la construction de l'objet « médiation ».

Reprenons ces 3 éléments :

- en entrant en médiation les personnes acceptent une manière d'agir (une procédure avec ses règles) dans la perspective d'une solution.
- l'entrée dans le dispositif, entraîne une modification de la temporalité du litige qui se parle dans le temps fini des « séances » et qui évite les répétitions et les déplacements du conflit.
- la présence du médiateur en tant que tiers oblige les parties à une réorientation pragmatique de leur énonciation. Il s'agit d'une redéfinition de la norme locale d'une interaction par la reconnaissance pratique induite par la présence du tiers.

J'ai pratiqué la « médiation pénale » dans le cadre de mon emploi précédent au sein d'une association du secteur socio-judiciaire dont j'ai assuré la direction pendant 5 ans. Certaines situations rencontrées dans le cadre de l'IR St Ludan me permettent d'envisager une expérimentation prudente de cette pratique qui se situe néanmoins dans un cadre différent. Deux exemples peuvent illustrer cette analyse :

- a) Anne est une enfant de 8 ans accueillie en septembre 2001 à l'internat. Elle présente d'importants retards scolaires (conséquence d'une scolarité très irrégulière), des troubles psychologiques et psychomoteurs. Elle vit avec son beau-père Mr A et sa mère Mme D, enceinte et mère de 3 grands enfants (de pères différents) qui ne résident plus au domicile familial. Anne ne voit plus son père Mr B, depuis la séparation de ses parents il y a deux ans. L'ordonnance judiciaire prévoit néanmoins un droit de visite pour son père qui ne s'applique pas en raison de l'opposition de sa mère qui évoque à cet effet, la conduite suicidaire de son ex-conjoint. Mme D a fait appel de ce jugement et demande la suppression totale du droit de visite. Contacté par son père suite à son admission, je suis amené à la rencontrer, tout comme l'équipe éducative et à lui faire part de l'évolution de la situation de sa fille. Mr B rencontre ainsi périodiquement sa fille dans le cadre de l'établissement. Mme D en est informé. Anne est très heureuse des visites de son père qui s'enquiert de ses progrès, de ses difficultés. Le jugement en appel confirme le droit de visite de Mr B qui me demande la possibilité de rencontrer Mme D à l'établissement pour discuter d'une reprise du droit de visite. Considérant l'intérêt d'Anne, j'accepte cette proposition de médiation.
- b) Laurie a 12 ans, accueillie en semi-internat depuis 2 ans. Elle présentait lors de son arrivée un retard scolaire important dans l'apprentissage de la lecture et apparaissait fortement inhibée. Depuis le mois d'avril 2002, elle apparaît déprimée et triste. Elle

explique qu'elle ne s'entend pas avec sa mère sans vraiment pouvoir dire à propos de quoi précisément. Elle souhaite se dégager de cette situation en étant accueillie à l'internat. Les parents sont décontenancés et n'expliquent pas son attitude. Après discussion avec l'équipe je propose aux parents d'accueillir temporairement Laurie à l'internat en aménageant des entretiens avec ses parents pour évoquer la situation et les perspectives d'évolutions et de solutions. La proposition suivante recueille l'assentiment de Laurie et de ses parents.

Ces deux situations illustrent le possible usage de l'expérimentation d'une démarche de médiation. Ces tentatives de médiation impliquent comme préalable, l'accord des personnes concernées ainsi qu'une explication claire sur les objectifs et les modalités d'organisation des entretiens et des rencontres. En effet, aucun « mandat », aucune « commande » ne justifie l'intervention de médiateurs. La légitimité du médiateur repose, soit sur la demande des personnes elles-mêmes soit sur l'accord consenti des personnes après une proposition de médiation. Ces médiations vont débuter, leur déroulement, les problèmes rencontrés, leurs résultats, seront repris en réunion clinique afin de réfléchir collectivement aux implications de telles interventions et de tenter d'en dégager quelques principes collectifs permettant de fonder, dans le cadre spécifique de l'IR, les modalités d'une d'action sociale innovante.

2. Les objectifs d'une éducation spécialisée à l'IR St Ludan : de la réconciliation scolaire à la réintégration en milieu ordinaire.

Rappelons comme nous l'avons vu précédemment que l'annexe XXIV modifiée par le décret n°89-798 du 27 octobre 1989 précise dans ses dispositions générales (I), à l'article 1^{er}, que les IR ont pour vocation « la prise en charge d'enfants et d'adolescents qui nécessitent principalement une éducation spéciale prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation, notamment orthophonie, kinésithérapie, psychomotricité ».

Ce décret constitue également un texte majeur pour l'analyse des notions de projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'établissement d'une part et individualisé d'autre part. La circulaire N° 89-17 du 30 octobre 89⁷⁷, précise le contexte et la portée de ces dispositions réglementaires et conclut sur la destination des établissements concernés :

⁷⁷ relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants et des adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et service d'éducation spéciale.

« l'institut de rééducation se doit d'être un cadre tout autant thérapeutique que pédagogique afin d'éviter que l'enfant ou l'adolescent ne s'enferme dans la filière inéluctable du handicap ».

Les jeunes filles qui sont accueillies à l'IR St Ludan sont inscrites dans une reproduction d'échec scolaire massif, et exclues de l'école ordinaire. Souvent très perturbées et très instables, elles ont beaucoup de mal à s'adapter à un cadre scolaire. Par rapport aux problèmes, aux incapacités des élèves accueillies quelques objectifs semblent primordiaux. Ils ont été définis par l'équipe enseignante :

- réconcilier l'élève avec la classe (phase d'accueil),
- mettre ou remettre au travail les élèves, les inscrire, les réinscrire dans un processus dynamique d'apprentissage,
- mettre en évidence les capacités de chacun,
- rendre le plus autonome possible les élèves,
- prendre en compte les besoins des élèves, tenter de remédier aux manques d'acquis fondamentaux,
- préparer à l'intégration quand cela est possible,

2.1. La réconciliation scolaire.

L'objectif de l'IR étant davantage la réconciliation scolaire, que l'acquisition d'un ensemble de compétences des programmes, l'équipe pédagogique a fait le choix de limiter son action pédagogique à certains domaines. Il s'agit de l'enseignement du Français, en visant prioritairement les acquisitions des compétences de lecture et de connaissance du code, les Mathématiques, l'Education Culturelle (projet théâtre) et la pratique Sportive.

Cet objectif de réconciliation scolaire est fortement lié à l'élaboration du projet individualisé et en conséquence, également tributaire des interactions relationnelles entre l'enseignant et l'enfant. Une question essentielle est celle du rapport au savoir des enseignants souvent pénétrés d'une « légitimité a priori et en même temps très fragiles. Il se sentent immédiatement culpabilisés, alors que la question n'est pas là. Le problème est celui de processus qui fonctionnent dans la classe, en produisant de la réussite ou de l'échec. Il s'agit d'analyser des pratiques professionnelles et non de déterminer une responsabilité éthique »⁷⁸ faute de quoi, l'entière responsabilité porte sur les enfants et adolescentes, en « blâmant la victime ». Un tel constat, m'a amené dans le cadre du projet d'établissement, à

⁷⁸ BELORGEY J-M. *Lutter contre les discriminations*. Rapport à Madame la Ministre de l'emploi et de la solidarité, mars 1999.

convaincre les enseignants de la nécessité de participer aux réunions cliniques au moyen desquelles les interactions en jeu peuvent être décodées.

2.2. La réintégration en milieu ordinaire.

La mise aux normes n'est pas l'intégration. « L'intégration véritable suppose une adaptation réciproque de ce qui intègre et de ce qui est intégré. L'intégration est une co-présence et une co-génération tensionnelles d'un « extérieur » et d'un « intérieur »⁷⁹.

La conception introduite par les annexes XXIV dans laquelle l'internat se structure autour d'une double dynamique de projets : institutionnels et individualisés participe d'une conception dans laquelle, le retrait est une condition de ré-intégration (terme à mon sens plus approprié dans la mesure où il a fait suite à un mouvement d'exclusion). On rend possible à l'internat les conditions d'une réintégration à l'extérieur. Pourtant force est de constater que cet enjeu dépasse le cadre strict de l'IR et que ce processus de ré-intégration va se jouer dans un mouvement combinant « stratégie d'ouverture, de décloisonnement, de réduction de la durée des placements, de mise œuvre de projets visant l'insertion en milieu ordinaire »⁸⁰.

Les travaux engagés autour des projets personnalisés des enfants nous conduisent par exemple, à associer dans la mise en œuvre d'un « projet de sortie », la jeune-fille, ses parents, les professionnels de l'IR et les collègues, SEGPA ou autres structures. À aménager en concertation avec différents établissements, des possibilités de stages, de temps d'accueil et de découverte, des adolescentes et des parents.

À l'issue de leur placement des jeunes filles sont orientées soit en 6^{ème} ordinaire, soit en 5^{ème} ou 4^{ème} SEGPA (la majorité), soit en IMPro.

Les travaux engagés dans le cadre de la formation au projet d'établissement visent à préparer l'articulation du projet d'école et des projets pédagogiques au projet d'établissement et aux projets individualisés. Ceci, conformément à la mission de l'enseignant spécialisé prévue dans les textes⁸¹. Cette articulation a commencé à se concrétiser au moyen d'un

⁷⁹ BAREL Y. *L'intégration, le sens et le lien social*. Agir sur le lien social en Europe. Paris, éditions APASSE, 1990.

⁸⁰ JEAGER M. *Problématique actuelles de l'internat*. La nouvelle revue de l'AIS, n°7, 3^e trimestre 1999, pp 20-27.

⁸¹ « qu'il (l'enseignant spécialisé) élabore et articule le projet pédagogique ou l'aide individualisée aux projets des autres partenaires institutionnels et au projet global de l'école ou de l'établissement ».

premier travail centré d'une part, sur l'accueil et d'autre part sur la coordination, comme nous l'avons vu dans la 2ème partie du mémoire.

A ce titre, le projet d'établissement consiste à réinscrire l'école dans le projet global de l'établissement en développant la coordination globale des intervenants autour des questions liées au projet individualisé mais également autour d'axes de travail transversaux.

3. Sport, culture, informatique.

Définir dans le cadre des travaux liés au projet d'établissement des supports transversaux me semblait constituer une nécessité. En effet, à mon arrivée début 2001, j'ai été frappé par le nombre conséquent de projets que souhaitaient développer tel ou tel professionnel et ceci sans perspective d'ensemble. Dans le cadre du projet d'établissement, j'ai validé après concertation, quatre axes de travaux communs aux équipes éducative, pédagogique et thérapeutique.

Le sport : à mon arrivée, la pratique sportive en était réduite à la portion congrue. Faute d'articulation avec les enseignants et de locaux adaptés. Un programme relatif à la pratique sportive a été élaboré par le Professeur d'éducation physique et sportive. Dans le temps scolaire, les enfants iront à la piscine au 1^{er} trimestre, au 2^{ème} trimestre elles pourront pratiquer des sports collectifs en gymnase (mis à disposition à ma demande par la Mairie d'un village voisin), au 3^{ème} trimestre, elles pourront s'initier à l'athlétisme. Hors temps scolaire, et selon les projets individualisés, des créneaux de basket et de gymnastique ont été aménagés en partenariat avec les clubs locaux.

La culture : constatant le faible niveau culturel des enfants accueillis, les enseignants et les éducateurs ont élaboré un projet visant dans un premier temps, à faire découvrir aux enfants toutes les facettes du monde du spectacle (théâtre, musique, cinéma...) puis dans un second temps à concevoir et à réaliser un spectacle (Projet d'Action Culturel en préparation pour 2003).

Le projet informatique : en acquérant cette année 5 ordinateurs, j'ai décidé de concrétiser un projet initié par une éducatrice et une enseignante afin d'utiliser le support informatique comme moyen privilégié de réconciliation avec l'expression écrite, mais également comme

Référentiel de compétences annexé au décret 87-415 du 15 juin 1987, créant le Certificat d'Aptitudes aux Actions Pédagogiques Spécialisées d'Adaptation et d'Intégration Scolaires (CAAPSAIS).

support ludique et éducatif voire thérapeutique (logiciels d'orthophonie). Les jeunes filles pourront s'initier à la pratique de traitement de texte et ainsi se familiariser aux exigences de leur scolarité future (rapport de stages...).

4. Organiser une large délégation des missions.

Dans le contexte de l'IR St Ludan, la mise en œuvre des axes de travail transversaux, mais également le développement de l'ensemble du projet d'établissement ne peut s'envisager à mon sens sans une politique adaptée de délégation.

Ne disposant pas de chef de service, j'ai proposé puis fait valider par le CA et l'équipe des salariés le principe de la délégation de certaines missions. M'appuyant sur le cadre défini de mes propres délégations, j'ai pu avec les personnes concernées identifier les délégations que je tenais à mettre en place. C'est à dire à se « dessaisir dans les limites légales d'un ou plusieurs de ses pouvoirs en faveur d'un autre agent qui les exercera à notre place »⁸².

Ce qui suppose, une définition préalable par écrit des missions en question, puis d'en suivre la réalisation. Ainsi, la gestion des budgets éducatifs et loisirs et la préparation des transferts a été confié à un éducateur. Le développement des contacts avec les partenaires concernés par la mise en place des axes de travail transversaux a été délégué à une autre éducatrice. L'organisation et le suivi des modalités de transports ont été confiés à deux éducatrices en liaison avec le secrétariat de l'établissement. De la même façon, j'ai délégué à la seule enseignante titulaire du CAPSAIS la mission de coordonner la réalisation du projet d'école.

Une réunion mensuelle avec ces personnes et la psychologue qui représente l'équipe thérapeutique, me permet d'une part, de contrôler ces délégations et d'autre part, de prendre en compte par leurs observations, différentes questions concernant les secteurs particuliers. Ce système comporte cependant une limite et la perspective d'un développement des missions de l'IR via l'ouverture de places de SESSAD ne sera possible qu'au moyen notamment du recrutement d'un chef de service.

5. Le travail en réseau au service du parcours des enfants.

L'idée retenue dans le cadre du projet d'établissement consiste à susciter par des initiatives volontaires et réfléchies, des partenariats permettant de créer de réelles conditions d'ouverture, de décloisonnement et d'aménager les parcours individualisés des enfants.

⁸² VINCENT J. *Lexique de termes juridiques*. Paris, Dalloz, 1985, p 151.

Les partenariats envisagés concernent prioritairement, les écoles et les collèges ainsi que les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

S'agissant des écoles et des collèges de la circonscription, sont envisagés dans le projet, des actions de sensibilisation et d'échanges entre les équipes pédagogiques. La mise en place des projets personnalisés avec préparation de l'accueil dans les établissements concernés devraient nous conduire à formaliser à terme, des conventions de partenariat précisant les objectifs et les modalités expérimentés de ces parcours de réintégration. Enfin, un travail plus rapproché avec les enseignants du groupement scolaire élémentaire voisin, pourrait nous conduire à expérimenter des réintégrations individuelles.

Concernant le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, les initiatives en matière de partenariat visent prioritairement à associer l'IR et l'hôpital dans la définition fine et partagée de certains projets individualisés. Il s'agit en particulier d'enfants souffrant de troubles de la personnalité. Je considère qu'en matière de partenariat ma participation aux travaux de la CCPE locale représente un atout dans la mesure où elle me permet d'échanger avec les membres de la commission et de travailler à la concrétisation de possibles partenariats.

Une fois achevé, le projet d'établissement constituera un outil de communication pertinent permettant aux professionnels de l'établissement d'informer les partenaires institutionnels et autres des priorités de l'action sociale de l'IR St Ludan.

6. Une offre de service modulable (de l'internat au SESSAD).

Une des perspectives du projet d'établissement consiste nous l'avons vu, à inscrire l'internat en tant qu'espace social, rendant possible l'élaboration de parcours personnalisés d'enfants, impliquant l'intérieur et l'extérieur.

L'IR St Ludan dispose actuellement d'un agrément pour 24 filles en internat et 8 filles en semi-internat. Aménager le parcours des enfants c'est rendre possible des formules souples de prise en compte et ceci en fonction de l'évolution des enfants. Accueillir temporairement des enfants à l'internat, ou favoriser leur passage au semi-internat ou d'autres formules mixtes. Dans cet esprit, la perspective de créer à terme quelques places de SESSAD répond à la même exigence d'individuation des trajectoires des enfants accueillis.

CONCLUSION.

Arrivé au terme de son ouvrage, J-P BOUTINET se demande si les conduites du projet expriment une plus grande emprise des individus et des sociétés sur leur devenir ; ou bien si elles ne sont qu'une marque supplémentaire de leur extrême fragilité ?⁸³

L'examen des faits conduit l'auteur à opter pour le second terme du dilemme dans la mesure où cette emprise est précaire, « parce que traversée de part en part par quatre écarts majeurs » peu pris en compte et qui confèrent au paradigme «sa physionomie heurtée, accidentée ». Il s'agit de :

- l'écart entre la théorie de la formulation et la pratique de la réalisation,
- l'écart entre les logiques individuelles en présence et la logique collective,
- l'écart entre l'espace à aménager et le temps à anticiper,
- l'écart entre la réussite de l'action voulue et son échec inévitable.

Pour conclure, je souhaite évoquer deux de ces écarts, celui entre les logiques individuelles et la logique collective et celui entre la réussite de l'action voulue et son échec, dans la mesure où j'estime que leur dépassement engage plus spécifiquement ma fonction de directeur.

L'articulation entre les dimensions individuelles et la dimension collective apparaît comme un enjeu déterminant dans la conduite du projet d'établissement.

À la question qui produit le projet ?, on peut noter comme nous l'avons souligné précédemment (p. 53), que l'analyse des projets collectifs montrent le rôle central et déterminant, mais non exclusif, d'un « acteur individuel ou d'un petit groupe d'acteur jouant le rôle de catalyseur ».

Je considère que mon rôle, consiste à susciter et à prendre en compte ces attentes individuelles et à rendre possible cette rencontre entre la dimension collective et individuelle en inscrivant pleinement le projet dans une interaction avec son environnement social, hors duquel il se trouve dans l'impasse : « projeter c'est anticiper une action où je suis engagé avec autrui, une action qui doit être conjointe si elle veut être réalisable ».

⁸³ BOUTINET J-P. Ibid., La conduite de projet, une gestion paradoxale, pp 278-292.

Cette articulation n'est envisageable qu'au moyen d'une pratique affirmée de négociation avec les différents acteurs (administrateurs, salariés, enfants, parents, partenaires...) afin de renforcer leur niveau de mobilisation personnelle au sein du projet et d'explicitier « la règle fédératrice inspiratrice de l'action et fondatrice du contrat ».

Ainsi, assumer mon rôle de directeur me conduit à m'engager résolument dans ce « processus unificateur destiné à produire un lien social à dominante consensuelle » et qui s'inscrit dans l'esprit d'une action sociale envisagée elle-même comme processus.

Poser la question de l'écart entre réussite et échec me permet d'aborder le projet d'établissement à travers son devenir, sa réalisation, qui constitue en quelque sorte son épreuve de vérité, à travers laquelle il se concrétise, dans ses singularités novatrices comme dans les points les plus vulnérables.

Cette épreuve permet à « l'inspiration initiale de se confronter à la ténacité des faits ».

Dans le meilleur des cas, « l'inspiration est destinée à être confortée, souvent émoussée, amenant alors le mouvement de la résignation qui peut servir pour l'incubation de nouveaux projets ».

Il me semble capital en tant que directeur, de considérer qu'au terme de ce travail d'élaboration, la réussite du projet d'établissement, c'est à dire, « un certain accord entre ce qui a été projeté, ce qui est fait, et les différents coûts mis en œuvre », ne peut être que transitoire et provisoire.

S'il est trop tôt pour évaluer cet écart entre réussite et échec, dans les différentes dimensions du projet d'établissement de l'IR St Ludan, il convient d'intégrer dès maintenant cette réalité indissociable de la démarche de projet. Cette réalité me permet également d'établir un lien avec la question de l'évaluation de l'action sociale telle qu'elle est posée dans la loi du 2 janvier 2002.

En se polarisant d'une part, sur la promotion des droits de la personne et d'autre part, sur la question de l'évaluation, la loi développe dans son architecture une logique estimable mais qui pourrait se révéler limitative des droits de la personne par un usage trop normatif de procédures d'évaluation internes et externes, centrées sur des « bonnes pratiques » aujourd'hui encore indéfinies et laissées à l'approbation préalable du nouveau Conseil National de l'Évaluation⁸⁴.

⁸⁴ prévu à l'article 22 de la loi devenant l'article L 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Ce risque de normalisation s'il n'est pas fatal, doit néanmoins conduire le directeur à se confronter à cette question de l'évaluation dans la réalisation du projet afin, de faire valoir comme nous l'avons vu, l'issue problématique de toute démarche de projet d'établissement mais aussi, les points d'analyse et de procédure pertinents en regard des objectifs déclinés dans le projet. Ce travail à mon sens doit se mener en lien avec les réseaux nationaux regroupant les instituts de rééducation (Aire, ANCE).

Arrivé au terme de ce mémoire j'insisterai sur l'enrichissement personnel qu'à constitué ce travail de rédaction, tant par la découverte d'un champ d'action sociale que par les efforts de distanciation qu'il a mobilisé.

Ma responsabilité de directeur consiste aujourd'hui à faire vivre cette conception du projet, mélange instable de réussite et d'échec, afin de réaliser au sein de l'IR St Ludan, une action sociale marquée d'une autonomie limitée mais effective, en tenant compte des échecs comme « élément d'interrogation et de stimulation pour agir résolument, sans trop d'illusion, ni trop de résignation » et en prenant appui sur ses réussites comme élément de mise en confiance et de motivation.

Bibliographie

Ouvrages et articles

ARENDR H. *Condition de l'homme moderne*, Paris : Calmann-Lévy, 1983.

ARENDR H. *La crise de la culture*. Paris : édition Folio-essais, 1989.

BAIO V. *Se faire champ*. Les cahiers psychanalytiques de l'Est, n°10, automne 2001.

BALTZER G. *Les institutions dans leur fonction symbolique de père*. Bulletin mensuel du CREA
Alsace, novembre 1996.

BAREL Y. *L'intégration, le sens et le lien social*. Agir sur le lien social en Europe. Paris : éditions
APASSE, 1990.

BONAFE-SCHMITT J-P. *La médiation : une justice douce*. Paris : Syros, 1992.

BOUTINET J-P. *Anthropologie du projet*. Paris : Presses universitaire de France, 2001.

BRIOLE .G. *Des psychanalystes en institution*. La lettre mensuelle de l'Ecole de la Cause Freudienne,
n°211, septembre 2002, p19-24.

CASTEL R. *L'ordre psychiatrique*. Paris : éditions de Minuit, 1977.

DE MUNCK J. *Le pluralisme des modèles de justice*. La justice des mineurs. Quels modèles pour la
justice des mineurs. (sous la direction de GARAPON A. et de SALAS D., Paris : édition Bruylant,
collection : la pensée juridique moderne, 1995.

DURNING P. *Education et suppléance familiale en internat, psycho-sociologie de l'internat spécialisé*.
Paris : CTNERHI, 1986, diffusion PUF.

FAGET J. *La médiation. Essai de politique pénale*. Paris : Eres (collection trajet), 1997.

FOUCAULT M. *Surveiller et Punir*. Paris : Gallimard, 1975.

FUSTIER P. *L'infrastructure imaginaire des institutions. A propos de l'enfance inadaptée*. L'institution et les institutions, ouvrage collectif, Paris : Dunod, 1991.

IMBERT F. *La question de l'éthique dans le champ éducatif*. Paris, Pi-Matrice, 1987.

ISAAC J. *Discipline à domicile – l'édification de la famille*. Recherches, n°28, 1977.

JEAGER M. *Problématique actuelles de l'internat*. La nouvelle revue de l'AIS, n°7, 3^e trimestre 1999.

LAFON R., *Psychopédagogie médico-sociale*. Paris, 1950.

LALLEMAND D. *Les enjeux de l'évaluation*. Actualités Sociales Hebdomadaires, 24 mai 2002, n°2264, pp 31-32.

LARMIGNAT V. *Participation des usager : déjouer les pièges de la rhétorique*. Actualités Sociales Hebdomadaires, 25 janvier 2002, n°2247.

LOUBAT J-R. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 1997.

MILLER J-A. *Produire le sujet ? Actes de l'Ecole de la Cause freudienne, La clinique psychanalytique des psychoses*, pp 50-52.

MUCCHIELLI L. *Violence et insécurité*. Paris : La Découverte, 2001.

PETIT O., DERENNE C. *A la recherche de nouvelles formes de citoyenneté. Qu'est-ce que l'utilitarisme ? La revue du MAUSS*, 2^e semestre 1995, n°6.

PETITMANGIN F. *Présentation de la C. D. E. § Les colonnes d'Epsos*, imprimé au CREA de Lorraine, juin 2000, n°68.

RENAUT A. *La libération des enfants. Contribution philosophique à une histoire de l'enfance*. Calmann-Lévy : Paris, 2002.

RICOEUR P. *Avant la loi morale : l'éthique*. Encyclopédia Universalis, supplément II, les enjeux. Paris, 1985.

TRICART J-P. *Initiative privée et étatisation parallèle. Le secteur dit de l'enfance inadaptée*. Revue française de sociologie, 1981, n°XXII.

VERDIER P. *Promotion du droit de la personne dans la famille et les institutions*. Journal du Droit des Jeunes, juin 2002, n° 216.

VINCENT J. *Lexique de termes juridiques*. Paris : Dalloz, 1985.

WELSCHINGER R., *Prise en compte de la famille dans le cadre du projet d'un Institut de Rééducation*. ENSP, CAFDES, 1999.

Textes de loi, décrets, circulaires et rapports publics.

BELORGEY J-M. *Lutter contre les discriminations*. Rapport à Madame la Ministre de l'emploi et de la solidarité, mars 1999.

BIANCO J-L et LAMY P. *L'aide à l'enfance demain, contribution à une politique de réduction des inégalités, rapport présenté au ministère de la santé et de la Sécurité Sociale*, collection étude et document, 1980.

BRUEL A. *Assurer les bases de l'autorité parentale pour rendre les parents plus responsables*. Paris : la documentation française, 1998.

DEKEUWER-DEFOSSEZ F. *Rénover le droit de la famille : propositions pour un droit adapté aux réalités et aux aspirations de notre temps*. Paris, la documentation française, 1999.

FABIUS L., BRET J-P. *Droits de l'enfant, de nouveaux espaces à conquérir*, rapport n° 871 Assemblée Nationale, 1998.

GAGNEUX Michel, SOUTOU Pierre, Rapport de l'IGAS (Inspection générale des Affaires Sociales) n°1999006, sur les instituts de rééducation, janvier 1999.

THERY I. *Couple, filiation et parenté aujourd'hui, le droit face aux mutations de la famille et de la parenté*. Paris : Odile Jacob - La documentation française, 1998.

ZECCA M. *Instituts de rééducation et « troubles du caractère et du comportement » comme symptôme du vacillement des repères anthropologiques et politiques*, IGAS,

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n°84-422 du 6 juin 1984 relative aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance et au statut des pupilles de l'Etat.

Décret n°89-798 du 29 juin 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956 modifié.

Convention internationale relative aux droits des enfants, adoptée par l'ONU le 20 novembre 1989, ratifiée par la France le 2 juillet 1990 (loi n°90-548).

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale.

Circulaire n° 89617 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants et adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et service d'éducation spéciale.

Le schéma d'organisation médico-social en faveur des enfants et des adolescents handicapés du Bas-Rhin 2002-2006.

Liste des annexes

Annexe 1 : programme de formation au projet d'établissement.

Annexe 2 : document type de projet personnalisé.

Annexe 3 : résultats du questionnaire adressé aux familles en mars 2002.

Annexe 1 : programme de formation au projet d'établissement.

CREAI ALSACE

Proposition pour une formation à l'élaboration d'un projet d'établissement

1. La demande de l'Institut Saint Ludan

L'Institut de rééducation (IR) Saint-Ludan de Hipsheim, géré par l'Association Saint-Ludan, accueille 32 filles, dont 24 en internat et 8 en semi-internat.

Ces enfants souffrent de troubles de la conduite et du comportement nécessitant une prise en charge en établissement spécialisé.

Anciennement Institut médico-professionnel, l'établissement a vu son agrément passer à celui d'IRP en 1996. L'Institut Saint-Ludan a été géré par une communauté religieuse jusqu'en 1997, date à laquelle est entré en fonction le premier directeur laïc de l'établissement.

Une tâche importante de cette nouvelle direction a été de mettre l'établissement en conformité avec les normes en vigueur, ce qui a conduit à une rénovation complète des locaux.

Aujourd'hui, après un changement de directeur, l'association et les professionnels de l'établissement souhaitent élaborer un projet d'établissement, conformément aux attentes des autorités, mais aussi de manière à disposer d'un outil au service de la dynamique institutionnelle et de la lisibilité de leurs actions.

La formation proposée ci-dessous devra permettre aux acteurs concernés de s'approprier la démarche de projet, dans ses dimensions théoriques et pratiques, et d'être en capacité d'élaborer leur projet d'établissement.

A l'issue de cette formation pourra être engagée l'élaboration d'un projet d'établissement caractérisé par :

- sa cohérence,
 - sa conformité aux valeurs à l'œuvre dans l'institut,
 - son adaptation aux besoins et attentes des jeunes filles accueillies ainsi qu'à celles des partenaires de l'institut (et donc en mesure d'évoluer en fonction de l'évolution de ces besoins et attentes),
- son inscription dans le dispositif régional de prise en charge des jeunes en difficulté.

L'institut Saint-Ludan disposera également d'un outil de communication complet de ses actions, garant de leur transparence.

En se fondant sur la prise en compte du public accueilli, des pratiques professionnelles, des valeurs de l'association et des professionnels, ainsi que des diverses dimensions de son environnement (juridique, sociale, économique, institutionnelle...), cette formation pourra conduire à une réflexion globale et continue sur la prise en charge proposée par l'Institut Saint-Ludan, dans le cadre d'une méthodologie de projet.

2. Le public concerné

La volonté de l'association gestionnaire ainsi que des salariés étant d'associer l'ensemble des professionnels de l'établissement à l'élaboration de ce projet, la formation s'adressera à la totalité du personnel médico-social, c'est-à-dire 18 personnes :

- direction - administration : 2 personnes
- équipe éducative : 8 personnes ;
- services généraux : 4 personnes ;
- personnel para-médical : 4 personnes.

3. Les objectifs de la formation

Pour les stagiaires, la formation a pour objectif :

- d'être en mesure d'entrer dans une culture de projet,
- d'appréhender les enjeux de l'élaboration du projet d'établissement,
- de saisir les conséquences de la culture de projet pour leur travail quotidien,
- de situer leur établissement et son action dans le cadre du dispositif départemental et national de prise en charge des jeunes souffrant de troubles du caractère et du comportement,
- de situer leur action par rapport aux principaux textes législatifs en vigueur,
- d'entrer dans une dynamique d'évolution sur la base du projet,
- individuellement, d'être en capacité de participer d'une manière active à l'élaboration du projet, et collectivement, d'être en mesure d'élaborer ce projet.

4. Le contenu de la formation

Son objectif étant la préparation à l'élaboration du projet d'établissement, cette formation comporte quatre parties interdépendantes et articulées entre elles, allant d'une approche générale de la notion de projet et de ses dimensions institutionnelles et organisationnelles à une préparation pratique de son écriture, en passant par une analyse de son contenu et de ses modalités de mise en œuvre.

Au total, la formation occupera 11 journées ; elle débutera au mois de décembre 2001 et s'achèvera au mois d'avril 2002. Les 11 journées se répartiront comme suit :

- présentation et restitution à l'ensemble du personnel 1 journée
- pour le groupe 1 :
 - Première partie : Approche institutionnelle 2 journées
 - Deuxième partie : Développement du projet 4 journées
 - Troisième partie : Mise en œuvre du projet 1 journée
 - Quatrième partie : Vers l'écriture du projet 1 journée
- pour le groupe 2 : 4 demi-journées

Première partie : Approche institutionnelle

A INTRODUCTION AU PROJET D'ETABLISSEMENT

la notion de projet : approche générale et critique

la notion de projet dans le cadre du dispositif médico-social :

- le projet comme support de travail
- le projet comme fondement de la dynamique institutionnelle
- le projet comme outil de référence
- le projet comme outil de communication

la structure du projet d'établissement

les différentes procédures d'élaboration du projet et la place des acteurs

la mise en œuvre du projet (planification, évaluation, évolution)

B LES DIMENSIONS INSTITUTIONNELLES ET ORGANISATIONNELLES DU PROJET

1. Le cadre juridique

les principaux textes réglementaires de référence

comment transformer la contrainte en support

2. L'organisation d'un établissement

L'évaluation du fonctionnement de l'établissement comme préalable à l'élaboration du projet :

structure, stratégie, décision et identité

les acteurs dans la structure

3. Culture professionnelle et culture d'établissement

le système de valeurs du secteur médico-social

les conceptions éducatives

éthique et déontologie

l'histoire et les valeurs de l'établissement

Deuxième partie : Les grands axes du projet

A LA PRISE EN CHARGE DU PUBLIC

La population accueillie dans les IR : rappel des définitions des troubles de la conduite et du comportement, et approche socio-démographique (données nationales et régionales).

1. Admission et modalités d'accueil

l'accueil et la construction du sens du placement

les outils de l'accueil : livret, visites, entretiens (avec l'enfant et avec les parents)

2. Le projet individuel

les acteurs de l'élaboration du projet individuel

la place de l'enfant dans l'élaboration de son projet

la mise en évidence des besoins et attentes de l'enfant

le travail pluridisciplinaire : comment articuler les actions des divers professionnels autour du projet de l'enfant

l'évaluation du projet individuel et son évolution

3. La vie collective dans l'établissement

organisation des journées

la participation des enfants accueillis à cette organisation

le règlement intérieur

B LA PRISE EN COMPTE DES FAMILLES

dans l'élaboration du projet d'établissement

dans la vie de l'établissement (Conseil d'établissement)

dans le cadre du projet individuel de leur enfant

C PARTENARIAT ET OUVERTURE SUR L'EXTERIEUR

connaissance de l'environnement / repérage des ressources

mise en place des partenariats : choix des partenaires, formes du partenariat

D LES MOYENS

les ressources humaines

les ressources financières de l'établissement

l'architecture (adaptation aux normes, adaptation au projet)

Troisième partie : Mise en oeuvre du projet

les modalités de suivi

méthodologie d'évaluation du projet

les réajustements par rapport aux objectifs

la prise en compte des évolutions de l'environnement

Quatrième partie : vers l'écriture du projet

A LES MOYENS DE L'ELABORATION DU PROJET

l'écrit comme pratique professionnelle

l'utilisation des écrits

l'organisation du travail d'élaboration : échéancier, modalités de participation, recherche documentaire, élaboration d'outils (grilles d'entretien, indicateurs...)...

B CHOIX D'UN PLAN

les éléments du contenu

leurs articulations

Annexe 2 :

Institut de Rééducation St Ludan

RN 83 - 67150 HIPSHEIM

Tél 03 88 64 00 33

Fax. 03 88 68 58 16

IR.ST-LUDAN@wanadoo.fr

Projet personnalisé de promotion du bénéficiaire

Nom du bénéficiaire :

Responsable du projet :

Projet initié le :

Motivation de la prestation

→Personne ou organisme à l'origine de la demande :

→Demande globale vis à vis de la prestation :

1. Bilan de la situation du bénéficiaire

Points forts

Points faibles

→Observations

2. Axes prioritaires de promotion

Zones fortes

Zones faibles

→Observations

2. Négociation : avis du bénéficiaire et de sa famille

Points d'accord

Points de divergence

→Observations

Proposition des partenaires

Des professionnels

De la famille

→Observations

3. Méthodes : objectifs et moyens à mettre en oeuvre

Objectifs opératoires

Dispositifs, attitudes, ressources	Personnels concernés	Echéances

3. Evaluation : suivi du projet personnalisé

Effets positifs du service rendu

Effets à améliorer ou à réviser

→Observations

Annexe 3 :

Résultat du questionnaire envoyé aux familles en mars 2002

27 questionnaires ont été rendus sur 32. Les différentes rubriques du questionnaire ont été diversement renseignées.

1. Les parents et le projet individualisé de l'enfant

Actuellement, pensez-vous que votre avis concernant le parcours de votre enfant est suffisamment ou insuffisamment pris en compte ?

Les parents estiment que leur avis concernant le parcours de leur enfant est suffisamment pris en compte (18 réponses)

Pourquoi ? En raison du dialogue et du soutien de l'équipe éducative (3 réponses)

Parce qu'ils constatent des progrès (3 réponses)

6 familles estiment que leur avis est insuffisamment pris en compte

Pourquoi ? Parce qu'un suivi plus approfondi est souhaité (1 réponse)

Parce leur enfant a perdu du poids (1 réponse)

Parce qu'ils souhaitent plus de travail scolaire (1 réponse)

Parce que leur enfant pose des problèmes le W-E (1 réponse)

Parce que leur enfant ne se brosse pas les dents (1 réponse)

Disposez vous de suffisamment d'informations sur le parcours et la situation de votre enfants au sein de l'établissement ?

Les parents estiment qu'ils disposent de suffisamment d'informations sur la vie de leur enfant *au groupe* : (21 réponses positives, 3 réponses négatives).

Concernant *le parcours scolaire* les informations sont estimées suffisantes pour 13 familles et insuffisantes pour 11 familles.

S'agissant des *prises en charge thérapeutiques* les informations sont estimées suffisantes pour 13 familles et insuffisantes pour 12 familles.

Selon vous, qu'est ce qui peut contribuer à renforcer la place de la famille dans le projet individualisé de l'enfant ?

21 familles estiment que des contacts plus fréquents avec les intervenants permettraient de renforcer la place de la famille dans le projet individualisé de l'enfant (3 familles ne sont pas de cet avis).

Concernant la forme que devraient prendre ces contacts, se sont les *bilans écrits* qui sont mentionnés en premier (18 réponses positives, 1 réponse négative). Puis viennent les *réunions régulières* (16 réponses positives, 3 réponses négatives) et les *appels téléphoniques* (12 réponses positives, 3 réponses négatives).

Dans les autres formes de contacts sont mentionnés les cahiers scolaires à signer (1 demande) ainsi que les compte-rendus trimestriels de prise en charge thérapeutique (1 demande) et la visite à domicile (1 réponse).

Ces contacts plus fréquents devraient avoir lieu prioritairement au moment de :

- *la mise en œuvre et l'évaluation* du projet de l'enfant (13 réponses positives, 2 négatives),
- *de l'accueil* au sein de l'établissement (10 réponses positives, 4 réponses négatives),
- *de l'élaboration des objectifs et des moyens* (9 réponses positives, 2 réponses négatives).

Seriez-vous intéressé par des réunions thématiques avec des professionnels ?

14 familles se déclarent intéressées par cette proposition. Les thèmes à aborder en priorité sont :

- l'orientation scolaire, les SEGPA, les établissements médico-sociaux (11 réponses)
- sur l'orthophonie (2 réponses)
- la psychomotricité (2 réponses)
- la psychologie (1 réponse)

2. Les parents et la vie de l'établissement

Disposez vous de suffisamment d'informations sur la vie de l'établissement ?

- 19 réponses positives à cette question
- 6 réponses négatives. Les informations citées faisant défaut concernent *le cahier et les emplois du temps scolaires* (2 réponses) *le programme de l'établissement à long terme* (1 réponse), et *les intervenants de l'établissement* (1 réponse).

Souhaitez-vous des réunions régulières afin de vous prononcer sur ce thème ?

Les parents ne sont pas majoritairement favorables à cette proposition (12 réponses négatives et 10 réponses positives)

Une famille indique que le cahier rend bien cette fonction.

Quels sont les aspects de la vie de l'établissement qui vous semblent nécessaires d'aborder en priorité avec les familles ?

- les poux (3 réponses)
- les aspects de la vie scolaire, le travail scolaire (2 réponses)
- le comportement au sein de l'établissement (1 réponse)

3. Le soutien aux familles

Souhaitez vous l'organisation de rencontre entre parents dans le cadre de l'établissement afin de favoriser les échanges entre les familles autour de la situation des enfants ?

Si les avis sont partagés sur cette proposition (10 réponses favorables et 11 réponses défavorables), en revanche, les familles estiment que si ces réunions devraient avoir lieu, se serait plutôt en présence des professionnels (11 réponses) qu'en l'absence de ceux-ci (5 réponses).

Ces réunions devraient avoir lieu : *avant la fin du premier trimestre* (1 réponse) *le soir* (1 réponse), *en fin de semaine* (1 réponse) *1 fois par trimestre* (1 réponse), *le mercredi* (1 réponse), *1 fois tous les deux mois* (1 réponse).