



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Date du Jury : **2003**

**CRÉER L'ACCUEIL À LA CARTE
EN INTERNAT D'IR
POUR INDIVIDUALISER LA PRISE EN COMPTE
DES BESOINS DE L'ENFANT**

Paul ACCARY

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : L'INSTITUT DE REEDUCATION HERITIER DE L'HISTOIRE ET INSCRIT DANS UN CADRE LEGAL	3
1 - UN BREF RETOUR SUR L'HISTOIRE	3
1.1 De l'assistance à la correction	3
1.2. De l'idée d'incurabilité au concept de troubles du caractère	4
1.3. La création du centre Bourneville	7
1.4. Les effets du changement des dispositions du cadre réglementaire : 1991 – 1993.....	8
1.5. Dix ans d'évolution maîtrisée de la structure	8
1.6. L'Association	9
2. LA POPULATION ACCUEILLIE.....	10
2.1. Caractéristiques de la population orientée vers l'•R.	10
2.2. Les enfants et adolescents admis au centre Bourneville	13
3. UN DISPOSITIF COMPLEXE AU SERVICE DES JEUNES.....	23
3.1. La procédure d'admission.....	24
3.2. L'organisation des services agréés.....	24
3.3. Mutualisation des moyens et partenariats : des services complémentaires...	28
3.4. Les ressources humaines.....	30
3.5. Les ressources financières	31
4. L'EVOLUTION DE L'INTERNAT VERS SA FONCTION MODERNE.....	32
4.1. L'internat d'hier à l'internat en IR.....	33
4.2. Les espaces de l'internat médico-social	35
DES CONSTATS AUX HYPOTHÈSES ET PERSPECTIVES	40
DEUXIEME PARTIE :	

REORGANISER L'INTERNAT EN PROPOSITIONS DE SERVICE.....	41
5. FAIRE UN CHOIX STRATEGIQUE DE MANAGEMENT	41
5.1. Le temps de la réflexion stratégique	41
5.2. L'appui sur la dynamique institutionnelle	42
5.3. La mise en place d'un groupe projet.....	44
5.4 Les objectifs du projet de service.....	49
6. DEFINIR L'ACCUEIL A LA CARTE EN INTERNAT	50
6.1. Des concepts de base du projet d'établissement.....	50
6.2. Le service rendu par l'internat	52
6.3. • ndividualiser les modalités	53
6.4. L'accueil à la carte	55
6.5 Les grandes lignes d'une nouvelle organisation.....	56
7. ANALYSER LA FAISABILITE DU PROJET ET PREVOIR LES REPERCUSSIONS FINANCIERES, HUMAINES ET ASSOCIATIVES	58
7.1 Une gestion financière au service du projet.....	59
7.2 Quel intérêt pour l'établissement ?	62
7.3 L'enjeu d'une consolidation de la mobilité interne	63
7.4 Une attention soutenue portée au climat social.....	64
7.5. Aiguiser ses outils de gestion des ressources humaines.....	66
7.6 L'inscription dans le projet associatif	68
8. CONTINUER LA MISE EN ŒUVRE D'UN SERVICE DE QUALITE.....	68
8.1 La démarche qualité.....	69
8.2 La mise en place d'une démarche d'évaluation de la qualité et des pratiques	73
8.3 Repenser le partage de l'information et la communication	75
CONCLUSION	78

Liste des sigles utilisés

ADAGES : Association de développement d'animation et de gestion d'établissements spécialisés

AFNOR : Association française de normalisation

AFS : Accueil familial spécialisé

AÝRe : Association des instituts de rééducation

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANCREA : Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées

ARTT : Aménagement et réduction du temps de travail

CAT : Centre d'aide par le travail

CCPE : Commission de circonscription préélémentaire

CDES : Commission départementale de l'éducation spéciale

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CLÝS : Classe d'intégration scolaire

CREAHÝ : Centre régional d'études et d'action pour les handicaps et l'insertion

CREAY : Centre régional de l'enfance et de l'adolescence inadaptées

CROSS : Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale

CTE : Conseil technique d'établissement

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

ETP. Equivalent temps plein

ÝGAS : Inspection générale des affaires sociales

ÝNED : Institut national d'études démographiques

ÝR : Ýnstitut de rééducation

ÝSO : International organisation for standardisation

OMS : Organisation mondiale de la santé

SASÝ : Service d'accueil spécialisé individuel

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

INTRODUCTION

L'institut de rééducation, ∇ Centre Bourneville ∇, héritier d'une tradition médico-sociale historique accueille aujourd'hui plus d'une centaine de garçons et filles, jeunes enfants et adolescents dont des difficultés et des troubles envahissent leur environnement social, familial et scolaire par l'expression de symptômes comportementaux le plus souvent caractériels qui entravent fortement leur capacité d'adaptation et d'apprentissage, malgré un niveau d'intelligence normale.

Cet établissement connu au cours de ses trente trois années d'existence de nombreuses évolutions liées à sa gestion, à la nature des besoins des mineurs accueillis, aux transformations des cadres législatifs et de l'environnement médico-social local dans lequel il s'est positionné.

En phase avec les deux derniers schémas départementaux de l'enfance inadaptée, l'établissement a situé son activité dans un secteur géographique de proximité, augmenté sa capacité d'accueil, multiplié et diversifié les modalités de réponse proposées aux enfants et adolescents accueillis, créé des partenariats locaux pour partager des moyens et des techniques au-delà des limites habituelles de l'institution.

L'internat sous sa forme traditionnelle d'accueil de semaine représente encore près de la moitié des capacités, en places, de l'établissement.

Cette forme d'accueil pour induire et accompagner une résolution des difficultés auxquelles sont confrontés ces enfants, ces adolescents et leur famille reste une réponse adaptée à condition que son indication soit bien ciblée, qu'elle s'appuie, pour atteindre ses objectifs, sur le potentiel et les capacités des ces jeunes et de leur environnement familial. Pour être opérationnelle, elle doit avoir résolument dépassé l'opposition internat - famille.

L'organisation assez rigide de cet accueil par l'établissement facilite cependant peu cet appui et tranche, pour le moins, avec l'organisation soutenant les projets individualisés telle qu'elle se développe depuis plusieurs années.

Le rythme hebdomadaire des alternances de présence des enfants auprès de leur famille et dans l'établissement m'apparaît davantage rendre compte d'un fonctionnement institué pour le collectif qu'une véritable réponse aux situations diverses de ces derniers. Aussi j'ai invité les professionnels de l'établissement à s'associer à un examen portant à la fois sur les

attentes de ces jeunes et de leur famille, sur leurs besoins, sur les indications qui les orientaient vers l'institut de rééducation en internat, sur les modalités retenues par l'établissement pour les prendre en compte et sur le sens de l'internat en général et dans ce contexte en particulier.

Ce travail a servi de base à la première partie de ce mémoire et je l'ai diffusé afin de susciter l'intérêt collectif nécessaire à la mobilisation des ressources devant réaliser les évolutions et les changements recherchés.

La réduction du nombre de places d'internat installées dans les instituts de rééducation du département au profit d'autres modes d'intervention est régulièrement évoquée par les autorités de contrôle et de tarification. L'étude des demandes d'admission reçues m'entraîne à estimer que c'est pourtant un outil dont il faut préserver l'existence, ce qui motive d'autant à en modifier les modalités pratiques en recherchant une meilleure qualité du service rendu.

Mon objectif, relayé et soutenu par l'association ADAGES qui gère cet établissement, est de redéfinir le projet d'internat de cet ensemble institutionnel lourd tout à la fois par sa globalité, sa diversité et sa complexité : qu'il soit capable et habile à déceler la singularité de chacun de ces enfants et adolescents pour proposer en conséquence des réponses individualisées, dont le choix \forall à la carte \forall sera effectué conjointement par le jeune, ses parents, les professionnels de l'établissement et, le cas échéant des partenaires institutionnels.

Dans cette seconde partie du mémoire je présenterai aussi ma stratégie de direction pour créer un contexte favorable et accompagner les changements induits par ce nouvel objectif institutionnel : la personnalisation des prestations proposées par le service internat. La réalisation de cet objectif s'inscrit bien dans l'actualité de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

Les changements structurels n'apparaissent pas comme les plus importants et difficiles à réaliser pour cet établissement, même si l'on constate que l'individualisation représente un coût plus élevé du service, ce qui impliquera des efforts conjugués de la part du financeur et de l'établissement.

À partir d'une rationalisation des moyens disponibles aujourd'hui, la tâche du directeur consistera avant tout et pour une très large part à bien évaluer, revitaliser et mobiliser toutes les ressources humaines nécessaires à l'inscription de cette vieille idée de l'internat médico-social dans l'actualité et la modernité évolutive de notre société.

PREMIERE PARTIE : L'INSTITUT DE REEDUCATION HERITIER DE L'HISTOIRE ET INSCRIT DANS UN CADRE LEGAL

1 - UN BREF RETOUR SUR L'HISTOIRE

Cette attention portée au passé, ouvrira la réflexion qui nous aidera à replacer le Centre Bourneville dans son contexte historique où il puise le sens de son actualité institutionnelle.

1.1 DE L'ASSISTANCE A LA CORRECTION

La première mesure collective destinée à assister les pauvres, à lutter contre l'oisiveté et la mendicité fut la création en 1656 de l'Hôpital Général. Il s'agissait de mettre à l'écart, dans un état de dépendance totale, des populations refusant ou ne pouvant participer à la vie sociale et économique de l'époque, en s'appuyant sur des principes de discipline, d'autorité, de sanction et de travail.

Un espace spécifique pour les jeunes est dessiné dès 1684 quand une ordonnance royale crée au sein de l'Hôpital Général, une section spéciale pour les garçons et les filles de moins de vingt cinq ans, en précisant les dimensions pédagogiques de l'internement : formation morale, religieuse et travail dans une fonction essentiellement répressive.

En 1721, une nouvelle ordonnance royale prévoit la création d'institutions spéciales chargées de l'instruction et de l'éducation des mineurs.

L'évolution des idées a conduit à différencier les catégories de population afin de leur offrir des services spécifiques comme le soin, la surveillance, l'instruction.

"En 1789, proclamant le droit au travail pour tous et la liberté d'entreprendre, les trois ordres demandent l'abolition de l'enfermement des pauvres ; les ateliers nationaux vont remplacer les dépôts de mendicité, les hôpitaux ne conservent que les pauvres invalides"

La création de maisons de correction destinées à l'éducation de tous les détenus est instituée dès la fin du dix-huitième siècle et par la loi du 5 août 1850 *"sur laquelle va reposer durant près de quatre-vingts ans l'organisation des établissements pour la rééducation des*

¹ LE PENNEC Y. L'évolution de l'internat au gré des enjeux sociaux et politiques. *Les cahiers de l'ACTIF*, n° 306/307, p.11

mineurs, prévoit, outre les quartiers spéciaux des maisons d'arrêt, deux types d'établissements : les colonies pénitentiaires et les colonies correctionnelles au régime plus sévère. Elle consacre en particulier le succès de la solution agricole" ².

Cette loi, essentiellement éducative concrétisait d'abord les efforts des philanthropes pour sortir les enfants des prisons et les séparer des adultes. Elle permettait également d'enlever "à leurs habitudes locales"³ les enfants difficiles en les séparant de leur famille pour être éduqués et soumis aux lois de la cité. Ils étaient conduits dans des maisons de correction qui ont uni "d'une manière heureuse l'idée de l'école et celle de la prison, l'idée du châtement et celle de l'éducation"⁴

Ce modèle a servi de base au développement des colonies pénitentiaires, lieux d'enfermement, de punition, situés dans les campagnes. L'indigence des conditions de vie de nombreuses familles prolétaires les amenait à confier à l'état leurs charges éducatives. L'activité agricole, la délocalisation vers les campagnes étaient les instruments de la correction paternelle, mesure qui n'a été supprimée qu'en 1958, et qui permettait au père de décider et d'obtenir une mesure de correction pour son enfant.

Dans ces lieux où le jeune était considéré comme dangereux et nuisible, l'architecture, l'organisation du temps et des activités favorisaient la surveillance et l'observation de tous les instants.

Michel FOUCAULT analyse ces colonies comme "la forme disciplinaire à l'état le plus intense, le modèle où se concentrent toutes les technologies coercitives du comportement, il y a là du cloître, de la prison, du collège, du régiment".⁵

1.2. DE L'IDEE D'INCURABILITE AU CONCEPT DE TROUBLES DU CARACTERE

Peu avant la révolution française on commence à s'attaquer à l'idée d'incurabilité de certains enfants "infirmes réputés, arriérés, demeurés, insensés" gardés par leur famille ou placés dans les asiles, par des recherches tant médicales que pédagogiques qui concerneront d'abord les jeunes sourds et muets, les aveugles.

² LE PENNEC Y. L'évolution de l'internat au gré des enjeux sociaux et politiques. *Les cahiers de l'ACTIF*, n° 306/307, p.13

³ DREANO G. *Guide de l'éducation spéciale*. Paris : Dunod, 2001.

⁴ DREANO G. *Guide de l'éducation spéciale*. Paris : Dunod, 2001.

⁵ FOUCAULT M. *Surveiller et punir*, Paris : Gallimard, 1975.

Ces recherches seront développées et étendues à d'autres populations quand, dans le dernier quart du dix-neuvième siècle, l'attention se portera désormais plus sur ces enfants oubliés dans l'asile ou l'hospice que sur ceux relevant plutôt du champ de la justice.

Un instituteur, SEGUIN, va faire progresser la méthodologie de ce qui allait devenir le médico-pédagogique. Les classes d'asile vont se développer également en direction de ceux qu'on appelle les "idiots".

Sous l'impulsion du Docteur BOURNEVILLE, aliéniste mais aussi homme politique qui avait ressenti la difficulté de mettre en œuvre une approche éducative plus globale dans un cadre asilaire, se crée à Vitry-sur-Seine le premier institut médico-pédagogique. Il faudra attendre plus d'un demi-siècle pour que se généralisent ses principes d'alors, déterminants dans le développement de ce qu'il nomme alors éducation spécialisée : mélange et variété des difficultés à traiter, mixité des sexes, implantation hors la ville mais à proximité, environnement champêtre, qualité du cadre, système pavillonnaire, préoccupation des familles.

Le pouvoir médical s'impose d'abord en parlant d'éducation médicale englobant l'enseignement, les soins et les accompagnements quotidiens. SEGUIN, n'étant pas médecin, verra dès lors son autorité contestée.

L'avènement en 1882 de l'instruction laïque obligatoire va poser encore plus de problèmes de territoires d'influence.

Le psychologue Alfred BINET va s'appliquer à limiter le pouvoir des médecins en matière d'instruction. Par ailleurs, ses travaux avec le docteur SIMON sur la mesure du développement de l'intelligence vont répondre à un souci de mieux évaluer les catégories d'enfants pour une affectation correspondant à leurs difficultés.

Les enfants difficiles ou insoumis, sans déficience mentale, au même titre que les délinquants, après avoir été pris en charge dans des établissements se transformant au fil du temps en de véritables bagnes, se verront proposer à partir de 1902, sous l'impulsion de Théophile ROUSSEL, de l'instruction en institutions. Elles prendront la forme d'écoles professionnelles et d'écoles de réforme. Ces établissements avaient pour objet d'éduquer les enfants, par l'apprentissage professionnel.

BOURNEVILLE fait voter en 1909 la loi instituant les classes de perfectionnement annexées à des écoles primaires. Le 15 avril 1909, l'éducation spéciale est instituée pour permettre l'accueil des enfants et adolescents considérés inaptes à suivre l'enseignement ordinaire en raison d'un handicap physique, sensoriel ou mental.

Le développement de ces classes ne se fera qu'à partir de la seconde guerre mondiale, en parallèle avec les recherches en psychologie qui progressent dans la mesure et l'analyse de l'efficience et de la déficience intellectuelles.

Si l'Éducation nationale a, depuis son origine, montré sa préoccupation vis à vis des besoins spécifiques des enfants handicapés pour leur scolarisation et leur instruction, elle est restée peu outillée face aux manières d'être que sont l'indiscipline et l'insoumission. L'exclusion d'enfants de la scolarité ordinaire pour ces motifs a entraîné la création d'institutions spécialisées devant répondre aux demandes de plus en plus nombreuses.

Les enfants écartés de l'instruction primaire devenue obligatoire, soit pour débilité, soit pour indiscipline avaient alors quatre issues selon le pouvoir économique des parents et/ou le critère de l'échelle métrique de l'intelligence :

- les institutions payantes pour enfants nerveux ou retardés (type celle de Vitry mentionnée) ;
- les classes spéciales de perfectionnement (en nombre très réduit) ;
- les classes d'asile ;
- l'école de préservation.

"Les médecins ne tardent pas cependant à interroger cette notion d'indiscipline qui leur semble recouvrir des problèmes différents"⁶ et posent qu'au-delà de la question de l'intelligence, d'autres éléments sont à prendre en compte pour définir la normalité d'un enfant et cerner ses possibilités d'adaptation comme par exemple l'instabilité, l'agitation, la turbulence.

Sans totalement abandonner les notions d'organicité, d'hérédité, les médecins avancent l'hypothèse de troubles dans le développement affectif comme éléments aggravants. Ces avancées conceptuelles reposent sur l'observation et intègrent les travaux de FREUD.

Entre les deux guerres mondiales s'ouvrent de nombreuses consultations médico-psychologiques et se créent les premiers centres d'observation et les établissements de rééducation, vite dissociés.

L'observation ne se contente plus d'examen par des tests. Elle devient dynamique s'appuyant sur les activités et les moments de la vie quotidienne. Les temps hors enseignement sont désormais considérés également riches d'informations exploitables pour le traitement de ces enfants. L'intitulé "rééducation" va s'imposer pour ces enfants qu'on appellera "caractériels".

⁶ DREANO G. *Guide de l'éducation spécialisée*. P.59

Les décrets d'août 1946 et de mars 1956 précisent par leurs annexes et notamment l'annexe XXIV, "*les conditions d'une approche psychopédagogique et médico-sociale dans le traitement des enfants inadaptés pris en charge par la sécurité sociale*"⁷.

Ces textes qui fondent le médico-social distinguent les différents établissements selon qu'ils concernent les enfants ou adolescents déficients au plan intellectuel, handicapés moteurs ou sensoriels ou présentant des troubles du caractère et du comportement.

1.3. LA CREATION DU CENTRE BOURNEVILLE

Le courant médico-pédagogique qui apparaît en France est particulièrement déjà actif à Montpellier sous l'impulsion du professeur LAFON. Dans le cadre de l'Union régionale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence créée en 1943, il propose le concept de psychopédagogie médico-sociale avec l'objectif de mettre en place des actions de prévention et de rééducation ayant pour finalité la réintégration sociale des jeunes.

Pour ce faire, en référence à un modèle hospitalo-universitaire, il conçoit une structure regroupant des unités de diagnostic, de rééducation, de soins, d'enseignement et de recherche.

Grâce à la bourse du prix J.F. KENNEDY qui lui a été décerné, le professeur LAFON acquiert une colline des abords de Montpellier et y crée le complexe du "Mas Prunet" en 1969.

Le centre Bourneville ouvre ses portes à ce moment-là avec un agrément de Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS) lui permettant d'accueillir en internat 128 enfants et adolescents souffrant de troubles épileptiques non stabilisés associés à une insuffisance mentale, recrutés au niveau national.

D'abord ouvert au sein de l'hôpital psychiatrique en 1947, un Centre d'observation et de triage "Le Languedoc" est intégré à ce complexe qui compte aussi un C.A.T. et un Institut médico-éducatif. Conçus comme des lieux d'expérimentation, les établissements devaient être reliés par un réseau de télévision à l'Institut psychopédagogique médico-social formant les travailleurs sociaux, et à l'unité de recherche de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), tous deux implantés également sur ce vaste site.

Entre 1974 et 1981, le centre Bourneville devient institut de rééducation psychothérapique ouvert à des mineurs, des deux sexes présentant des troubles du caractère, du

⁷ DREANO G. *Guide de l'éducation spécialisée* p. 87

comportement et de la personnalité. La capacité de l'internat est ramenée à 96 places et un semi-internat est créé pour 24 places. Dans la décennie suivante, le recrutement se régionalise et une nouvelle restructuration de l'activité introduira l'accueil familial spécialisé.

1.4. LES EFFETS DU CHANGEMENT DES DISPOSITIONS DU CADRE REGLEMENTAIRE : 1991 – 1993

L'annexe XXIV du décret n° 89.736 du 27 octobre 1989 et la circulaire n° 85.17 du 30 octobre 1989 ont accéléré l'évolution du secteur médico-social par l'affirmation de principes dont certains ont été étendus par la suite à l'occasion de la rénovation de la loi 75.535 :

- obligation aux établissements de préciser les objectifs et les moyens mis en œuvre par un projet collectif pédagogique, éducatif et thérapeutique ;
- élaboration de projets individuels pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques ;
- association des familles à ces projets et information quant à leur suivi ;
- préférence accordée aux externats et semi-internats ;
- priorité au maintien en milieu ordinaire et à l'intégration scolaire, notamment avec le développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile ;
- prise en charge précoce pour les enfants de moins de six ans par les SESSAD ;
- recours à des centres d'accueil familial spécialisé ;
- suivi des jeunes pour une durée minimum de trois ans après leur sortie et accompagnement de leur insertion socioprofessionnelle.

À la date butoir d'octobre 1992, le centre Bourneville avait choisi d'être en conformité avec la réforme de l'annexe XXIV et de se caler dans les préconisations du premier schéma départemental de l'enfance inadaptée, malgré des moyens réduits dès 1991 (suppression de 2 MF sur les charges de personnel) par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), l'autorité de contrôle et de tarification de l'établissement.

C'est donc sur le mode du développement interne que s'est continuée la diversification de l'activité (création SESSAD) grâce à une organisation flexibilisée, la mise en évidence de réserves de productivité et des partenariats accrus.

1.5. DIX ANS D'EVOLUTION MAITRISEE DE LA STRUCTURE

Les locaux témoignant encore d'une conception très sanitaire de l'accueil d'enfants, un vaste plan de neuf ans concernant la rénovation, le réaménagement de ces locaux et le rééquipement global de l'établissement a été mené, nécessitant durant cette période une politique de gestion très active, tant au niveau des investissements que de l'exploitation.

Le dernier agrément de décembre 2000 a apporté quelques adaptations d'effectifs qui validaient les capacités installées depuis quelques années.

L'établissement s'est ouvert à de nouveaux partenariats pour proposer des échanges de services à partir des ressources et des savoir-faire de chacun : Education nationale, autres établissements spécialisés, aide sociale, centre hospitalier universitaire.

Evolution de l'agrément du centre Bourneville					
Dates	Capacité selon les modes d'accueil				Capacité totale agréée
	Internat	½ internat	A.F.S. ⁸	SESSAD	
1969	128				128
1974	96	24			120
1981	76	10	10		96
1993	56	16	16	8	96
2000	50	24	6	27	107

1.6. L'ASSOCIATION

L'Association de développement d'animation et de gestion d'établissements spécialisés (ADAGES) a été créée pour prendre le relais en 1986 du Centre régional de l'enfance et de l'adolescence inadaptées (CREAI) Languedoc-Roussillon, dans la gestion d'établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des enfants et des adultes handicapés, inadaptés ou en difficulté sociale.

L'ADAGES, régie par la loi de 1901, reconnue d'utilité publique, a la volonté de promouvoir l'innovation, de diversifier et harmoniser ses actions, de s'adapter aux besoins et de favoriser la recherche. À ce jour, l'association est gestionnaire de dix sept établissements et services dans le département de l'Hérault employant plus de 900 salariés au service de 2400 enfants, adolescents et adultes.

Le développement spectaculaire de l'association ces dix dernières années s'est réalisé à travers ses établissements, ses partenariats et par son intégration dans le tissu économique.

Il s'est aussi appuyé sur trois principes de gestion et d'animation :

- la responsabilisation de tous les acteurs aux différents échelons de l'institution ;
- la rigueur dans la gestion financière et humaine au service des populations accueillies ;
- la transparence dans les décisions et orientations prises.

Le conseil d'administration compte vingt quatre membres répartis dans quatre collèges :

⁸ Accueil familial spécialisé, selon le titre VI de l'annexe XXIV. Ce service est nommé, pour l'établissement, Service d'accueil spécialisé individuel.

Les élus salariés, les usagers, les collectivités territoriales et organismes payeurs, les personnes qualifiées.

Nous avons une émanation de cette instance dans les établissements au travers des conseils techniques d'établissement (CTE) composés de deux administrateurs, du directeur général, du directeur d'établissement, de trois membres du comité d'établissement, de quatre délégués élus des adolescents. Le CTE est un organe consultatif, réuni trois fois l'an pour favoriser l'expression et faire le lien sur toutes les questions importantes de l'établissement entre l'association, les professionnels et les usagers.

L'association a opté pour la mise en place d'un service administratif et financier positionné comme un outil d'aide auprès des établissements.

Le directeur général de l'association est en position hiérarchique vis à vis des directeurs des établissements et services de l'association. Il est responsable de la bonne exécution des décisions des instances statutaires, de la mise en œuvre de la politique générale, des relations publiques, de l'animation et de la coordination du groupe des directeurs, de la sécurité générale des personnes et des biens.

Pour autant, la gestion de chacune de ces structures reste de la compétence et de la responsabilité des directeurs qui en rendent compte directement et individuellement au Conseil d'administration. Ainsi, pour le centre Bourneville, je suis chargé de la mise en œuvre et du développement des actions éducatives, sociales, pédagogiques, techniques et thérapeutiques, de la sécurité des personnes et des biens. Je dispose du pouvoir disciplinaire, recrute les personnels, élabore le budget, ordonne les dépenses. La fonction du directeur d'établissement est développée dans le règlement intérieur de l'association. Des délégations transversales et internes à l'ADAGES ou de représentation à l'extérieur peuvent être attribuées ponctuellement ou durablement à chacun d'entre nous et sont notifiées par le directeur général.

2. LA POPULATION ACCUEILLIE

Une analyse des textes facilitera l'approche que nous ferons ensuite de la réalité des enfants et des adolescents telle qu'elle s'exprime à travers leur rencontre dans l'établissement.

2.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ORIENTEE VERS L'IR.

Les orientations vers l'institut de rééducation sont prononcées par la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) dont la composition, les attributions et les

compétences sont définies dans la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées n° 75.534 du 30 juin 75.

Cette commission peut être saisie par les parents ou le responsable légal du mineur, un chef d'établissement scolaire ou d'établissement spécialisé, un organisme de prise en charge.

La population adressée aux instituts de rééducation est très succinctement définie dans l'annexe XXIV du Code de la santé publique au décret du 9 mars 1956 remplacé par le décret n° 89.798 du 27 octobre 1989: "*sont visés... les enfants et les adolescents dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant la normale, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité*".

La circulaire n° 89.17 du 30 octobre 1989 précise "*qu'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. Il n'est pas rare que ces enfants ou adolescents aient connu des discontinuités ou des carences affectives ou éducatives dans la petite enfance avec parfois des placements précoces, il peut arriver qu'un juge des enfants ait déjà été saisi à leur propos*".

La notion de troubles du comportement recouvre en fait un vaste champ nosographique tant elle revêt "*un caractère extrêmement complexe et divers*"⁹

Plusieurs classifications¹⁰ sont utilisées par les médecins qui rendent compte d'une grande variété de troubles, qu'ils soient de la personnalité, psychopathiques, pervers, hyper kinésiques, ou plutôt de la conduite, caractériels, émotionnels ou du fonctionnement social.

Ces classifications sont compatibles entre elles, mais ne se superposent pas complètement.

Claude BOUCHARD¹¹ proposait aux journées d'étude de l'association AIRe en juin 1996 à Rennes, un examen de ces différentes classifications qui montrait combien ces termes de troubles du comportement et troubles de la conduite restaient en définitive vagues et insatisfaisants "*la population d'enfants et d'adolescents désignée et destinée aux instituts de rééducation est définie par exclusions, en creux, c'est à dire par comparaison avec les déficiences intellectuelles. La première curiosité de cette définition est d'apparaître pour ainsi*

⁹ GAGNEUX M. SOUTOU P. *Rapport sur les instituts de rééducation*. IGAS n° 99/3 bis. Bulletin officiel. P.5

¹⁰ Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) R. MISES
Classification internationale des troubles mentaux et du comportement (CIM 10.OMS)
Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (OMS IV)
Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIH-2 OMS 2000)

¹¹ BOUCHARD C. *Approche clinique et psychopathologique des troubles du comportement*. AIRe

dire par défaut". Le rapport IGAS souligne quant à lui cette complexité renforcée par la diversité des approches faites de cette question.

Concernant les besoins de l'enfant ou de l'adolescent, il est encore précisé que l'objet de ces établissements *"n'est pas d'accueillir des enfants en difficulté sociale, sauf dans le cas où, éventuellement du fait de ces difficultés, ces enfants présentent (...) des troubles nécessitant la mise en œuvre d'une éducation spécialisée ou d'un projet thérapeutique ..."*.

Si l'annexe XXIV et la circulaire d'application ne donnent pas une définition claire et précise de la population accueillie en institut de rééducation, les trois domaines d'intervention de ces établissements – pédagogique, éducatif, thérapeutique – soulignent en fait les caractéristiques des troubles de ces jeunes tout en constatant une grande diversité dans l'origine, les développements, les modalités de prise en compte.

Pour clore cette question, le rapport sur les instituts de rééducation¹² constate que les CDES n'utilisent pas ces classifications *"pour justifier de l'orientation"* vers ces établissements et que les troubles sont appréhendés plus à travers des symptômes qu'à partir d'un diagnostic. Le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées¹³, utilisé par la CDES, propose de mesurer le niveau des incapacités des personnes afin d'évaluer *"le surcroît des charges éducatives qui y sont liées"*. Le caractère très général du guide - barème le rend peu adapté et renforce la confusion méthodologique.

Cette porte d'entrée par ce foisonnement des classifications est peu féconde et il serait préférable d'explorer l'itinéraire de ces jeunes avant leur passage en CDES.

Mon approche empirique à partir de l'observation de ces enfants et adolescents, que je rencontre tous en préalable à leur admission, met en évidence des symptômes et des comportements caractérisés fréquemment par un échec de la scolarité, un refus des contraintes et règles liées à cette scolarité mais aussi aux plans familial et social. L'intolérance à la frustration, l'instabilité émotionnelle et motrice, la dévalorisation et la perte de confiance en soi, le sentiment d'abandon sont autant de caractéristiques qui induisent et accompagnent un renoncement familial signe en fait d'une grande détresse, avec parfois des violences à la clef, un rejet des dispositifs ordinaires de scolarisation et de socialisation.

¹² GAGNEUX M. SOUTOU P. *Rapport sur les instituts de rééducation*. IGAS n° 99/3 bis. Bulletin officiel. P.19

¹³ Annexé au décret n° 93 du 4.11.1993

L'addition de ces approches nous permettant de mieux situer dans leur contexte ces jeunes, leur potentiel et leurs difficultés, je vais centrer mon propos sur la description de la population effectivement accueillie au centre Bourneville ces dernières années.

2.2. LES ENFANTS ET ADOLESCENTS ADMIS AU CENTRE BOURNEVILLE

L'établissement est agréé pour recevoir 107 garçons et filles, âgés selon les services de trois à vingt ans. J'analyserai cette population à partir des réalisations des années 1999 à 2001.

2.2-1. Origines des demandes d'admission

Les chiffres de ce tableau soulignent l'orientation technique que j'ai voulue ces années, conforme à l'esprit des textes, incitant à un recrutement de proximité pour faciliter le lien avec les familles. Pour celles-ci en effet, compte tenu des nombreuses difficultés à dominante sociale ou psychiatrique rencontrées, les questions d'accessibilité et de distance sont des facteurs importants de leur collaboration.

	Nombre d'admissions	Montpellier District	Hérault	Autres Départements
1999	41	78%	22%	0%
2000	35	83,5%	11,4%	5,1%
2001	47	89,4%	6,4%	4,2%

Le recrutement actuel est départemental et tend même à se centrer sur le district de Montpellier et la bande littorale Lunel – Sète.

Les recrutements plus éloignés dans le département concernent exclusivement des adolescents aux capacités de transport autonomes et qui nous sont adressés par d'autres instituts de rééducation ne disposant pas de dispositif de première formation professionnelle. Cette lecture géographique des recrutements rend compte également de l'explosion démographique du département, concentrée en réalité sur l'agglomération montpelliéraine et le littoral. Les recrutements hors département confirment eux aussi cette situation. Il s'agit en effet d'enfants en cours d'installation avec leur famille dans notre zone de recrutement et adressés par les établissements qui les accueilleraient jusqu'alors dans leur région d'origine.

Les services demandeurs d'orientation auprès de la CDES ou soutenant la demande de la famille pour une admission dans l'établissement sont, comme l'illustre le tableau suivant,

pour une majorité des consultations, des secteurs de pédopsychiatrie et des CMPP auprès desquels sont adressés ces enfants et leur famille à partir du milieu scolaire.

	Consultation pédopsychiatrie CMPP	Institutions Médico- sociales	Médecins psychiatres en libéral	Institutions Sociales (MECS)	Après hospitalisation en psychiatrie	TOTAL
1999	28	9		3	1	41
2000	19	9	5	1	1	35
2001	25	19	3	0	0	47
Sur les 3 années	72 (58,5%)	37 (30%)	8 (6.60%)	4 (3,30%)	2 (1,60%)	123

2.2-2 Quelques indicateurs complémentaires concernant les demandes

J'ai porté une attention particulière aux 93 dossiers de demandes d'admission qui nous ont été transmis les six premiers mois de l'année 2002 : 18 % sont des demandes de SESSAD ; 46 % concernent le semi-internat ; 3 % l'accueil familial spécialisé ; 33 % l'internat.

La tendance à la baisse des demandes d'internat pour les enfants se vérifie également, depuis quelques années, dans les deux autres R de la ville (mais pas pour les adolescents).

Les causes sont multiples. Une des premières apparaît grâce à un chiffre : 30 % des enfants concernés par ces demandes d'admission bénéficient d'une mesure au titre de l'aide sociale à l'enfance qui traite déjà de la question de leur accueil en établissement ou auprès d'assistantes maternelles. Une autre raison concerne localement les prescripteurs de l'orientation qui rencontrent souvent des difficultés à convaincre les familles du bien fondé d'une orientation en établissement spécialisé, qui plus est en internat. La proposition du semi internat est alors faite faute de mieux, en laissant le soin aux établissements de retravailler cette question ultérieurement, sur la base d'une meilleure connaissance réciproque et d'une confiance expérimentée.

La baisse des demandes n'est pas à confondre totalement avec une baisse des besoins.

2.2-3. La commission d'admission

Les dossiers nous sont transmis tout au long de l'année. Un accusé de réception est envoyé dans la quinzaine et tous ces dossiers sont étudiés en commission. Une réponse écrite est adressée à la personne ou au service demandeurs après instruction du dossier.

L'ensemble du traitement des demandes d'admission est placé sous la responsabilité directe du directeur adjoint qui réunit les commissions d'admission : présence systématique du chef

de service pédagogique et selon le régime d'accueil, du médecin pédopsychiatre, du chef de service, du psychologue, et de l'assistante sociale concernés.

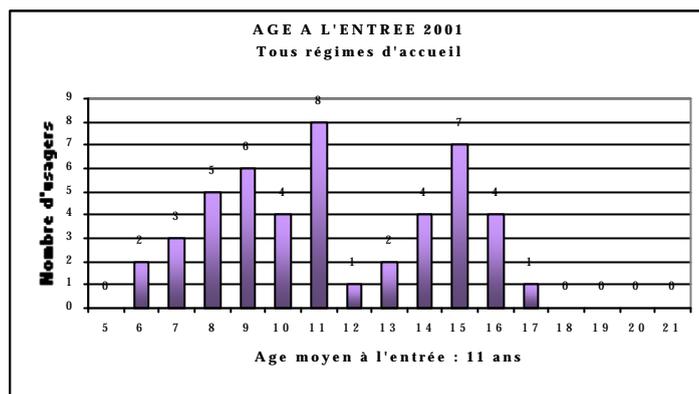
Même si certaines candidatures sont communes à d'autres établissements, le décalage entre le volume de la demande et la réalité de nos capacités d'admission est saisissant.

Le schéma départemental de l'enfance inadaptée se fixait en 1999 l'objectif de créer cent places en institut de rééducation pour répondre aux besoins.

	1999	2000	2001
Nombre de réunions de commission d'admission	30	35	35
Nombre de candidatures proposées	143	158	169
Nombre d'admissions prononcées	41	35	47
Candidatures refusées avec conseil d'une réorientation vers - une hospitalisation en médecine psychologique - d'autres établissements mieux adaptés	5 26	12 24	6 25
Motifs divers de candidatures refusées ou non suivies d'une admission :			
- Manque de place	43	45	56
- Milieu d'origine trop éloigné	7	5	7
- Rétractation de la famille	3	6	1
- Admission dans un autre établissement	11	12	10
- Age trop élevé	5	9	7
- Demandes inadéquates	2	6	10
- Autres		4	

2.2-4. Âge à l'entrée dans l'établissement

L'histogramme suivant révèle bien le faible effectif d'enfants admis à 12/13 ans. Ils ne représentent que 6,38 % de l'effectif, alors qu'ils constituent environ un tiers du nombre des demandes. L'établissement n'est pas en mesure de répondre à la très forte demande concernant cette classe d'âge.



Le dispositif pédagogique ne dispose que d'une classe collège pour les pré-adolescents de moins de quatorze ans. Changer ce dispositif reporterait le problème vers les adolescents, pour lesquels l'établissement est le seul à proposer une première formation professionnelle. Fréquemment les enfants accueillis à 11/13 ans sont déscolarisés depuis plusieurs mois. Leur inscription ensuite dans le cursus interne réservé aux plus de quatorze ans est presque inévitable.

Cette situation se retrouve dans les autres établissements du département. Selon l'étude préparatoire au dernier schéma départemental de l'enfance inadaptée, 56,5 % des enfants accueillis dans les IR ont entre 10 et 14 ans.

D'une étude que j'avais fait réaliser précédemment sur les dossiers des enfants admis entre 98 et 99, il ressortait que pour tous, le dépistage des troubles du comportement datait des classes maternelles. Les enfants arrivent quatre à six années plus tard vers l'IR dans des situations très dégradées, même si le schéma de l'enfance inadaptée fait apparaître en 1999 que 60 % d'entre eux ont bénéficié de traitements, rééducations ou consultations.

Soucieux de proposer des admissions les plus précoces possibles, (c'est à dire au plus près de la confirmation des troubles) et de maintenir les équilibres internes et externes en terme de places installées en conformité avec ce schéma départemental, j'ai cherché depuis 1999 à partager ces réflexions avec la CDES et les prescripteurs.

Si je considère les seuls enfants (moins de 14 ans), l'âge moyen à l'entrée passe de 10,7 ans en 2000 à 9,46 ans en 2001. Cet infléchissement est intéressant et nos efforts en ce sens sont à poursuivre. Plus les enfants sont accueillis jeunes et plus les chances de réintégration scolaire s'accroissent, entraînant des effets positifs porteurs d'une amélioration de leur situation globale. Les séjours en institution spécialisée s'en trouvent d'autant raccourcis.

2.2-5. Prédominance des troubles et perturbations, présents au moment de l'entrée

Cette catégorisation des troubles présentée dans le tableau ci-après était propre à l'établissement. Depuis le début de cette année 2002, j'ai souhaité que soit utilisée la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent assez proche et qui surtout, est également la référence des deux autres R montpelliérains.

La prédominance du groupe présentant des symptômes caractériels de forme active est nette. Les manifestations d'insécurité, d'immaturation affective, des retards du langage, des apprentissages insuffisants, des modes d'échanges inadaptés, des troubles de la conduite allant de l'inhibition à l'instabilité, une grande difficulté à se concentrer et à contrôler ses actes, des réactions de violence envers les autres, l'incapacité à supporter la frustration, le déni ou le refus des normes sociales sont autant de symptômes qui ont davantage provoqué leur orientation par la CDES que les pathologies qui les atteignent.

CATEGORIE DES TROUBLES	1999	2000	2001
1) Troubles essentiellement "réactionnels" liés au milieu familial ou social avec des répercussions sur la personnalité de l'enfant	4	4	6
2) Troubles du comportement à prédominance caractérielle de forme active (impulsivité, instabilité, dépression sans trouble profond de la relation sociale).	15	13	17
3) Troubles à prédominance passive (inhibition, démission, suggestibilité, dépression) sans troubles profonds de la relation sociale).	9	8	10
4) Troubles graves de la personnalité et de la relation sociale (névrose caractérisée, abandonisme grave, dysharmonie d'évolution, pré-psychose, psychose, psychopathie). Syndrome d'Asperger.	13	8	12
5) Troubles essentiellement liés à - un déficit intellectuel - une atteinte organique		2	1
TOTAL	41	35	47

La souffrance psychique n'est pas dite dans le tableau. Des mots seront mis d'abord sur le parcours scolaire de chacun : quoique émaillé de ratés, d'échecs, de rébellions, d'incompréhension et d'exclusion, c'est toujours ce dont nous pouvons parler en premier avec cet enfant ou adolescent et sa famille au moment de son admission.

Au cours de cet entretien souvent fondateur du niveau de confiance qui s'établit, je m'attache toujours à faire nommer leurs compétences et qualités individuelles souvent fortes mais passées sous silence et je précise qu'elles constitueront la base du projet à construire.

2.2-6. Les attentes des jeunes et de leurs parents

Cette question a été traitée sous forme d'entretiens menés par l'assistante sociale dans le cadre du groupe projet sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

Elle a interrogé les familles et les jeunes engagés dans une procédure d'admission en internat en prévision de la rentrée de septembre (12 enfants – 4 adolescents).

Les attentes des jeunes :

- avoir une chambre individuelle, pouvoir la décorer et y apporter des objets personnels ;
- garder le contact avec sa famille (téléphone, sorties) ;
- se faire des copains ;
- pouvoir participer à des activités (jeux, loisirs, sport) ;
- être libre de ses allers et venues ;
- faire des progrès en classe, apprendre un métier.

Les attentes des parents :

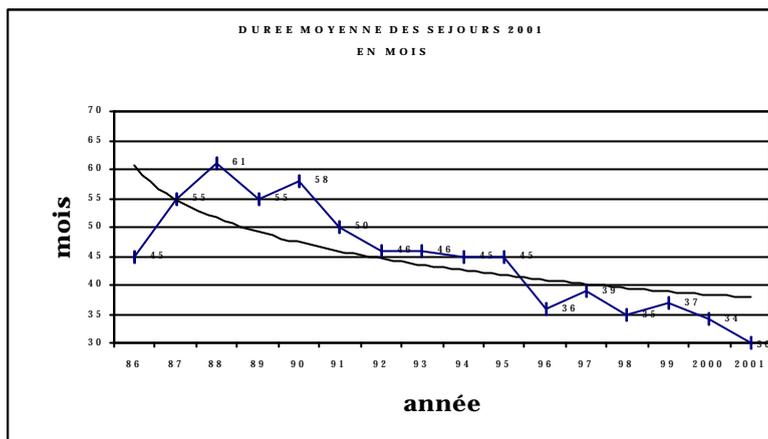
- scolarité, apprentissage professionnel et amélioration du comportement de leur enfant ;
- attention à la sécurité. La question de la nuit et de la surveillance sont toujours évoquées. Que l'internat favorise à l'enfant l'acquisition du « faire seul et du vivre avec les autres » ;
- le thème de la séparation revient avec des demandes de contacts (téléphone, visite), d'allègement de la semaine (retour en cours de semaine) ou au contraire augmentation du nombre de nuits (« S'il n'est pas sage, il restera à Bourneville le week-end ») ;
- ils demandent à être informés de ce qui se passe ;
- ils souhaitent souvent que nous occupions de tout (transport, linge ...) ;
- la question du coût financier est fréquemment avancée comme une préoccupation forte.

La séparation est évoquée comme difficile, mais positivée en nécessité. Selon qu'il s'agit d'une première expérience d'accueil médico-social ou non, le niveau d'expression des attentes est différent.

La représentation dominante qui accompagne un premier contact est l'assimilation à une école. L'internat évoque souvent des souvenirs personnels décalés avec ce qu'ils découvrent en visitant, généralement surpris de l'hébergement individualisé (chambres et sanitaires).

L'idée du retrait de l'enfant de sa famille (le placement, la DDASS) ou celle de la maison de correction parce qu'il « fait des bêtises » et qu'on ne veut plus de lui nulle part, sont parfois véhiculées dans les propos et les craintes exprimées.

2.2-7. Durée moyenne des séjours dans l'établissement



Depuis de nombreuses années, la tendance globale indique une baisse de la durée moyenne des séjours dans l'établissement, tous âges et régimes d'accueil confondus.

Cette durée est restée depuis 1996 proche des trois années.

En 2001, une baisse très sensible est notée. Une analyse plus fine, service par service, m'indique que cette diminution est surtout liée aux résultats des SESSAD pour lesquels la durée de prise en charge est tombée à 24 mois cette année. Je lie ce résultat du SESSAD à l'amélioration de la pratique professionnelle dans ce service existant depuis maintenant dix ans et à nos efforts de communication sur l'intérêt d'une orientation précoce vers ce service.

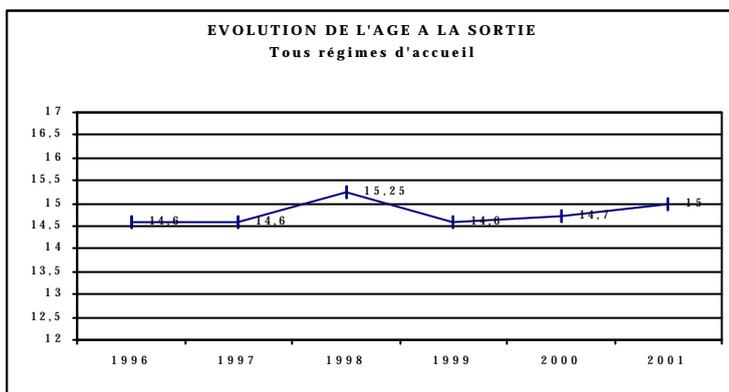
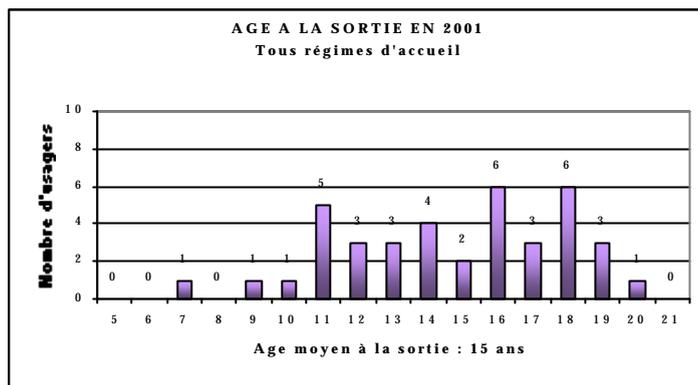
La durée du séjour pour les seuls jeunes internes ou semi-externes reste à 34 mois en 2001. Ce palier, aux environs de trois ans, reste difficile à abaisser.

C'est pourtant un enjeu de taille au regard du nombre de jeunes en attente d'une place.

Cette situation est liée aux précédents items analysés : les enfants entrent tardivement en ayant cumulé un retard scolaire conséquent qui, à l'âge du secondaire, rend la réintégration scolaire difficile à obtenir et encore plus problématique à réaliser par les parents seuls. La durée des séjours s'en trouve donc allongée.

Le développement et la qualité des partenariats avec les établissements scolaires pour faciliter les réintégrations a contribué à la baisse de cette durée moyenne en dessous des trois ans. J'ajouterai à cela les bénéfiques du plan pluriannuel de formation qui s'est adressé à l'ensemble des salariés entraînant une meilleure organisation interne de l'établissement pour une maîtrise plus affirmée du projet individualisé et enfin l'amélioration du niveau de collaboration avec les familles.

2.2.8. Age et orientation à la sortie



NATURE DES ORIENTATIONS À LA SORTIE	1999	2000	2001
Retour en famille avec changement de domicile	4	2	5
Retour en famille contre l'avis de l'équipe médico-éducative	6	4	7
Retour en famille avec scolarisation (élémentaire, collège, lycée)	11	9	14
Retour en famille avec intégration en milieu protégé	1		2
Retour en famille avec soutien éducatif			1
Retour en famille sans activité ou sans scolarité	1	4	
Retour en famille avec dispositif 16-25 ans	3	2	3
Réorientation justice (signalement)		4	
Contrat d'apprentissage + famille	3	3	5
Insertion professionnelle – famille	2	1	1
Suivi en secteur hospitalier + famille + intégration scolaire partielle			1
Passage en SESSAD	1		2
Orientation vers :			
Institut de rééducation		1	2
Institut médico-éducatif / pré-professionnel	6	4	2
Etablissement pour adultes	2		2
Maison d'enfants à caractère social	1		1
Hospitalisation vers :			
Hôpital psychiatrique		1	2
TOTAL	41	35	50

Les retours en famille sont très largement majoritaires ces trois années. La plupart ont été préparés conjointement et s'accompagnent de réintégrations scolaires, d'entrées dans des dispositifs d'insertion ordinaires ou dans la vie professionnelle active.

Il me semble trouver là encore le bien fondé de l'axe central du projet institutionnel associant les familles au développement de projets

Les chiffres nationaux de la DREES (données de 1998) concernant les sorties d'IR d'enfants, d'adolescents et de jeunes majeurs montrent que 29,7 % retournent en établissement de l'Éducation nationale, 10,5 % bénéficient d'un stage de formation, 4,3 % trouvent un emploi en milieu ordinaire.

Cette présentation détaillée des enfants et adolescents qui occupent cet établissement sera complétée, en fin, par des éléments d'information sur la situation sociale de leurs parents qui revêt un caractère de première importance au moment de travailler la question de l'internat.

2.2-9. Les situations des familles

Les résultats ici rassemblés portent sur l'étude des familles des enfants admis de 1999 à 2001 au moment de l'enquête sociale effectuée par l'assistante sociale dans les semaines suivant l'entrée.

	1999	2000	2001
Parents ensemble (mariage ou concubinage)	22 (53.6 %)	19 (54.3 %)	21 (44.7 %)
Familles désunies et familles recomposées	15 (36.6%)	13 (37%)	22 (46.8 %)
Mère seule	2	1	1
Père seul		1	
Un parent décédé	1		1
Père inconnu (de l'enfant)	1	1	2
TOTAL	41	35	47

Les familles composées autour d'un couple de parents vivant ensemble par le mariage ou le concubinage voient leur proportion baisser avec comme corollaire, la hausse de la proportion de familles éclatées, recomposées à partir de divorces ou de séparations, parfois multiples.

Les enfants sont alors souvent au centre de conflits qu'ils alimentent ou dont ils constituent parfois les enjeux.

La complexification du travail relationnel - et parfois de soutien - envers ces parents par les professionnels oblige ces derniers à investir ces zones avec davantage de prudence, de clairvoyance, d'analyse et de régulation de leurs pratiques.

L'Institut national d'études démographiques (INED) dans une récente publication¹⁴ s'interroge sur les perturbations apportées par la séparation des parents dans la scolarité de leurs enfants. Après avoir précisé que la réussite scolaire dépend de la stabilité du couple, du milieu culturel, social et économique des parents, l'INED met en évidence que quel que soit le milieu socioculturel *"la séparation des parents avant la majorité de l'enfant réduit la durée de ses études de six mois à plus d'un an en moyenne"*. Les mécanismes mis en œuvre ne sont pas démontrés par l'INED qui se demande *"si la séparation des parents et le divorce sont eux-mêmes la cause des difficultés scolaires de l'enfant ou si ce sont plutôt les circonstances antérieures au divorce qui sont à l'origine de ces difficultés"*.

Pour les 123 enfants et adolescents admis entre 1999 et 2001, j'ai recherché leur origine socioculturelle en simplifiant la classification en cinq catégories, sans distinguer si les deux ou seulement un des parents travaillaient, hormis pour la rubrique *∇sans emplois∇* qui concerne les deux parents et signe avant tout, une situation sociale de grande précarité.

	Cadres, professions intermédiaires, professions libérales	Entrepreneurs, Commerçants Indépendants	Employés	Ouvriers	Sans emplois Sans profession
Nombre	10	11	42	45	15
Pourcentage	8.1%	8.9%	34.2%	36.6%	12.2%

Les résultats obtenus dans ce tableau se retrouvent sensiblement à l'identique lorsque j'isole les groupes d'enfants par régime d'accueil (placement familial spécialisé avec internat).

Pour ce groupe étudié, on ne peut établir un lien causal entre la situation socioprofessionnelle des parents et l'orientation de l'enfant vers l'internat.

¹⁴ ARCHAMBAULT P. *Séparation et divorce : quelles conséquences sur la réussite scolaire des enfants ?* Populations et société mai 2002 n° 379

Dans sa lecture des environnements familiaux des enfants, le psychiatre met en évidence une forte proportion de personnes souffrant de troubles mentaux et de conduites addictives (alcoolisme).

Les situations vécues par les enfants dans leur famille m'alertent parfois, au point d'avoir déclenché des signalements auprès du juge des enfants en raison de mauvais traitements ou de mises en danger pour 10% d'entre eux, l'année dernière.

Enfin, les enquêtes sociales réalisées dans ces 123 dossiers mentionnent neuf situations d'aide sociale ou médico-sociale de l'un des parents au cours de sa jeunesse.

À la fois héritiers de ces jeunes insoumis, indisciplinés qu'il fallait surveiller et corriger, de ces jeunes exclus des systèmes éducatifs ordinaires à qui il fallait donner éducation, instruction et formation professionnelle, ces enfants et adolescents sont aussi repérés aujourd'hui comme étant en grande souffrance psychique, piégés dans des dysfonctionnements relationnels et demandant que l'on prenne soin d'eux.

Mais que peuvent dire ces chiffres alignés selon un classement rigoureux sur \forall l'enfant type \forall accueilli à Bourneville, au risque de mentir ou de trahir autant de réalités individuelles ?

Tout au plus nous confirment-ils la grande variété des caractères qui en fait motive mon intention de rechercher le développement de propositions individualisées à leur faire.

3. UN DISPOSITIF COMPLEXE AU SERVICE DES JEUNES

Après plus de trente ans d'histoire faites d'évolution et d'à-coups, cet équipement médico-social présente aujourd'hui un fort potentiel mais aussi des zones de faiblesse sur lesquelles je m'attarderai pour quelques commentaires.

Sans détailler des fonctionnements des différents services qui composent aujourd'hui l'établissement, leur présentation succincte est nécessaire pour appréhender comment, dans cette organisation, chacun de ces services est en soi un outil à finalité éducative et thérapeutique qui occupe une place dans le projet institutionnel global.¹⁵

¹⁵ L'organigramme fonctionnel disponible en annexe I peut faciliter le repérage de l'organisation.

3.1. LA PROCEDURE D'ADMISSION

Je reçois les dossiers de demandes d'admission. Après leur instruction par l'une ou l'autre des commissions d'admission en fonction du régime d'accueil demandé, les procédures d'admission sont ouvertes en fonction du nombre de places disponibles et par ordre d'arrivée des dossiers¹⁶.

Le jeune est alors reçu en consultation avec ses parents par le médecin pédopsychiatre et le psychologue du service concerné. L'assistante sociale propose également une rencontre.

En plus d'une évaluation diagnostique, s'il ressort de ces consultations une alliance possible par un travail thérapeutique, une adéquation entre la demande, les attentes et souhaits exprimés et nos possibilités d'y répondre, je convoque ce jeune avec sa famille et leur communique alors des informations précises concernant l'association, l'établissement et son projet institutionnel, son organisation, ses différents services, son financement.

Au terme de cet entretien qui précise les devoirs et les contraintes de chacun, les conditions de mise en œuvre du projet d'accueil et après l'accord du jeune et de sa famille, je prononce l'admission.

L'organisation de cette procédure devra faire l'objet de réaménagements qui intégreront les nouvelles exigences de la loi pour proposer un véritable dispositif d'élaboration d'un premier projet à soumettre au jeune et à sa famille avant le prononcé de l'admission.

3.2. L'ORGANISATION DES SERVICES AGREES

En référence aux textes évoqués, l'accueil au centre Bourneville est structuré autour des prises en compte éducative, pédagogique, médico-psychologique réalisées en fonction des quatre régimes d'accueil pour lesquels l'établissement est agréé : l'accueil familial spécialisé, l'internat, le semi-internat et le service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

3.2-1. Le service d'accueil spécialisé individuel

Six assistants maternels agréés par l'Aide sociale départementale sont recrutés pour accueillir à leur domicile, dans leur famille, une fille ou un garçon âgés de trois à vingt ans.

C'est une forme d'internat très individualisée, réservé en priorité aux jeunes dont l'accueil en collectivité n'est pas souhaitable ou pour lesquels ce savoir-faire familial peut s'avérer plus déterminant que celui développé par les éducateurs.

Un éducateur spécialisé à mi-temps renforce ce dispositif qui présente par ailleurs beaucoup plus de souplesse dans la gestion et la répartition du temps de présence des jeunes.

¹⁶ Pour la procédure administrative d'admission, se reporter annexe II

3.2-2. L'internat

L'internat fonctionne du lundi au vendredi, 215 jours par an.

Age	6 à 13 ans	14 à 16 ans	16 à 18 ans et +
Nombre	32	12	6
Hébergement	4 unités internes	2 villas	2 appartements
Fonctions professionnelles exercées sur sites	Education spécialisée Surveillance de nuit Ménage – lingerie	Education spécialisée Surveillance de nuit Ménage	Education spécialisée Surveillance de nuit Ménage
Ratio	0.55	0.51	0.48

Au-delà de cette présentation chiffrée, ce service appelle quelques commentaires.

- L'institution assume une grande partie des tâches matérielles afférentes à la vie de l'enfant, plaçant ainsi les parents en situation de risque quant à une déresponsabilisation qui peut faire naître chez l'enfant un sentiment d'abandon. Les nombreuses rencontres avec les familles tendent effectivement à les positionner comme partenaires et les invitent à se mobiliser autour d'un projet pour leur enfant après un premier travail de réassurance. Cependant, à trop les vouloir partenaires, je dois souvent rappeler que nous devons, avant tout, leur laisser leur place et leurs attributions de parents.
- À la pratique de l'analyse systémique très usitée dans l'établissement, j'ai ajouté depuis trois années un travail d'analyse des pratiques pour reprendre ces questions dans un exercice d'élaboration différent, sur d'autres appuis.
- L'intervention éducative aujourd'hui s'efforce d'être très individualisée. Tout en m'en félicitant, je mets en garde contre le risque de voir une surconsommation d'activités individuelles au détriment d'apprentissages de savoir être en collectivité, soutenus traditionnellement par une bonne maîtrise de la dynamique des groupes.
- Cette formule d'internat de semaine est assez rigide et le seul aménagement envisageable actuellement est le retour, le cas échéant, d'un enfant auprès de ses parents, une soirée, une nuit en milieu de semaine. Hormis quelques organisations ponctuelles proposées le samedi aux jeunes à partir de projets d'animations motivants, ils sont tenus de retourner en famille chaque semaine, le week-end entier et durant les périodes de fermeture de l'établissement.
- Enfin, la mixité n'a jamais pu être organisée chez les adolescents par manque de demandes en nombre suffisant, alors qu'elle est prévue par l'agrément.

3.2-3. Le semi-internat

Vingt quatre enfants et adolescents sont accueillis 215 jours/an dans ce service structuré autour d'une unité d'enfants et de deux unités d'adolescents, animées par six éducateurs spécialisés cinq jours hebdomadaires. Les horaires sont souples et compris entre 8h et 19h. Le travail d'accompagnement éducatif et de socialisation s'effectue dès le matin avant les cours, le temps du repas, après la sortie de classe, le mercredi et une partie du temps des vacances scolaires.

Les transports quotidiens sont assurés par des personnels de l'établissement pour les seuls enfants. Dès quatorze ans, les adolescents doivent assumer seuls leurs déplacements.

L'unité d'insertion, qui accueille les plus âgés des adolescents, travaille en étroite collaboration avec le service pédagogique dans la mise en œuvre et le suivi des processus d'orientation professionnelle, d'insertion et de sortie de l'établissement.

Commentaires :

Ces unités d'accueil, selon les orientations décidées par la CDES, sont séparées dans leur organisation, et le passage d'un régime d'accueil à l'autre est possible en cours d'année mais il dépend des places disponibles.

L'élasticité des horaires d'accueil, notamment jusqu'à dix neuf heures, est assez peu utilisée par les enfants et les adolescents qui, bien souvent, s'en retournent chez eux dès la fin de la journée de cours. Les propositions éducatives sont-elles suffisantes, adaptées, de qualité et bien argumentées auprès des familles ?

Toujours est-il qu'en semi-internat, les éducateurs disposent de bien peu de temps pour agir auprès de ces jeunes et construire avec eux. Au vu des besoins réels, ils déplorent souvent de ne pouvoir développer leur action sur plus de temps, à un autre rythme, avec des jeunes qui s'en reviennent chaque matin, "tout neufs de ce qui s'est passé la veille".

3.2-4. Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile

Deux équipes éducatives, l'une à Lunel, l'autre à Montpellier, centrent leur action auprès de vingt sept enfants et adolescents âgés de trois à vingt ans. Deux éducateurs spécialisés pour 1,5 ETP par équipe et deux enseignants spécialisés pour 1,5 ETP au total mettent en place les accompagnements éducatifs et pédagogiques nécessaires au soutien de l'intégration de ces jeunes dans leur environnement respectif.

La fonction de soutien à l'intégration scolaire des enfants a peut-être trop éloigné ces services de leur finalité. Ainsi, le calage du calendrier de fonctionnement très proche de celui du reste de l'institution est à repenser sur des bases fondées sur une nouvelle évaluation des besoins (par exemple soutien éducatif plus intense et régulier hors périodes scolaires).

Cette présentation du dispositif éducatif doit être complétée par les services transversaux aux précédents qui constituent par leur maillage le vrai métier de l'institut de rééducation.

3.2-5. Le service pédagogique

En contrat simple avec l'Éducation nationale, l'établissement possède trois classes primaires avec enseignement spécialisé, trois classes collèges avec enseignement général et première formation professionnelle.

Aux sept enseignants spécialisés de l'Éducation nationale, l'établissement ajoute pour compléter le dispositif pédagogique : cinq éducateurs techniques spécialisés, un moniteur de sport, une conseillère en économie sociale et familiale, deux enseignants en langues étrangères et un en informatique, des éducateurs pour animer une classe de soutien, le centre de ressources et le centre de documentation et d'informations, le tout pour 10.25 ETP. Le nombre maximum d'élèves par classe est de 12, mais l'organisation permet la constitution de groupes plus réduits facilitant des suivis individualisés de l'apprentissage scolaire.

Pour beaucoup, l'échec scolaire fut le processus d'alerte qui déclencha l'orientation vers l'éducation spéciale. Les enjeux autour sont donc considérables quant au traitement global des difficultés de ces jeunes. Ce dispositif doit participer au déplacement de cette problématique scolaire pour la reconsidérer dans un ensemble plus large : anxieux, souvent dans l'attente de résultats concrets, immédiats et mesurables, les parents doivent être accompagnés dans leur approche des ressources institutionnelles qui apportent de l'aide à leur enfant. Les rencontres individuelles et les réunions collectives des parents à l'école doivent aider à démythifier le domaine scolaire, dédramatiser l'échec, afin d'éviter que s'installe chez eux et l'enfant l'idée d'abandon, de défaitisme ou de refus.

Au-delà des performances actuelles, la recherche et les efforts portent sur la mise en évidence du fonctionnement intellectuel de chacun et le développement de son potentiel d'apprentissage (intellectuel et manuel).

L'objectif d'intégration ou de réintégration en scolarité ou en formation ordinaire, connaît des réussites nombreuses et constitue un indicateur de qualité de l'enseignement dispensé. Pour autant, je souhaite qu'il ne parasite pas excessivement des cursus qui ont parfois beaucoup à gagner à rester très personnalisés pour être construits et consolidés durablement.

3.2-6. Le service soins

Les professionnels de ce service interviennent en soutien et complémentarité de certaines actions menées par les éducateurs et les pédagogues. Leur participation à l'action

thérapeutique institutionnelle les inscrit également dans l'exercice d'une pratique directe auprès des jeunes : rééducation, thérapies, soins, bilans, évaluations, diagnostics ...

Les indications de prise en charge thérapeutique sont posées à partir du travail interdisciplinaire, par les médecins pédopsychiatres qui sont responsables de la santé mentale des enfants et adolescents inscrits dans l'un ou l'autre des services de l'établissement.

Dans un tel établissement le directeur doit veiller à ce que la fonction d'expertise des médecins et des psychologues ne constitue pas le pôle central autour duquel seraient construits les projets individuels. Les chefs de service, les éducateurs dans leur fonction de référence, ont aussi un rôle à jouer pour que les jeunes ne deviennent pas des patients.

Orthophoniste et psychomotricien complètent ce service et interviennent sur prescriptions médicales.

Un infirmier et un aide-soignant prodiguent soins et conseils, mais aussi développent des actions de prévention (tabac, drogue, hygiène, alimentation, sexualité...)

3.2-7. Le service social

Les interventions sociales sont à tous les stades des parcours : contacts préalables, constitution du dossier d'admission, suivi des situations trois ans après la sortie.

Pour assumer ses fonctions, l'assistante sociale doit développer une parfaite connaissance du champ social, des relations entre ses différents acteurs, des fonctionnements administratifs, d'institutions, de la législation civile et sociale. L'établissement de liens et de communications avec les institutions, les services et les collectivités est la première condition requise pour remplir les missions de ce service.

3.3. MUTUALISATION DES MOYENS ET PARTENARIATS : DES SERVICES COMPLEMENTAIRES

En plus d'une convention de partenariat avec le CHRU pour des accueils à temps partagé avec les services de pédopsychiatrie, l'établissement a provoqué et répondu à des sollicitations, échangé des prestations avec d'autres institutions à partir de ses équipements et de ses savoir-faire. Ces expériences constituent des précédents d'expérience qui permettent d'envisager d'autres partenariats à l'avenir.

3.3-1. L'enseignement pré-professionnel

Le service pédagogique permet à la majorité des adolescents accueillis de trouver à l'intérieur de l'établissement des solutions adéquates en termes de préformation professionnelle et de préparation à l'insertion.

Ce service est animé par des professionnels aux formations, expériences et cultures professionnelles diversifiées. Il est structuré pour s'adresser à de petits groupes d'adolescents.

Dans un souci de rationalisation, considérant le potentiel représenté par les nouveaux bâtiments et ateliers, leur équipement et l'expérience des éducateurs techniques spécialisés, j'ai estimé que la formation pratique de ce dispositif pouvait recevoir des effectifs d'adolescents légèrement supérieurs aux seuls effectifs de l'établissement.

Ainsi, cinq ateliers sont ouverts par convention, à des adolescents accueillis dans un institut de rééducation voisin, à des adolescents sourds ou malentendants issus d'un établissement où un tel équipement fait défaut, et à des adolescents d'un MPRO très proche.

3.3-2. La classe d'intégration scolaire

Une CL S destinée à des enfants présentant des troubles du comportement a été créée à la rentrée de 1999 en partenariat avec l'Éducation nationale et la Mairie de Montpellier.

Intégrée à un centre scolaire, elle reçoit huit élèves âgés de 8 à 12 ans dont l'admissibilité est prononcée en CCPE. L'établissement apporte un support technique, éducatif et médico-psychologique au fonctionnement de cette classe. Ces enfants n'ayant pas été orientés par la CDES, ils n'ont pas le statut de handicapés et ne figurent pas à l'effectif de l'établissement.

La pérennité de cette expérience menée avec des moyens de l'établissement a été assurée dans un deuxième temps par la DDASS sous forme d'un complément budgétaire.

Je trouve à cette réalisation innovante dans le contexte départemental plusieurs intérêts :

- l'action en amont pour traiter de la prévention secondaire, de la précocité d'intervention, du dépistage et de réponses alternatives à l'éducation spécialisée ;
- l'action en aval par l'ouverture de ce dispositif à des enfants de l'établissement qui trouvent là un soutien à la sortie, propre à réduire la durée de l'accueil spécialisé;
- l'élargissement du potentiel d'intervention et des modalités de travail de l'institut de rééducation et notamment son positionnement en appui d'un autre dispositif ;

L'inventaire commenté des deux principales ressources, humaines et financières; apportera l'éclairage des moyens à cette approche du Centre Bourneville.

3.4. LES RESSOURCES HUMAINES

3.4-1. Les effectifs

L'effectif global se situe à 85.82 ETP¹⁷ et le ratio d'encadrement global apparaît important au regard des moyennes, nationale, régionale et départementale.

Infos DAS	Département	Régional	Bourneville
0.64	0.76	0.78	0.80

L'analyse de ce ratio est à relativiser au regard de l'activité réelle. La capacité agréée est de 107 places sur lesquelles nous accueillons en permanence plus de 120 jeunes. En effet, certains d'entre eux sont inscrits à temps partiel ou temps partagé avec d'autres institutions (hôpital par exemple). Les moyens mobilisés pour deux jeunes à mi-temps excèdent souvent ceux mobilisés par un seul à temps plein. Pour mémoire, je rappelle les moyens détachés à la CL S dont les enfants ne figurent pas à l'effectif de l'établissement et l'accueil hors effectifs d'adolescents dans le dispositif de première formation professionnelle.

L'externalisation, la dispersion des lieux d'hébergement des adolescents induisent une incidence forte sur l'utilisation des moyens en personnels. Les infrastructures d'un établissement de ce type génèrent des emplois dans les services administratifs et généraux en nombre important. Cependant, 53.26 % des personnels interviennent directement auprès des jeunes reçus (éducation, soin, enseignement).

L'ensemble des personnels possède un très bon niveau de qualification et l'activité de formation est permanente : formations individuelles à la demande des salariés et formations collectives, en lien avec la constitution de groupes projets, pour accompagner les évolutions, augmenter le niveau des compétences et favoriser la polyvalence.

3.4-2. Une tendance, le développement du temps partiel de travail

117 salariés occupent les 33 fonctions différentes répertoriées dans l'établissement ; 40 % de cet effectif travaille à temps partiel.

Divers éléments ont fait progresser la proportion des salariés travaillant à temps partiel :

- la loi Aubry qui a modifié la notion de temps partiel ;
- dans le cadre de l'ARTT, toutes les embauches n'ont pu être réalisées à temps plein
- les préretraites engendrent un effet de parcellisation des emplois ;
- les maternités sont régulièrement suivies de congés parentaux à mi-temps (taux de féminisation : 55%).

¹⁷ Se reporter au tableau des effectifs – annexe III

Le morcellement de l'emploi entraîne des frais de gestion, multiplie les intervenants et implique d'être attentif à l'organisation pour maintenir la qualité des prestations dans tous les services. De surcroît, quand il est subi ses effets peuvent aller d'une faible implication, à la perte de sens de l'identité professionnelle, jusqu'aux risques de démission.

3.4-3. L'âge et l'ancienneté

L'âge moyen (42,33 ans) est constant depuis 1994. La classe d'âge la plus nombreuse reste les 45/55 ans (44 personnes) et elle retient mon attention sur les problématiques collectives et individuelles que cette situation pourrait générer à moyen terme.

	- 21 ans	21 à 24 ans	25 à 29 ans	30 à 34 ans	35 à 39 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans
femmes	1	0	4	6	6	10	11	9	10
hommes	1	1	8	8	5	8	8	1	4

Je note cette année un départ en retraite et trois préretraites progressives à mi-temps.

L'ancienneté médiane connaît une diminution timide depuis 1993 pour chuter à 10.8 années de présence en 2001. Je retiens ce chiffre comme un indice favorable de stabilité sur lequel il est possible de bâtir des projets à terme. En poussant plus loin l'analyse, je retiens que la moitié des salariés ont au plus cinq ans d'ancienneté. L'intégration de nouveaux salariés est source de dynamisme pour peu qu'elle soit réfléchie, gérée et organisée (accueil, information, constitution des équipes mixées avec anciens, formation, responsabilisation).

Au-delà des créations d'emplois et de l'aménagement du temps de travail, la réduction du temps de travail a eu pour effet une recomposition importante de la structure de l'effectif en terme d'expérience, d'ancienneté, d'âge et d'intégration professionnelle. Elle crée une nouvelle donne à intégrer dans mes stratégies à venir.

3.5. LES RESSOURCES FINANCIERES

Le financement est effectué par les organismes de sécurité sociale d'affiliation des parents.

L'analyse financière de l'établissement montre, pour les trois dernières années, une section d'investissement qui tend progressivement vers l'équilibre, suite à une politique très active d'investissement, lancée en 1994 pour rénover, réaménager et rééquiper les constructions.

Ce plan arrive à son terme cette année.

L'indépendance financière est maintenue malgré un volume cumulé d'emprunts déjà important (poids de l'endettement à 46 %).

Des efforts de maîtrise de l'exploitation ont été nécessaires pour dégager les excédents indispensables à cette situation particulière et sont maintenus pour permettre à l'établissement d'anticiper le passage à son financement par dotation globale annoncé pour les proches années à venir.

Résultats 2001 (en euros)

	Réel 2000	Alloué 2001	Réel 2001	Ecart
Charges de gestion courante (60-61-62-65-67)	711054	676689	721171	44482
Charges de personnel (63-64)	2961129	3192479	3098060	- 94419
Charges d'investissement (66-68)	354596	254751	251354	- 3397
TOTAL DES CHARGES	4026779	4123918	4070585	- 53334
Produits + reprise de résultats V2	4037434	4123918	4191881	67963

Résultats 2000

10655

Résultats du compte administratif 2001

121297

Le résultat présenté ne concerne pas le SESSAD, que j'ai isolé des autres services. Il dégage également un résultat positif. Compte tenu de sa dotation par prix de journée, différenciée depuis sa création du reste de l'établissement, et passée en dotation globale en janvier 2002, je choisis de ne pas l'intégrer dans l'analyse des ressources financières pour l'étude de la faisabilité du projet développé dans ce mémoire.

Ce tableau synthétique nous renseigne sur l'obtention de ce résultat essentiellement dû pour 2001 à :

- une bonne gestion des présences - absences des jeunes et une réelle anticipation des départs et réorientations par un recrutement tout au long de l'année, qui ont permis un excédent de produits ;
- un gros effort de maîtrise des charges de personnels pour anticiper un possible choix de réorganisation de l'effectif. Les dépenses non réalisées sur ces comptes 63 – 64 concernent des postes partiellement non pourvus, des remplacements de salariés anciens par des nouveaux sans ancienneté, un absentéisme de longues durées.

La maîtrise des charges de gestion courante qui progressent plus fortement que les alloués reste une difficulté importante. Les trois comptes en fort dépassement concernent les produits alimentaires, les carburants et les consultations spécialisées.

4. L'EVOLUTION DE L'INTERNAT VERS SA FONCTION MODERNE

Le terme générique d'internat qui date, selon le Petit Robert, de 1829, recouvre une diversité de situations et représente moins une structure particulière destinée à "*une population*

définie qu'un mode de vie caractérisé par deux traits fondamentaux : le temps et la collectivité (le temps passé au sein de l'établissement inclut nécessairement pour chaque individu des temps de coucher et parfois le week-end, en instaurant une coupure avec le milieu familial)".¹⁸

L'internat est une notion empruntée à l'éducation souvent réservée aux scolaires et qui, n'ayant pas été redéfinie en propre par notre secteur social et médico-social, véhicule encore des représentations fortes, profondément ancrées mais pourtant dépassées par la réflexion que je propose à travers quelques thèmes parcourus dans ce chapitre

4.1. L'INTERNAT D'HIER f L'INTERNAT EN IR •

Pour revenir en quelques mots sur notre précédent survol historique, l'internat a eu à travers les siècles (alternativement) la fonction principale de séparation de l'enfant de son milieu afin de le protéger des influences néfastes et celle de rétablissement de l'ordre social.

Dans l'ombre de l'Hôpital général, l'internement sert alors à préserver la société d'une population indésirable et devient synonyme d'enfermement le plus dur. On laisse croupir et mourir ces jeunes dans les pires conditions.

Dans l'imaginaire collectif, un tel endroit ne peut s'inscrire comme lieu d'accueil et de soin.

Les siècles suivants créeront les orphelinats et les maisons de redressement, qui connaîtront leur lot de misères et leurs dérives en zones de non-droit.

L'internat sous sa forme moderne est né avec l'organisation de la Résistance pendant l'occupation allemande en 1942 et surtout avec le renouveau national d'après la libération. Les internats ont alors pour vocation d'accueillir une jeunesse traumatisée par la guerre. Alternatif à l'enfermement, l'internat est conçu comme un temps transitoire dans la vie de l'enfant, pendant lequel il doit se reconstruire avant de retourner dans la vie sociale. Le métier d'éducateur a émergé de ces structures.

L'affrontement d'idéologies politiques sur les notions d'internat et d'internement, l'évolution des mœurs, les avancées de la psychologie et des sciences de l'éducation, le coût et les modes de financement verront dès 1958 la législation française privilégier le maintien de l'enfant dans son milieu familial, même si, concrètement, cette tendance attendra quelques années avant de prendre forme. Avec la dénonciation des effets négatifs et stigmatisants,

¹⁸ BARREYRE JY. BOUQUET B. CHANTREAU A. LASSUS P. *Dictionnaire critique d'Action sociale* Bayard Edition 1995. 436 p.

des réinsertions difficiles à réaliser pour ces jeunes longtemps éloignés et séparés de leur milieu d'origine, l'internat sera progressivement proposé en solution ultime.

Après avoir été le régime d'accueil le plus répandu dans les établissements spécialisés recevant des enfants handicapés, l'internat enregistre une baisse importante du nombre de places disponibles : de 57500 enfants en 1985 (48% des places), il passe à 45000 enfants en 1998 (38 % des places).¹⁹

Aujourd'hui, dans les débats publics sur la question de l'internat, circule toujours l'idée de l'aide sociale, éducative, voire thérapeutique, apportée à l'enfant ou l'adolescent avec le souci du maintien de l'ordre. Les prises de position, favorables ou non qui s'affichent alternativement, sont dues souvent autant à des réflexions idéologiques que techniques.

Marcel JEAGER définit l'internat comme *"modalité de fonctionnement commune à diverses institutions destinées aux enfants et adolescents hébergés hors de leur milieu familial avec éventuellement un retour en famille le week-end (internat de semaine)"*.²⁰

Mais parler de l'internat comme d'un concept unique, même réduit à notre secteur de l'enfance inadaptée, ne rend pas compte de la réalité ou plutôt des réalités. En effet, les missions ne seront pas les mêmes selon que cette structure s'adresse à des enfants handicapés physiques, déficients intellectuels ou en difficulté sociale ou de comportement. Dans ce champ bien délimité de l'institut de rééducation, l'approche territoriale de l'internat que je préconise, qui multiplie les possibilités d'ouverture à l'environnement, de socialisation, d'intégration, confortée par une approche clinique doit consacrer une vision moderne de ce mode d'action médico-sociale.

L'orientation en internat n'est pas une mesure de placement qui s'impose au jeune et à sa famille. S'ils refusent la décision notifiée par la CDES, ils ne se présentent pas à nous. Pour autant, cette démarche *∇volontaire∇* est souvent contrainte par l'absence d'alternative, et l'avis de l'enfant n'est pas toujours considéré.

La suite de ce chapitre du mémoire tentera de clarifier la fonction actuelle de cet internat, en insistant sur les dispositions qui permettent d'en limiter les risques d'effets négatifs.

¹⁹ DRESS. Etudes et résultats n° 106 mars 2001, "*Les enfants handicapés en internat en 1998*".

²⁰ JAEGGER M. Guide du secteur social et médico-social. Paris : Dunod, 1997. p.165

4.2. LES ESPACES DE L'INTERNAT MEDICO-SOCIAL •

4.2.1. L'internat lieu d'accueil

L'internat est un lieu d'accueil et d'hébergement temporaire et différent qui représente un ailleurs vis-à-vis de la famille où il va falloir vivre en collectivité.

Partant d'une observation fine, grâce à sa technicité et à son expérience professionnelle, l'éducateur spécialisé cherche dans sa pratique à organiser et structurer le contenu des temps de vie quotidienne de ces groupes de jeunes et les lieux où ils se déroulent, afin qu'ils se constituent en cadres repérants, stables, sécurisants, apaisants, agréables et sensés, où il devient possible :

- d'identifier et de vivre avec l'autre, d'être attentif à lui et de le respecter ;
- d'avoir un espace où grandir en sécurité ;
- de soutenir sa propre parole ;
- d'intérioriser des règles, la loi et de s'inscrire dans des systèmes d'échanges, de communication avec ce que cela suppose de tensions, de conflits et d'aménagements ;
- de retrouver sa propre intégrité et identité, conditions au cheminement individuel vers un parcours d'intégration ;
- de faire confiance à l'autre, notamment à l'adulte qui, en tant que référent éducatif, garantit la mise en place de ce cadre tolérant, contenant et accueillant.

"L'internat a une visée éducative ou de rééducation qui utilise la collectivité d'enfants et des professionnels pour faire face à cette double exigence"²¹.

L'accueil en internat d'un enfant est un moyen temporaire, parfois expérimental, pour traiter une situation individuelle difficile dans un contexte familial parfois lourd à vivre, si détérioré, qu'il n'aide pas l'enfant à grandir.

Lieu d'hébergement, lieu d'accueil, l'internat offre aussi des espaces éducatifs, sociaux et thérapeutiques complétant l'apport familial. Ces espaces de construction et de rééducation de l'enfant s'ouvrent dès la séparation d'avec ses parents pour conduire, à terme, à des transformations mutuelles et permettre un réaménagement de leurs relations.

En effet, le dysfonctionnement social, relationnel ou cognitif qui a motivé l'orientation du jeune en internat d'institut de rééducation apparaît souvent produit par une relation entre lui-même et son environnement.

²¹ JOSEFSBERG R. Internat et séparations – Les cahiers de l'ACTIF. Novembre Décembre 2001 n° 306-307 p.32

L'internat, ici, n'a pas pour rôle de se substituer aux parents, mais se développe dans une fonction supplétive essayant de compléter leur action éducative auprès de l'enfant. La recherche d'une collaboration, parents – établissement, devient essentielle.

L'objectif d'un retour rapide dans le milieu naturel énoncé lors de l'admission, et que je rappelle fréquemment, induit par lui-même à penser ce temps de l'internat sur des bases de collaboration et d'implication, exigences que certains n'ont ni la capacité ni la volonté d'assumer pleinement. Le sentiment d'abandon d'un enfant est terrible de souffrance pour lui et devient très contre productif en terme d'évolution positive de sa situation.

Si les problématiques de l'enfant et/ou de sa famille requièrent un éloignement pour pouvoir être traitées à partir de cette distanciation provoquée par l'implication de l'enfant dans un autre registre de vie sociale, quotidienne, nous devons veiller à ce que précisément cette séparation ne devienne pas une rupture.

4.2.2. La séparation une notion forte de l'internat

On trouve la notion de séparation dans de très nombreuses disciplines comme la chimie, les mathématiques, la physique, la biologie, le droit. Synthétiquement elle peut se définir par « *la production d'un espace réel ou symbolique à l'intérieur d'un ensemble, d'une totalité qui a pour effet de constituer au moins deux éléments différenciés, distincts, pouvant se maintenir vivants et entretenant un lien réel ou symbolique* »²².

L'internat est destiné à accueillir des enfants pour lesquels il représente une séparation du milieu habituel de vie pour des périodes plus ou moins longues. La séparation n'est pas éducative en soi, ni productrice de mieux être, de développement, de transformation. C'est son organisation à l'intérieur de l'établissement qui retient mon attention. En fonction du dispositif organisationnel et du cadre éducatif, cette séparation peut permettre de tisser de nouveaux liens entre l'enfant, ses parents, sa famille, son environnement habituel et favoriser, pour lui, la réalisation de nouvelles acquisitions ou apprentissages. Ce nouveau mode de vie doit présenter des avantages pour chacun : Moins de temps ensemble peut générer moins de situations de tensions, de conflits, et permettre aux parents de rechercher prioritairement la qualité relationnelle. Souvent l'enfant s'inquiète de la santé de ses parents, craint parfois la perte de sa place, en son absence. Si ces angoisses sont écoutées, considérées, l'internat peut alors demeurer ou devenir supportable.

Dans cet ouvrage cité en bas de page, R. JOSEFSBERG cite A. MAKARENKO qui prétend que ce ne sont pas les hommes qui ont des défauts mais leurs rapports entre eux.

²² JOSEFSBERG R. *Internat et séparations des outils éducatifs ?* Ramanville Saint-Agne : ERES, p.33

Afin de traiter les effets pathologiques produits par une première éducation défailante, l'objectif est de trouver la bonne distance qui facilitera l'ouverture de nouveaux espaces d'échanges, de transaction, d'élaboration entre l'enfant et cet environnement familial.

« La complexité que l'on tente d'éliminer par l'idéologie c'est l'ambivalence. En effet, personne ne peut penser à une décision de séparation sans un tiraillement interne entre l'identification à l'enfant et l'identification aux parents »²³.

La séparation ne constitue pas un parti pris technique absolu et indiscutable. L'orientation en internat d'IR doit être réservée aux enfants présentant une souffrance psychique importante qui ne peut être soignée tant qu'ils restent en famille ; mais qui doit être traitée au plus près de la famille.

4.2.3. L'internat lieu de rencontre avec les familles

Collaborer veut dire travailler avec, travailler ensemble. Partant de cette acception, collaborer avec les familles des enfants, c'est avant tout les associer à la réflexion, à la recherche, aux efforts multiples et produits par chacun dans le but d'une transformation positive de la situation actuelle de l'enfant.

La référence à l'article 3 de l'annexe XXIV ne réduit pas cette association des familles à un partage d'information, même si le fait de formaliser le compte rendu de notre action, tous les six mois, a nécessité un véritable travail sur les fondements de notre projet institutionnel.

En effet ce n'est pas facile à réaliser pour les professionnels compte tenu de la complexité des situations familiales dans lesquelles naissent ou se développent les difficultés des enfants et adolescents que nous accueillons.

Pour autant, les difficultés ne sont pas précisément liées à la situation d'internat et se rencontrent dans les autres services de l'établissement. Cependant, les risques sont plus grands de ne pas bien réussir ce fondamental de notre pratique professionnelle en internat.

Il serait vain de croire que l'objectif de restauration du lien parents enfant pourrait s'atteindre à partir d'actions menées exclusivement auprès des enfants.

La collaboration avec les familles se structure à partir d'une définition et d'une clarification du rôle de chacun auprès de l'enfant posées dès les phases d'admission et d'accueil, et s'organise autour de l'éducateur référent de l'enfant, qui constitue l'interlocuteur privilégié.

Un autre niveau concerne l'engagement de certaines familles dans un processus d'analyse, à la recherche des dysfonctionnements, des dérives qui ont conduit à la situation actuelle ainsi qu'à la recherche de solutions à élaborer ensemble qui permette au parent de modifier son action, de corriger ses interventions auprès de son enfant.

²³ BERGER M. *Les séparations à but thérapeutique* – Paris : Dunod 1997 p.141

Enfin, j'ai récemment institué une nouvelle instance dans l'établissement qui rassemble régulièrement des groupes de parents avec les équipes éducatives de leurs enfants autour de thèmes prétextes à un partage de réflexion et d'expérience (les vêtements de marque, les jeux vidéos, la télé, les sorties, le scooter...) Les parents peuvent ici s'exprimer en corps constitué de parents, assimilable aux parents d'élèves et ne sont pas obligatoirement invités à échanger sur la situation individuelle de leur enfant.

Cet internat ne peut s'imposer à l'enfant et à ses parents à partir d'un ensemble de contraintes, mais doit constituer un lieu favorisant la recherche de réponses qui privilégient la projection vers une nouvelle chance d'intégration.

La multiplicité des modes d'intervention et des niveaux relationnels construits par les professionnels de l'établissement ne peut suffire à combler le fossé que je note entre la diversité des situations individuelles et le caractère uniforme de l'organisation de l'internat.

4.2.4. L'internat lieu d'apprentissage

Dans la prise en compte globale de l'enfant, les apprentissages, qu'ils soient sociaux, scolaires ou pré-professionnels sont donnés comme des objectifs, des indicateurs de progrès et des moteurs accompagnant et stimulant des transformations plus profondes.

L'internat spécialisé n'est pas une école spéciale et je dois toujours lever cette ambiguïté dans les premiers échanges avec les familles. Cette structure offre des ressources pédagogiques en interne, complémentaires à l'Éducation nationale, qui garantissent le droit des jeunes à recevoir une instruction, que je souhaite évidemment de qualité.

Ces jeunes ont besoin du cadre scolaire très individualisé, sécurisant, valorisant que nous leur offrons pour se réconcilier avec l'enseignant et avec la "chose enseignée".

L'intégration de ce cadre pédagogique très élaboré à l'internat semble favoriser les nouveaux apprentissages.

Les grandes écoles ont souvent été dans notre histoire des internats et les séminaires d'entreprise sont encore légion. Toutes proportions gardées, les effets sur les capacités d'apprentissage, induits par cette mise à distance de l'individu vis-à-vis de son environnement, sont de même nature en R: diminution des parasitages, meilleure disponibilité, entraide, soutien, émulation, établissement de liens plus étroits avec les enseignants... Ces phénomènes sont tout à fait repérables dans l'établissement et sont réellement mis en évidence par comparaison entre les enfants semi-internes et les internes.

4.2.5. L'internat lieu de soins

L'enfant ou l'adolescent qui arrive au centre Bourneville ne peut être réduit à un ensemble de symptômes et de difficultés à vivre.

En fait, c'est par l'articulation d'une prise en compte globale de l'enfant, relevant pour une part d'un dispositif collectif d'accompagnement, avec cette forme ultime de prise en compte singulière de sa personne qu'est l'intervention thérapeutique, psychologique, médicale, rééducative, que l'internat médico-social prend véritablement soin de ceux qui lui sont confiés.

La pathologie à l'origine de la présence de l'enfant ou de l'adolescent explique la raison d'être sociale de l'institut de rééducation et l'objectif du travail thérapeutique est de lui permettre de retrouver le plaisir d'utiliser sa pensée pour élaborer ses stratégies d'action et les réaliser plutôt que d'être manipulé par des pulsions qu'il ne reconnaît pas. Cela passe par un travail de repérage de la conflictualisation du jeune dans son histoire, puis son expression et son déplacement sur des personnes de son actualité et enfin, son intégration mentale qui évolue vers une autonomisation par un détachement progressif de la relation d'étayage institutionnel, momentanément utilisée.

Au travers des actes symptomatiques, des relations avec les éducateurs, des rencontres avec le pédopsychiatre ou le psychologue, le passage le cas échéant, par la scène du psychodrame, les entretiens avec les parents et les familles au sens plus élargi, il est de multiples façons de poursuivre cette visée thérapeutique qui ne peut s'exercer, à mon avis, que si la toile de fond institutionnelle est bien arrimée.

En effet, la partie saine de chaque enfant ou adolescent accueilli, a besoin pour continuer à se structurer de trouver un appui symbolique en la structure même de l'institution, constituée par la façon dont chacun assure sa place et sa fonction dans une légitimité vivante et intelligible.

Pour dépasser le caractère artificiel souvent dénoncé, et à juste titre parfois, en opposition au milieu de vie naturel pour désigner le cadre familial, l'internat médico-social doit avant tout constituer pour l'enfant ou l'adolescent un lieu où il peut vivre vraiment.

Ainsi, entre les deux missions fortes que sont l'accueil et le soin, vont pouvoir s'intercaler toutes les autres, pour peu que la séparation soit ou devienne tolérable à l'enfant et à sa famille.

En ce sens, une organisation différente des temps de l'internat (famille, établissement) doit prendre en considération cette question forte de la séparation pour faciliter l'ouverture d'espaces où il sera possible avec l'enfant et sa famille de faire varier la distance établie entre eux, qui permette à chacun de trouver un réaménagement relationnel acceptable.

DES CONSTATS AUX HYPOTHESES ET PERPECTIVES •

Certains des constats et analyses effectués dépassent le cadre de l'établissement, d'autres s'expliquent par des effets de mode, des représentations ou le contexte socio-politique.

Mais, responsable de la mise en œuvre du projet institutionnel et de son évolution dans le respect des engagements et des principes développés par l'association, la considération des éléments exposés induit ma réflexion vers la qualité du service internat de l'établissement.

Son fonctionnement est certainement à remettre en cause face aux exigences de la mise en œuvre du projet individualisé et aux difficultés encore partagées par les enfants et leur famille durant les périodes passées ensemble, les séparations redoutées aussi bien que les situations de rejet.

Pour l'enfant admis à Bourneville, l'internat offre d'abord un espace de séparation, de distanciation par rapport à sa famille avant de se constituer en espace d'accueil, d'éducation, de socialisation, d'individuation, d'autonomisation, de travail, d'apprentissage et de soins. Je fais l'hypothèse que cet enfant trouverait davantage de bénéfices dans les effets produits par ce mode de prise en compte de ses difficultés, si nous modulions sa mise en œuvre par une organisation modifiée, individualisant les périodes, les durées, la fréquence des séjours.

Je retiens quatre objectifs qui peuvent être assignés à ce projet :

- soutenir la réalisation du projet éducatif et thérapeutique en faisant travailler l'enfant et sa famille à un réaménagement acceptable de la relation entre eux ;
- étayer un projet d'intégration avec et pour l'enfant ;
- favoriser l'alliance des familles avec l'établissement dans le traitement des difficultés.
- faciliter l'admission d'enfants plus jeunes.

Progresser dans l'individualisation et la personnalisation de la prise en compte des situations et besoins de chacun nécessite la mise en œuvre de moyens importants, des techniques opérantes, une réflexion collective rigoureuse et appuyée sur une communication vivante.

Les ressources financières disponibles, les caractéristiques des ressources humaines et le développement d'outils concourant à leur gestion, les expériences de partenariat passées ou en cours, l'implication de l'établissement dans son environnement, l'évolution des politiques en faveur de la famille, de l'enfant, du droit des usagers, la situation locale, la mise en œuvre du schéma départemental de l'enfance inadaptée, sont autant d'éléments à considérer et à intégrer dans la réalisation de ce projet.

Sa réussite dépendra pour une large part de l'adhésion et de la participation des personnels.

Ma stratégie mettra l'accent sur l'implication, la responsabilisation, la communication et l'évaluation.

DEUXIEME PARTIE :

REORGANISER L'INTERNAT EN PROPOSITIONS DE SERVICE

5. FAIRE UN CHOIX STRATEGIQUE DE MANAGEMENT

La stratégie est définie par J.M M RAMON²⁴ comme le troisième domaine d'action propre à la direction d'un établissement après le projet définissant des besoins et la gestion posée comme outil au service d'un projet. « *La stratégie s'appuie sur l'évaluation des ressources disponibles, elle permet d'anticiper les évolutions et d'élaborer la marche à suivre* ».

5.1. LE TEMPS DE LA REFLEXION STRATEGIQUE

À l'occasion de la dernière demande de modification de l'agrément présentée au CROSS²⁵ en 2000, qui argumentait l'agrément des capacités installées depuis plusieurs années, officialisait l'expérience de la CL S et les partenariats avec d'autres établissements médico-sociaux, j'avais mentionné dans la présentation générale du document, les premières réflexions qui présentaient quelques perspectives d'évolution de l'internat permettant d'accueillir les week-ends des enfants en difficulté lors des séjours familiaux. Le comité a relevé cette introduction et donné une appréciation positive.

Pour que les changements nécessaires se réalisent en continu, le travail entrepris pour une refonte de l'organisation de l'internat s'appuiera sur les ressources, les moyens et les savoir-faire institutionnels, et accompagnera l'évolution globale de la structure vers son intégration des nouvelles données contenues dans la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale ne s'impose pas comme une contrainte supplémentaire, je la perçois plutôt comme une véritable occasion d'imprimer des changements dans un contexte propre à alimenter et soutenir une réflexion de fonds.

Aussi, sans attendre passivement les publications futures des décrets et arrêtés annoncés qu'il me suffirait alors d'appliquer à la lettre, je pense que pour la mise en œuvre de ce projet d'internat rénové, en cette année 2002, l'essentiel de l'opportunité consiste à rechercher la logique de l'évolution à laquelle nous sommes conviés à participer, pour promouvoir en

²⁴ MÝRAMON J.M *Manager le changement dans l'action sociale* ENSP – 1996 p. 53

²⁵ Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale

interne de l'établissement des changements nécessités par l'orientation vers des hypothèses de travail s'approchant d'une forme de prestations de service définies et proposées individuellement à chacun des jeunes accueillis.

Sachant que toute tentative de modification dans les organisations provoque inévitablement des phénomènes de résistance au changement, surtout lorsqu'elle émane de l'autorité, il m'appartient de créer un mouvement qui prendra appui sur les ressources, les dynamiques déjà agissantes par l'utilisation des systèmes organisationnels et d'information en place. En terme d'efficacité, le meilleur changement s'inscrit davantage dans une continuité que dans les ruptures et résulte d'un grand nombre de petites évolutions.

Les grandes lignes stratégiques que je retiens pour garantir une construction institutionnelle de ce projet intégreront un mode de management participatif déjà éprouvé dans l'institution et l'expérience du projet individualisé développée différemment selon les services de l'établissement. De plus, personnaliser davantage le service rendu exigera de mieux repérer les attentes, fixer les objectifs et évaluer les effets. Dans ce contexte, la mise en œuvre d'une démarche qualité s'impose comme outil de travail institutionnel complémentaire.

5.2. L'APPUI SUR LA DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE

Le projet d'établissement écrit en 1992 en référence à l'annexe XXIV a été réactualisé en 1998 pour intégrer les évolutions dans les pratiques rencontrées au long de ces six années. Dans le même temps nous avons créé et adopté un livret support aux projets individualisés, résultat d'un travail construit sur plusieurs formations. Le déroulement de ces projets est dorénavant organisé en phases d'élaboration, de suivi et d'évaluation, chacune scandée par des réunions de travail pluri-professionnel du même nom qui se sont substituées à ce qu'on nommait réunions de synthèse.

Pour autant, la nécessité de synthèse n'a pas disparu du dispositif.

Il manquait un étage à cette structuration. J'ai décidé en 2001 de faire travailler les professionnels à la rédaction des projets de service qui devaient constituer une traduction plus lisible, accessible et plus opérationnelle, du projet d'établissement.

L'organisation et la planification ont été établies en réunions d'équipe de direction avec les cadres hiérarchiques. De même, furent fixés les thèmes abordés et les grandes lignes des plans structurant ces documents, qui ne devaient pas excéder vingt pages.

Ces documents ont été définis comme outils de communication interne et externe avec les seuls partenaires de l'institution auprès desquels il convient d'expliquer ce que nous faisons, avec un enfant particulier ou à propos d'un régime d'accueil déterminé.

Ils ne sont pas destinés aux usagers ou à leur famille pour lesquels des documents existent (livret d'accueil), et d'autres seront créés (contrat de séjour, règlement de fonctionnement). Six projets de service ont été écrits (internat, semi-internat, SESSAD, SAS , administratif – gestion, entretien) avec, à la base, la participation de tous, regroupés par métiers. Le projet de service constitue aussi un outil d'intégration professionnelle et j'ai souhaité renforcer ce caractère par la méthode même de sa conception. Six commissions, chacune sous la responsabilité d'un cadre, ont produit le travail de synthèse nécessaire et procédé à la rédaction finale proposée à la direction. Pour conclure ce travail, j'ai organisé un temps de restitution auprès de chacun des services. J.M. M RAMON écrit « *le processus d'élaboration du projet institutionnel joue un rôle déterminant dans la constitution de l'équipe. Il favorise la prise de conscience de l'appartenance à un même établissement, à une même communauté de travail* »²⁶. Ce travail mené par service mais avec des va et vient institutionnels a mis en évidence le décalage du projet de service de l'internat vis à vis des projets des autres services : Moins abouti, moins créatif jusque dans sa forme, le ton utilisé et le style employé, il semblait reposer sur des acquis, des certitudes et faisait la part belle à l'institué plus qu'aux jeunes. La critique que j'en fis aboutit finalement à la prise de conscience collective que, sur cette question, nous avons pris du retard sur les autres services et sur l'évolution sociale. J'ai validé ce document comme descriptif de l'organisation actuelle, dans l'attente de la production d'un nouveau projet de service dont j'annonçai dans le même temps la première phase de travail institutionnel pour une mise en œuvre finale sous dix huit mois.

Mon objectif étant bien de mobiliser, de mettre en valeur et en synergie les compétences techniques et humaines qui constituent la plus importante ressource de l'établissement, j'ai retenu la forme du groupe projet pratiquée depuis plusieurs années pour alimenter la réflexion, faire des propositions et créer un niveau de préoccupation positif dans un cercle élargi, alliant des complémentarités en capacité de diffusion à l'ensemble institutionnel et à l'environnement immédiat.

Le management par projet est cohérent avec le besoin rationnel des acteurs de se projeter dans le temps et l'espace et peut renforcer leur implication. La valorisation des professionnels soutenue par des délégations précises et des responsabilités clarifiées crée dans ce type de structure un véritable vivier d'acteurs pour peu qu'ils soient associés très tôt au processus de conception des projets, qui peuvent se fonder alors sur l'innovation, le renforcement de la technicité et l'élaboration accrue de sens.

²⁶ MÝRAMON JM *Le métier de directeur* - Techniques et fictions - ENSP 1992 p.145

Ce mode de management contribue pour une part non négligeable à lever des résistances et à alléger la pression des freins culturels manifestes dans les comportements des acteurs et des groupes. Il connaît aussi ses limites naturelles. La plus importante, qui appelle la vigilance du directeur, concerne la qualité de l'encadrement.

Les cadres, souvent chefs de service, doivent certes posséder les ressources techniques leur permettant d'exercer leur fonction, mais ils doivent surtout être inscrits et positionnés eux-mêmes dans une pratique active de la délégation et présenter de bonnes compétences en animation. Faute de quoi, ils risquent de disparaître du devant de la scène institutionnelle pour revenir à la fabrication et au contrôle, en coulisses, des plannings de travail.

La condition première pour le directeur est donc la constitution d'une véritable équipe de direction et le traitement en continu de la question de leur formation.

D'autres points conditionnent un bon usage de ce management par groupes projets :

- ne pas se tromper sur les objets du travail demandé ;
- ne s'intéresser qu'aux résultats et aux éventuelles difficultés du groupe, mais pas aux méthodes ni aux moyens ;
- fixer un cahier des charges et un calendrier précis ;
- faire confiance.

5.3. LA MISE EN PLACE D'UN GROUPE PROJET

5.3.1. La méthodologie

Pour la mise en place de ce groupe projet intitulé « la diversification de l'internat » j'ai repris la méthodologie utilisée depuis quelques années :

- recherche et désignation d'un animateur sur la base du volontariat ;
- rencontre de l'animateur (en l'occurrence une éducatrice spécialisée travaillant depuis peu en internat après son implication de quelques années dans le SESSAD) pour lui exposer le projet, et sa responsabilité d'animation ;
- détermination de la mission du groupe projet, à savoir :
 - élaborer une réflexion générale sur les questions liées à l'internat en R ;
 - recenser les expériences réalisées dans les autres R visant à diversifier l'organisation de l'internat ;
 - procéder à des auditions des institutions, des organismes, des professionnels prescripteurs des orientations vers l'internat ;
 - repérer les attentes particulières des jeunes et de leurs parents ;

- construire des propositions concrètes destinées à l'élaboration d'un nouveau projet d'internat pouvant inclure les fins de semaine et les vacances ;
- communiquer régulièrement aux salariés les avancées du projet et rendre compte de leurs propositions et remarques à l'ensemble du groupe et à la direction.
- fixation de la durée d'existence du groupe projet à 6 mois ;
- délégation pour le fonctionnement fixé dès la première réunion par ses membres ayant à régler la fréquence des réunions et des modalités de travail en groupe ;
- invitation à produire un projet intermédiaire fin mars et un rapport final fin juin 2002.

Avec la problématique à traiter, ces informations sont publiées et adressées à l'ensemble des professionnels de l'établissement sous forme d'une note d'information leur communiquant également le nom de l'animateur et les invitant à faire connaître leur souhait de participation à ce groupe projet auprès de leur responsable hiérarchique direct.

La liste finale des participants est arrêtée en réunion d'équipe de direction.

Ce groupe a été composé de neuf personnes : Des cadres hiérarchiques et techniques : (directeur adjoint, chef de service et médecin pédopsychiatre), une assistante sociale, quatre éducateurs spécialisés (pas tous issus de l'internat).

Le positionnement de l'institut de rééducation étant clairement défini dans le projet institutionnel et le fonctionnement récemment reformulé dans l'élaboration du projet de service en 2001, le mandat que j'ai donné à ce groupe pouvait effectivement, à partir d'une collecte des besoins et des attentes des prescripteurs, des jeunes et de leur famille, aller rapidement jusqu'à des propositions concrètes de réorganisation.

5.3-2 Le résultat des investigations du groupe

Les résultats de l'enquête concernant les attentes des enfants et de leurs parents au moment de l'admission ont été repris en première partie de ce mémoire.

5.3-2-1 Le recensement des expériences menées par les autres R.

Sur les 21 instituts de rééducation régionaux contactés, 13 ont répondu à l'enquête du groupe et pour les 661 places concernées, 66 % sont des places d'internat. Ces établissements fonctionnent en moyenne 215 jours par an dans une fourchette comprise entre 190 et 251 jours. Ceux réalisant le plus grand nombre de jours d'ouverture fonctionnent partiellement durant les fins de semaine (samedi matin – dimanche soir).

Seuls trois établissements ne proposent pas d'aménagement à la baisse de ce temps d'internat de semaine. Pour tous les autres, ces aménagements prennent la forme

majoritairement d'une sortie de certains jeunes dans leur famille en cours de semaine (mais cela peut aller jusqu'à trois).

Quatre établissements proposent des accueils de un week-end sur deux à quelques week-ends par an. Cela s'adresse à des groupes de trois à cinq jeunes. Ces quatre établissements sont de ceux qui modulent également le nombre de jours semaine, pour des amplitudes annuelles déclarées de 190 à 210 jours d'ouverture.

En ce qui concerne l'accueil les fins de semaine en cas de nécessité, deux établissements font appel à l'Aide sociale à l'enfance, un autre sollicite des lieux de vie et un quatrième est en recherche de familles d'accueil.

Enfin, la nécessité de modifier l'organisation de l'internat et d'en diversifier les modalités de mise en œuvre est exprimée par huit des treize structures, qui n'avancent cependant aucune perspective, ni projet.

5.3-2-2 Les prescripteurs et l'internat

Ce contact avec les prescripteurs qui interviennent en amont de la décision d'orientation de la CDES avait deux objectifs :

- connaître leur représentation de l'internat en R et donc ce qu'ils considéraient être des indications ou, au contraire, des contre-indications ;
- les associer à la réflexion et donc à la conception du projet qui peut en émerger et les interpeller sur ces questions telles qu'elles se posent à nous.

C'est un effet de communication que j'ai souhaité avec cet environnement avant de démarrer véritablement le travail de conception d'un nouveau projet d'organisation du service.

Les personnes interpellées qui ont répondu à cette enquête (14) sont des médecins psychiatres ou pédopsychiatres, travaillant en libéral, en centre médico-psycho-pédagogique et dans des services de pédopsychiatrie du centre hospitalier.

Au cours de consultations, ces médecins prescrivent un régime d'accueil souhaitable dans le certificat initial adressé à la CDES. Quand ils ne le font pas, c'est pour laisser un espace de négociation ouvert entre les familles et les établissements, considérant que les deux options, internat ou semi-internat, sont possibles.

À la question « Dans quelle situation clinique indiquez-vous l'internat ? », onze réponses citent d'abord un milieu familial insuffisamment sécurisant ou repérant. Ils insistent aussi sur la nécessité d'un éloignement de la famille en cas d'interactions trop lourdes avec les parents. Une réponse indique en priorité la nécessité d'un cadre contenant, un autre les troubles de l'enfant mettant en péril la dynamique relationnelle intra familiale, et enfin la nécessité d'un travail d'autonomie, de séparation, d'individuation.

Le contenu de ces réponses venant de médecins m'a étonné. Les raisons cliniques de l'indication de l'internat ont été totalement oblitérées par la considération de la situation familiale. Ces réponses formulées par des travailleurs sociaux m'auraient moins surpris. La prédominance de la composante familiale dans les indications du régime d'accueil apparaît là très marquée et se confirme par les réponses à la même question reformulée pour le semi-internat, prescrit chaque fois que l'environnement familial le permet ou que la maturité affective de l'enfant est insuffisante pour accéder à l'internat.

Le dernier item recherchant si le jeune âge (-8 ans) de l'enfant était une contre indication, il en ressort des réponses contradictoires mais équilibrées en nombre : pour une moitié, les avantages sont nombreux à travailler très tôt avec l'enfant et sa famille et sur un plus long terme ; pour l'autre moitié c'est une contre indication et, si la séparation d'avec la famille est nécessaire, il vaut mieux utiliser une famille d'accueil pour la réaliser.

Les finalités thérapeutiques de l'institut de rééducation sont très déconnectées, dans ces résultats, d'une représentation forte, dominante et décalée de la réalité actuelle de l'internat. Par ailleurs, il n'existe pas dans la région, de lit pour une hospitalisation dans un service de pédopsychiatrie pour un enfant de moins de douze ans et la moitié des médecins ayant répondu sont des médecins hospitaliers.

Si je devais en tirer des conclusions provisoires, je dirais :

- une organisation plus souple, modulable, de l'internat devra encore accentuer l'action vers les familles et devrait favoriser l'orientation d'enfants plus jeunes
- le niveau de relation professionnelle (qualifié de bon, avec ces médecins) laisse entière la question de la réussite de la communication sur ce que nous produisons en tant qu' R.

5.3-3 Les propositions du groupe projet

Au terme du semestre d'existence fixé à ce groupe projet pendant lequel d'autres consultations ont été menées, notamment en interne, il m'a remis ses propositions concrètes de modification de l'organisation de l'internat.

J'ai synthétisé ces propositions et suggestions avant de les diffuser à l'ensemble du personnel (réunions et note d'information) en sept points.

1. Renforcement de l'individualisation du rythme de présence/absence des enfants internes sur la semaine en abandonnant le système faisant qu'un enfant n'était sortant que par dérogation de la direction au principe qu'il devrait être présent quatre soirées et nuits.

2. La détermination du régime d'accueil internat ou semi-internat et le dosage de la répartition des deux devraient se décider en interne postérieurement à l'orientation vers l'établissement.
3. Mixage des groupes internat / semi-internat.
4. Recrutement d'une équipe éducative pour un groupe modulable appelé internat de week-end et petites vacances. Les enfants seraient accueillis par cette équipe selon un planning prédéterminé ou, en fonction des besoins, en urgence. Cette équipe interviendrait du vendredi soir au lundi matin, dans un local extérieur de type villa ou gîte, à proximité de l'établissement. La liaison avec l'institution sera à réfléchir de façon à ne pas trop déconnecter cet accueil éducatif du reste de la prise en charge globale de chaque enfant.
5. Utilisation en complément de l'internat traditionnel, pour certains enfants, de l'accueil familial proposé par le service d'accueil spécialisé individuel de l'établissement.
6. Modification de la procédure d'admission afin que ces modalités puissent se contractualiser avec le jeune et sa famille, avant l'entrée effective.
7. Développement de la communication, diffusion de l'information nécessaire auprès de nos partenaires institutionnels habituels.

En marge de sa mission, le groupe a produit deux suggestions qui n'ont pas été véritablement étayées par une réflexion construite :

- sous-traitance des week-ends et des petites vacances par un organisme spécialisé de vacances et loisirs. Un travail suivi, tout au long de l'année et préparé pourrait permettre d'obtenir une qualité de service rendu à ces jeunes intégrable dans le projet institutionnel.
- signature d'une convention avec un établissement à caractère social proche, sur la base d'un échange de services. Ainsi, en contrepartie de l'encadrement de nos jeunes par des éducateurs de ces structures le week-end, nous pourrions intégrer certains de leurs adolescents dans notre dispositif de formation.

Les effets escomptés, de motivation par une mobilisation et une participation active du personnel, ainsi que la sensibilisation dès le début, de l'environnement directement concerné (prescripteurs, familles, CDES, autres R), dépassent la production des propositions en tant que telles. À ce niveau, j'estime que ce groupe projet a joué pleinement son rôle.

Les choix stratégiques et la définition du cadre méthodologique comme base de la réflexion commune, relèvent de ma fonction. Après avoir communiqué aux membres du conseil d'administration de l'association les données et les réflexions qui sous-tendent les modifications du projet d'établissement, il m'appartient de proposer les orientations.

Ces options prédéterminées prennent leur source dans l'évolution des politiques sociales et médico-sociales, les agréments arrêtés pour l'établissement, la politique associative, les différentes contraintes agissantes dans ou autour de l'établissement, les constats réalisés, mon évaluation des ressources disponibles. Elles fixeront néanmoins les contours de la réflexion institutionnelle à poursuivre, autour desquels vont devoir s'articuler des pratiques renouvelées, la nouvelle organisation à définir avant sa mise en place en termes de ressources humaines, d'aménagement du temps de travail, de locaux, de ressources financières. Ces choix auront des implications fortes sur le fonctionnement institutionnel ainsi que des répercussions sur son environnement dont il m'appartient d'évaluer les effets.

Je préciserai la notion d'accueil à la carte en préalable à la reprise de cette question par un deuxième collectif institutionnel sous ma responsabilité directe, impliquant davantage les cadres et qui devra aboutir à la rédaction d'un nouveau projet de service.

Néanmoins, avant la mise au travail de ce groupe, je compte les faire participer à un auto-diagnostic de l'internat qui sera réalisé par l'ensemble des personnels de ce service.

5.4 LES OBJECTIFS DU PROJET DE SERVICE

Ma conception du projet de service lui confère une dimension de clarification et de précision de l'action médico-sociale dans un niveau de traitement des questions très fonctionnel, organisationnel et pratique que n'aborde pas le projet d'établissement situé plutôt dans un registre stratégique d'anticipation, d'adaptation à l'évolution de l'environnement tout en restant appuyé sur les valeurs propres à l'institution.

Je cite pour les rappeler, les objectifs de communication, de mobilisation et de fédération.

Dans notre jargon médico-social le mot équipe revient souvent. Faire équipe, c'est faire l'effort de la cohésion (centration sur le groupe lui-même) et sur la cohérence (centration sur le but). Le projet de service doit faciliter aux équipes d'éducateurs cette double centration, il doit rester actif en facilitant une évaluation régulière.

La composition pluri-professionnelle de ce groupe de travail est la suivante : Deux chefs de service éducatif ; le chef de service responsable du service administratif gestion et de la gestion des ressources humaines ; un pédopsychiatre ; une assistante sociale ; quatre éducateurs spécialisés du service internat actuel. Aucune de ces personnes n'a appartenu au groupe projet et elles se sont inscrites suite à une sollicitation de ma part.

Dans les grandes orientations qui encadreront ce travail d'élaboration du projet de service, les propositions du groupe projet seront intégrées, assorties de commentaires.

6. DEFINIR L'ACCUEIL A LA CARTE EN INTERNAT

À partir de la mise à plat de certains points et principes fondateurs du fonctionnement institutionnel actuel, de l'émergence des besoins en terme de prise en compte et de traitement pour ces jeunes et leur environnement familial et des orientations de la politique sociale, je vais définir le cadre du changement dans l'organisation de ce service internat.

6.1. DES CONCEPTS DE BASE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Deux termes des dispositions générales de l'Annexe XXIV cités dès l'article 2 peuvent prendre valeur de concepts qui étaièrent la réflexion pour le nouveau projet d'internat : épanouissement et intégration.

L'épanouissement vise une plénitude du sujet et de ses facultés, et n'est pas nécessairement référé à une norme comparative. Il est corrélatif à un certain degré de bien être et à une perception subjective de progression. Ce mot dérive d'un terme qui signifie déployer, écarter et qui s'oriente vers deux sens : d'une part déployer ses qualités, évoluer vers un optimum maturatif, et d'autre part séparer, sevrer. Ce double contenu souligne l'interaction reliant épanouissement et indépendance.

Le terme d'intégration dérive du mot entier et il couvre une diversité de sens allant du mouvement par lequel une personne retrouve son intégrité, s'incorpore à un groupe, se trouve rétablie dans la possession d'un bien ou d'un droit. Dans un institut de rééducation, il s'agit aussi d'intégration par l'enfant ou l'adolescent de ses propres qualités de sujet et sa capacité à prendre et occuper une place dans le trafic des transactions sociales.

Soutenir épanouissement et intégration, comme le précise ce texte de référence, exige de notre part une attention constante aux ruptures et au temps, au temps évolutif de chaque enfant et de chaque famille.

En terme d'horticulture sevrer signifie : couper la marcotte quand elle a pris racine. Le moment pour le faire est précis. Par-delà cette image, tenter une intégration avant que l'enfant ou l'adolescent ne soit au clair avec ses propres racines, c'est le priver de ses moyens d'appropriation. Mais ne pas le faire lorsque seule l'appréhension retient, c'est l'empêcher d'expérimenter, grandeur nature, ses stratégies personnelles.

Pour relancer les situations vécues comme des impasses, les développements empêchés par des souffrances ou les méconnaissances qu'ils révèlent, il est important que l'institution

soutienne l'enfant, l'adolescent, ses parents, sa famille pour qu'ils explorent diverses places possibles et qu'ils trouvent la leur. Ce soutien va passer par la mise à disposition « *d'un lieu pacificateur* »²⁷ capable de « *traiter la souffrance psychique* » d'offrir « *un espace de médiation régulatrice [...] susceptible de recréer un univers stable, rassurant et cohérent* ».

Une autre condition conceptuelle est de créer et d'entretenir un lieu où sont possibles pour chaque enfant des micro-expériences partagées ; et je situe à ce niveau le métier de l'éducateur. En effet, pour relancer un processus de découverte, l'enfant, doit évoluer dans un milieu suffisamment sécurisant et contenant pour ne pas polariser son attention sur des réactions d'autoprotection ou d'excitation. Il peut alors se confronter à des expériences aux variables en partie filtrées ou stabilisées pour lui permettre d'agir avec assez d'efficacité et découvrir les régularités et les lois internes qui relient les actes et leurs effets. Ceci se complexifie ensuite pour faire apparaître les limites des solutions auxquelles il avait recouru précédemment, et enclencher un processus de transformation pour trouver de nouvelles pertinences. L'enfant construit ses connaissances par son action sur l'environnement dans lequel il évolue quotidiennement, grandit.

Bienveillance est le mot qui me semble le mieux résumer l'état d'esprit nécessaire à chaque professionnel appartenant à cet environnement propice à l'épanouissement de l'intelligible et du plaisir d'être. Il suppose une acuité vigilante et une grande disponibilité pour accompagner l'enfant quand il se risque à de nouvelles interrogations actives.

Bienveillance retrouve alors son sens originel : veiller bien et prendre soin. C'est certainement à ce prix que l'épanouissement pourra atteindre un seuil de généralisation transposable dans une intégration d'abord sur mesure, puis de plus en plus diversifiée.

Naturellement, cette relance mobilisatrice ne peut se concevoir sans une référence continue aux familles de ces enfants et à leur implication à la fois concrète et symbolique. La considération et le respect des familles se traduisent par des exigences réciproques.

Le dispositif doit soutenir les capacités parentales à mobiliser l'image qu'ils ont construit pour eux-mêmes de leur enfant. Ce soutien porte sur ce que sont chacun des parents dans leur identité personnelle et ce qu'ils sont dans leur fonction parentale. Ceci en gardant à l'esprit qu'ils ne sont pas bénéficiaires, usagers ou patients désignés consultant pour eux-mêmes, mais parents participant à un effort collectif qui vise à améliorer la situation de leur enfant.

²⁷ GAGNEUX M. SOUTOU P. *Rapport sur les instituts de rééducation*, IGAS n° 99/3 bis

6.2. LE SERVICE RENDU PAR L'INTERNAT

En référence à ces concepts, l'institution a développé son projet global mettant en œuvre des projets individualisés constitués d'actions diversifiées et coordonnées.

« *Un service ne peut se définir comme un objectif pour le prestataire mais comme un effet positif produit dans l'intérêt du bénéficiaire* »²⁸.

Ainsi, le service rendu par l'internat d'un institut de rééducation ne se réduit pas à de l'hébergement, à un service hôtelier et de restauration, à une séparation d'avec la famille. Les prestations concernent aussi une scolarité adaptée, des enseignements manuels, sportifs, artistiques, culturels, une vigilance médicale, une éducation à l'hygiène et à la santé, un soutien psychologique, moral et effectif, un apprentissage cognitif, une éducation sociale et civique. L'articulation des registres éducatif, pédagogique et thérapeutique pour réduire la souffrance psychique, réguler les tendances au passage à l'acte et les échanges avec autrui, stabiliser et réduire la symptomatologie comportementale, est une condition indispensable à l'acquisition de pré-requis sociaux, scolaires ou pré-professionnels dans une perspective de réintégration.

La souplesse de cette articulation et les nombreuses combinaisons possibles facilitent la réalisation de traitements multiples, variés et évolutifs.

Dans le cadre de l'internat, les temps de présence des enfants hors champ pédagogique et médico-psychologique ne connaissent pas ou peu d'adaptations individuelles, et le traitement assez uniforme de l'organisation de ce temps de vie sociale, de vie familiale, espace privilégié de l'intervention éducative, contraste avec la multiplicité des réponses développées ailleurs dans l'institution, qui témoignent d'un véritable travail de recherche et d'esprit d'innovation.

Hormis l'interprétation d'une dérive vers des facilités économiques, historiquement cet état de fait trouve son origine selon J.R LOUBAT dans « *l'hospitalisme compassionnel* » en précisant que « *le fondement caritatif de l'action sociale et médico-sociale s'est perpétué par l'accueil de populations réputées "démunies" dans des conditions que l'on jugeait bonnes pour elles* ». ²⁹

²⁸ LOUBAT J.R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale* – Paris : Dunod 2002 p.83

²⁹ LOUBAT J.R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale* – Paris : Dunod 2002 p.3

En fait, cette organisation répond à des besoins génériques, supposés communs à l'ensemble des enfants et adolescents accueillis, dans lesquels la notion de séparation induite par l'internat tient une place importante.

C'est moins l'établissement qui ajuste son dispositif aux besoins particuliers de l'enfant, mais ce dernier qui est contraint de s'adapter au dispositif de l'établissement en raison de la nécessité de " réparation " sous tendue par sa problématique d'enfant souffrant de troubles du comportement incompatibles avec une vie familiale et sociale ordinaire.

L'internat, tout autant qu'un SESSAD doit être capable d'aider les parents à éduquer leur enfant grâce à la concertation et la collaboration centrées sur ses savoir-faire, et le développement de ses compétences ce qui nécessite de faire des choix dans les moyens à mettre en œuvre.

6.3. INDIVIDUALISER LES MODALITES

Individualiser la prise en compte des besoins comme je l'ai formulé dans le titre, signifie : considérer un à un les enfants avec l'objectif de personnaliser le service rendu, c'est à dire l'adapter à la singularité de chacun d'eux.

Faire le choix de mettre en avant le verbe individualiser plutôt que personnaliser c'est symboliquement prendre appui sur la culture institutionnelle pour promouvoir le changement. Nous pourrions conserver l'essentiel de la procédure et des supports utilisés actuellement dans les projets individualisés en les complétant et les améliorant.

Penser l'individualisation des modalités de l'internat suppose de partir des besoins réels et non plus de problématiques globales, pour établir un partenariat souple, adaptable et dorénavant contractualisé avec les familles.

Notre pratique institutionnelle a puisé ou confirmé ses fondamentaux dans les principes énoncés dans l'annexe XXIV et qui restent totalement d'actualité. Quelques points forts de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale constitueront autant de repères nouveaux balisant l'évolution de la conception même des fondements de l'action.

L'article 2 de la section 1 précisant les fondements de l'action sociale et médico-sociale énonce : « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux [...] et sur la mise à leur disposition des prestations en espèces et en nature* »

Promouvoir, citoyenneté, évaluation, prestation sont autant de mots-clefs qui ouvrent largement les portes à l'évolution du secteur médico-social.

La promotion de la dimension citoyenne des jeunes que nous accueillons et de leur famille invite à leur participation active dans la recherche, dans tous les registres de la vie, de tout ce qui peut concourir à leur développement personnel.

Ainsi l'action sociale et médico-sociale rompt avec la logique d'assistantat qui prévaut encore et au sein de laquelle les avis des bénéficiaires ne sont pas toujours pris en compte.

L'évolution des besoins et des attentes confirme l'entrée dans une autre logique, celle de prestations de service qui ne peut prendre sens qu'en s'appuyant sur une démarche qualité.

L'article 3 précise que « *l'action sociale et médico-sociale est conduite [...] avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun ...* »

L'article 7 énonce les droits assurés à la personne, usager d'un établissement parmi lesquels : « *Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes ...* »

« *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...* »

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

L'exercice de la citoyenneté s'énonce dans ce texte à travers la définition d'autres droits fondamentaux des usagers comme l'intégrité physique et morale, la sécurité, la dignité, la vie privée, l'intimité, la confidentialité des informations, l'accès aux dossiers, l'information sur les droits et les voies de recours possibles, notions sur lesquelles je reviendrai plus loin en évoquant les outils garantissant l'exercice de ces droits, prévus eux aussi par ce texte.

Mais le libre choix entre les prestations, la prise en compte individualisée et la participation à la conception et à la mise en œuvre du projet oriente véritablement notre action vers une personnalisation des prestations servies avec à la clef la contractualisation qui va inscrire notre action médico-sociale « *dans le droit commun des relations de service entre prestataires et bénéficiaires, avec tous les droits et devoirs qui incombent aux parties* »³⁰.

Ainsi, l'article 8 précise qu' « *un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques,*

³⁰ LOUBAT J.R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod 2002 p.17

des recommandations des bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel ».

La lecture de la loi met fortement en évidence comment et vers quoi doit tendre l'action médico-sociale que nous mettrons en œuvre : la modification du statut des bénéficiaires en fait des interlocuteurs à part entière et le service de prestations identifiées, adaptées, individualisées qui leur est rendu selon des modalités précises, doit être contractualisé.

Nous avons là l'orientation fondamentale qui sera donnée aux modalités d'organisation de l'internat et nous sommes entraînés jusqu'à la contractualisation. Ces deux idées supposent, pour leur réalisation, l'utilisation d'outils et la rigueur de procédures spécifiques.

6.4. L'ACCUEIL A LA CARTE

J'ai défini l'internat d'abord comme un espace d'accueil, et mon projet lui associe l'expression qualificative *à la carte*.

Au mot *carte*, le dictionnaire des synonymes³¹ associe les mots *catalogue*, *choix*, *menu*.

Les idées et les représentations portées par ces trois mots précisent et illustrent le sens de ma pensée dans l'emploi de ce terme, au demeurant assez peu académique, et peu usité dans le discours médico-social.

Le *catalogue* précise l'idée d'une liste énumératrice, ici, par exemple, des prestations de service qui sont mises en œuvre dans le cadre de l'accueil d'un enfant ou d'un adolescent en internat. Liste à partir de laquelle des choix pourront être faits. Nous sommes transportés immédiatement vers les droits des usagers énoncés à l'article 7 de la loi 2002-2.

Par rapprochement d'idées réapparaît la notion de projet individualisé qui doit s'élaborer avec l'enfant et son représentant légal.

Enfin au mot « *menu* » le Larousse³² donne deux définitions : « *Liste des plats servis à un repas – Repas à prix fixe servi dans un restaurant* ».

Ramené dans le contexte institutionnel de ce travail, l'essentiel de mon projet consiste justement à vouloir abandonner la deuxième définition pour passer à un menu à la carte nécessitant des choix à effectuer de façon singulière.

Ainsi à chaque nouvel accueil, de façon collégiale enfant – parents – professionnels, il faudra décider d'un certain nombre de prestations (hébergement, loisirs, sports, thérapies, rééducations...) et des modalités retenues pour les mettre en œuvre (fréquences et jours de sorties, organisations des fins de semaines et des vacances scolaires, soins à l'extérieur ou

³¹ BERTRAND DU CHAZAUD H. Dictionnaire des synonymes Paris Dictionnaires le Robert 1995

³² Dictionnaire encyclopédique Larousse. Paris 1999

dans l'établissement...). C'est bien à partir d'une synthèse des attentes, des demandes des besoins et des moyens que s'établira la première phase du \forall menu \forall que l'enfant n'est pas habilité à commander seul pas plus que ses parents n'ont compétence à établir seuls la composition ou l'établissement à décider seul de ce qui sera \forall bon \forall pour l'enfant.

Ces phases de concertation sont à multiplier tout au long de l'accueil de l'enfant.

6.5 LES GRANDES LIGNES D'UNE NOUVELLE ORGANISATION

Il est une partie de l'organisation commune aux enfants internes et semi-internes, qui constitue le minimum en deçà duquel nous ne pourrions parler d'un accueil à temps plein : 215 jours de présence par an, du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h. Le triple registre éducatif, pédagogique et thérapeutique doit pouvoir être développé dans cet espace temporel.

Cependant, les situations individuelles peuvent être appréhendées et traitées avec plus de pertinence et d'efficacité en augmentant le temps de présence des enfants, favorisant une action socio-éducative plus intense et s'appuyant sur une prise de distance d'avec la famille bien marquée symboliquement par le coucher dans l'établissement et par l'intervention des éducateurs dans une sphère de plus grande intimité de l'enfant (coucher, lever, toilette, soin du corps, entretien des vêtements...).

Au contraire, il peut être bien indiqué qu'un enfant, jeune notamment, retourne plus régulièrement en famille, mais pour des périodes courtes. Cet aménagement du temps doit favoriser aussi bien l'intégration progressive d'un enfant à l'internat que sa réintégration, le moment venu, dans son environnement socio-familial.

La modification que je souhaite impulser dans l'offre de service internat concerne l'espace temps éducatif, des soirées, des nuits, des levers, des fins de semaine et des périodes de vacances durant lesquelles l'établissement est habituellement fermé. Il s'agira de le restructurer pour combiner avec les enfants et leur famille un aménagement qui concrétise la volonté partagée de construire un projet en commun.

Répartir des temps de séjours, partagés entre la famille et l'établissement, implique des contraintes et suppose l'adoption de règles de fonctionnement nouvelles :

- l'accessibilité de l'établissement 365 jours par an ;
- la souplesse de l'organisation doit faciliter les rencontres des enfants avec leur famille.

Le rythme, le calendrier, le volume de temps qui tiennent compte des paramètres socio-familiaux et de leur évolution ainsi que des besoins de l'enfant doivent être contractualisés.

S'il est souhaitable qu'un enfant puisse garder le contact avec chacun de ses parents, nous avons remarqué que la gestion familiale des fins de semaine est souvent problématique. Le temps du week-end est long et parfois peu riche en contenu éducatif pour l'enfant.

Selon les situations, il peut être préférable que l'enfant rencontre ses parents et séjourne avec eux une soirée en semaine, et profite des propositions éducatives de l'établissement les fins de semaines, systématiquement ou occasionnellement, le week-end entier ou partiel. L'organisation doit être à la fois planifiée pour avoir un effet repérant et structurant, tout en gardant un caractère de souplesse propre à des adaptations de dernière heure.

- l'ouverture sur l'extérieur de l'internat ne doit pas être compromise par un temps d'accueil plus long, régulier et plus fréquent en week-end. Pour que les enfants ne se sentent pas « enfermés » comparativement à ceux qui continueront à sortir chaque vendredi soir, le nouveau dispositif doit prévoir des sorties régulières de l'établissement pour eux aussi. Ce temps devra se vivre pour eux, hors les murs de l'institution, sur la base, par exemple, de locations à l'extérieur, et être créateur d'expériences sociales ouvertes sur la vie ordinaire : qu'ils aient des choses à raconter le lundi à leurs camarades ! En ce sens, la piste de location d'appartements dans des structures de type village de vacances (dont la raison d'être sociale est justement d'accueillir des personnes en repos ou en vacances) serait préférable à la location de villas. La proximité géographique de plusieurs sites de ce type facilitera l'accueil des enfants en intégration scolaire ayant cours le samedi matin.
- pour veiller à ce que cette réorganisation de l'internat ne produise pas d'effets négatifs par le renforcement du sentiment de dépendance à l'institution chez certains jeunes, l'encadrement éducatif durant ce temps compris entre 215 et 365 jours sera réalisé par des éducateurs qualifiés qui n'auront pas d'autres interventions auprès d'eux dans la semaine, ceci pour permettre aux enfants d'expérimenter ou de se risquer à d'autres modes relationnels, que ceux aménagés avec leurs éducateurs habituels.

J'ai précisé : des éducateurs, car la qualité du travail produit durant ces périodes ne peut s'apparenter à de l'animation exclusivement, et doit se référer à un projet éducatif. Cet accueil possible les fins de semaine et les vacances doit s'emboîter totalement dans le projet global de l'internat et constituer des réponses complémentaires et singulières.

La référence de l'action de cette équipe au projet individualisé de chacun des enfants accueillis pourrait être facilitée par une réunion hebdomadaire avec le chef de service en responsabilité de ce groupe et un membre de l'équipe médico-psychologique. Ces cadres auraient à organiser ce lien institutionnel, ni trop lâche, ni trop serré.

La participation des éducateurs au travail d'analyse des pratiques, obligatoire pour tous, me paraît offrir des garanties supplémentaires de positionnement institutionnel de ce travail.

Sur ce point, j'adhère à la proposition du groupe projet et ne crois guère à la piste de la sous-traitance auprès d'un organisme spécialisé dans l'animation de loisirs et de vacances.

L'idée du conventionnement avec un établissement social est intéressante, car elle confirmerait les expériences citées en première partie que nous menons avec d'autres établissements, et elle irait dans le sens des formules de coopération entre établissements sociaux et médico-sociaux prévus par la loi 2002-2. Pour autant, la connotation sociale qui risquerait ainsi d'être donnée à ce projet ne reflèterait pas exactement la réalité de son positionnement, ancré dans le champ médico-social où c'est la pathologie qui est prise en compte pour décider de la séparation à des fins thérapeutiques.

Pour traiter quelques situations individuelles et surtout ponctuelles, la suggestion (émise par le groupe projet) de faire appel à notre service d'accueil spécialisé individuel peut être retenue. Ceci dit, si un enfant présente effectivement des indications pour bénéficier de ce type d'accueil, qui offre également des garanties de souplesse dans son fonctionnement, il sera souvent préférable de l'orienter complètement vers ce service, plutôt que de lui permettre de grappiller quelques miettes de temps, occasionnellement.

Compte tenu de l'avancée du projet, il convient de procéder à une étude de la faisabilité financière pour vérifier sa compatibilité avec les exigences actuelles du contexte économique, et repérer si les modifications apportées au fonctionnement de l'établissement sont réalisables compte tenu des ressources, de la culture institutionnelle et des capacités au changement de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

7. ANALYSER LA FAISABILITE DU PROJET ET PREVOIR LES REPERCUSSIONS FINANCIERES, HUMAINES ET ASSOCIATIVES

Dans la réflexion stratégique préalable à toute mise en œuvre d'un projet nouveau, après les temps du diagnostic de l'existant, d'élaboration du contenu du projet vient enfin celui de l'analyse des conséquences pouvant résulter des actions entreprises.

Nous poursuivrons ensuite le déroulement de la mise en œuvre pratique

7.1 UNE GESTION FINANCIERE AU SERVICE DU PROJET

7.1.1. La concertation avec l'autorité de tarification

Les premiers échanges avec la DDASS, notre autorité de contrôle et de tarification, ont mis l'accent sur l'intérêt pour les enfants, leur famille, les prescripteurs, que présenterait la réalisation de ce projet fonctionnant selon ces modalités. Cependant la première interrogation forte sur l'intérêt de ce changement pour l'établissement s'est poursuivie sur le contexte aux horizons assez sombres et fermés : les enveloppes budgétaires actuelles ne suffisent pas à faire face aux besoins et les instituts de rééducation en général et mon projet en particulier ne constituent pas une priorité. Autrement dit, l'adjonction de moyens complémentaires risque d'être difficile à obtenir.

La consultation de la CDES me confirme une baisse des demandes d'orientations en internat et une augmentation de celles vers le semi-internat. Nous refusons plus de semi-internes au seul motif du manque de places disponibles que d'internes, pour lesquels nous ne répondons pourtant pas à toutes les demandes, faute de place également.

Selon ces deux avis, une répartition différentes des capacités respectives de l'internat (-8 places) et du semi-internat (+8) mettrait l'offre davantage en adéquation avec la demande.

Grâce à la nouvelle organisation, les passages d'un régime d'accueil vers l'autre, en fonction de l'évolution des situations et des besoins, seront facilités.

La poursuite d'une concertation avec les professionnels de la CDES pourrait produire pour certains dossiers des notifications d'orientation retenant les deux régimes d'accueil. D'où l'importance de la diffusion d'une information auprès des prescripteurs.

Ce réaménagement des effectifs ne changerait pas les autres capacités agréées.

Sur les bases de ces premiers échanges, je vais chiffrer et mesurer les incidences budgétaires avant de revenir vers la DDASS avec l'association pour approbation ou pour mener une négociation.

Le dossier constitué, je proposerai au conseil d'administration de l'association de le soumettre au CROSS pour une modification de l'agrément. Compte tenu qu'il n'y a pas augmentation de l'effectif, une autorisation des autorités de contrôle serait suffisante. Cependant nous avons là un bon support pour faire connaître cette modification structurelle à l'environnement de l'établissement, et particulièrement aux prescripteurs habituels.

7.1.2 L'évolution de l'activité en nombre de journées

La modification des capacités d'accueil se traduit par 1720 journées réalisables en plus pour le semi internat (6880) et en moins pour l'internat (9030).

L'internat ouvert toute l'année pour six à huit jeunes par roulement, réaliserait en estimation basse, 900 journées supplémentaires.

En réalité, il faut atténuer cette estimation des journées facturées (200) en semi-internat à chaque retour pour une nuit en semaine d'un enfant dans sa famille.

Variation de l'activité en nombre de journées

	Année n	Année n+1	Variation
Activité ½ internat	5 160	7 080	+ 1 920
Activité Internat	10 750	9 730	- 1 020
Activité SASI	1 280	1 280	0
Activité totale	17 190	18 090	+ 900

En terme d'activité annuelle prévisionnelle, le redéploiement et la création de cette modalité complémentaire de l'internat provoque une hausse estimée à 900 journées, soit 5.23%.

7.1.3 L'évaluation des besoins et des ressources

Dans le département, les prix de journées des établissements médico-sociaux sont identiques pour l'internat et le semi-internat. La seule variation concerne le forfait journalier versé en plus pour l'internat (10,67 euros).

Les charges de gestion valorisées dans ce tableau concernent les coûts de fonctionnement de ces 150 journées d'internat de week-end et vacances non couverts par le budget actuel ; en effet, en plus de 75% des besoins en personnel, les charges de fonctionnement (alimentation, transport, loisirs et activités d'intégration sociale) seront en partie supportées par le budget actuel. À titre d'exemple, les locations seront couvertes à hauteur de 10600 € par le compte √vacances à l'extérieur√ qui n'aura plus sa raison d'être, à cette hauteur.

L'augmentation du nombre de jours d'ouverture de l'établissement et la nature de l'activité complémentaire accroît les besoins en personnels, exclusivement éducatifs.

Pour six à huit enfants, il faut prévoir deux éducateurs en journée et un en surveillance nocturne. Traduit en temps de travail, puis en postes, nous avons 33 heures quotidiennes, cent cinquante jours annuels auxquels s'ajoutent 6% de temps en réunion, de préparation et de suivi technique, soit 5300 heures qui correspondent à 3.65 équivalent temps plein d'éducateurs.

La transformation d'un groupe d'internat en semi-internat permet l'utilisation des locaux sous leur forme actuelle de structuration et d'équipement : la semaine les espaces collectifs sont utilisés par le semi-internat et dès le vendredi soir, les enfants accueillis sont regroupés dans ce pavillon et investissent les chambres attenantes. À compter du samedi matin, le groupe partira s'installer dans les lieux de location retenus mais pourra, le cas échéant, programmer de rester sur le site le week-end complet.

Les véhicules sous-utilisés habituellement durant ces périodes sont en nombre suffisant pour permettre les déplacements.

Le redéploiement des 3.25 ETP postes éducatifs de l'internat se fera à hauteur de deux postes vers le semi-internat et 1.25 ETP vers ce nouveau service de l'internat.

Les charges des services généraux resteront globalement identiques, mais seront réparties différemment : moins de temps pour le ménage, mais plus de temps consacré au transport quotidien des semi-internes.

Les postes non pourvus mentionnés en première partie sont composés d'un temps plein de veilleur rondier et d'un 0.70 ETP d'éducateur. Ils pourraient être transformés et affectés à ce service en 1.5 ETP d'éducateur.

Les redéploiements internes couvrent ainsi 2.75 ETP des besoins liés à ce projet.

Charges prévisionnelles en euros et variation par rapport au budget alloué 2001		
Charges de gestion courante (comptes 60 – 61 – 62)	17 070	+ 2.52 %
Charges de personnels (0.90 ETP) (comptes 63-64)	29 596	+ 0.92 %
TOTAL DES CHARGES	46 666	+ 1.13 %

7.1.4 L'ouverture de la négociation

Dans l'histoire de l'institution, la baisse de la capacité d'accueil en internat, s'est accompagnée simultanément d'une diversification et d'une augmentation progressive de l'activité. Nous sommes à nouveau dans cette logique.

L'effort de rationalisation des moyens, de maîtrise de la masse salariale me permettent d'affecter à cette opération la plus grande part des moyens nécessaires : une augmentation de 5.23% de l'activité n'entraîne qu'une hausse de 1.13% de la masse globale des charges de fonctionnement. Cette baisse de la capacité en places d'internat, la hausse d'activité globale, sont induites par la recherche d'amélioration qualitative de l'offre de prestations faite aux enfants et adolescents accueillis.

L'évolution des politiques sociales et du cadre réglementaire nous incite à individualiser, personnaliser le service rendu. Les principes développés par l'association et l'évolution

logique de l'établissement s'adaptent bien à cette incitation qui cependant représente un coût que nos efforts de réorganisation ne peuvent couvrir seuls. La DDASS, en tant que service déconcentré de l'État, doit assumer une part de cette recherche de cohérence.

Au terme d'une communication et d'une présentation du dossier final auprès du conseil d'administration et d'une information détaillée du CTE dans lequel, je le rappelle, siègent des adolescents et des salariés de l'établissement je proposerai à l'association d'appuyer une négociation avec l'autorité de tarification, en partant de ces bases.

7.2 QUEL INTERET POUR L'ETABLISSEMENT ?

À la question posée par l'autorité de contrôle, de l'intérêt que pouvait présenter un tel projet pour l'établissement, je suis d'abord resté sans réponse, n'imaginant que des problèmes supplémentaires à gérer, tant ma réflexion ne s'était centrée de prime abord que sur l'intérêt recherché pour les enfants et leur famille.

Pourtant la phrase tirée d'un ouvrage de M. CROZ ER et E. FR EDBERG, citée par P. LEFÈVRE³³ « *Nul n'est hostile au changement pour peu qu'il y trouve un intérêt ...* » confirmait bien, s'il en était besoin, mon sentiment qu'au-delà de la dynamique institutionnelle que je peux chercher à créer par un management axé sur la motivation, la délégation et la responsabilisation, un projet de changement se trouvera d'autant mieux accepté et porté par le collectif institutionnel que la plupart penseront y trouver des avantages directs, indirects ou même virtuels.

En plus du poids financier, la grande richesse de notre activité médico-sociale réside dans la qualité des hommes qu'elle emploie et le rapport entre la qualité du management et celle de la prestation produite par les professionnels m'apparaît très étroit. Selon les conditions dans lesquelles le professionnel est placé, il mettra plus ou moins en valeur son potentiel pour produire un travail de qualité, sensé, réfléchi et innovant.

L'exercice de la fonction éducative auprès de ces jeunes au comportement difficile à comprendre, déstabilisant pour l'interlocuteur, produisant des agressions et des violences qu'il faut en permanence contenir, provoque à terme une charge mentale lourde qui pèse sur ces professionnels et qui caractérise la pénibilité de ces emplois.

Se pose ainsi la nécessité de prévention de ces risques d'érosion psychique et d'usure professionnelle pour ces éducateurs exerçant longtemps dans ce contexte.

³³ LEFÈVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social* – Paris : Dunod 1999 p.129

De fait, l'état des compétences des personnels éducatifs a une influence directe et forte sur la réponse à la demande, en termes de qualité des prestations.

Il est de ma responsabilité, dans une fonction de veille sociale, de mettre en œuvre un processus de gestion anticipée de l'emploi et des compétences qui prenne en compte les phénomènes collectifs risquant, à terme, d'induire une perte de performance de cette ressource majeure de l'établissement au service des usagers.

Un dispositif d'accompagnement de la qualité des ressources humaines est nécessairement complexe et diversifié, et je développerai l'un des outils utilisés et participant pour une large part à la prévention citée plus haut : la mobilité interne, c'est à dire le changement régulier d'affectation de travail pour les éducateurs, selon une procédure définie et connue de tous.

Il me semble que c'est justement à ce niveau que nous pouvons trouver un intérêt institutionnel direct à ce projet pensé en premier lieu pour les jeunes.

7.3 L'ENJEU D'UNE CONSOLIDATION DE LA MOBILITE INTERNE

L'organisation actuelle de l'établissement met en évidence pour les personnels éducatifs une grande variété des activités : selon les groupes d'âge, les régimes d'accueil, les lieux de l'intervention dans le service éducatif et/ou pédagogique. Une douzaine de profils de postes et de rythmes de travail différenciés constituent leur espace professionnel (internat dans et hors l'établissement, semi internat, SESSAD, SASI, CLIS, insertion, centre ressource, classe de soutien, centre de documentation et d'information)

L'internat de week-end et vacances constituera un nouveau profil de poste à verser à la corbeille de la mobilité.

L'institution agit en écran protecteur, structurel, organisationnel et technique vis à vis des professionnels et la mise en routine des activités intra-muros génère la crainte d'exercer au dehors.

Les activités créées ces dernières années, à l'instar de celle-ci qui le sera prochainement, sont expérimentées par un nombre restreint d'éducateurs et s'exerçant souvent à l'extérieur, elles sont méconnues des autres. Pourtant, les considérations relatives à l'identité, à l'autonomie, à la responsabilisation, à la prise de conscience d'une situation d'acteur apparaissent plus dans ces exercices professionnels extériorisés qu'ailleurs. Je conçois qu'un roulement sur ces postes facilite la diffusion et l'essaimage de ces bénéfices auprès d'un plus grand nombre. L'institution est ainsi posée comme terrain où chacun est amené à suivre un parcours contribuant à enrichir son expérience et à consolider ses compétences. La mobilité interne y est positionnée en complément de la dynamique de gestion des ressources humaines et mon analyse des effectifs et de la structure institutionnelle dégage

suffisamment de préoccupations et de points forts pour lui assigner des objectifs précis et mobilisateurs concernant à la fois l'institution, ses usagers et les professionnels :

- traiter les situations d'usure de la motivation professionnelle, d'attentisme ;
- considérer les problèmes individuels liés au vieillissement, au fléchissement de la santé ;
- lutter contre les effets d'autarcie générés par l'institution et inscrire les éducateurs dans des stratégies de réseaux et de partenariats leur permettant de rester créatifs;
- relier les compétences au projet d'établissement et favoriser leur évolution, leur transfert et leur cumul pour répondre aux contraintes de la polyvalence, de la spécialisation et de la recherche permanente de la qualité du service rendu aux usagers ;
- améliorer la communication et le décloisonnement ;
- recomposer les équipes, redéployer les ressources, renforcer certains secteurs ;
- faciliter l'intégration des nouveaux professionnels et leur formation par le transfert vers eux des savoir-faire et des compétences des anciens ;
- accompagner les souhaits personnels, la construction des carrières, les reconversions.

Dans ce contexte institutionnel qui est aussi celui d'un véritable marché interne de l'emploi éducatif (34 éducateurs), les ingrédients apportés par le projet se caractérisent par :

- un emploi du temps regroupé, concentré et spécifiquement positionné durant les temps de week-end et de vacances scolaires ;
- un exercice professionnel hors du cadre institutionnel habituel vécu comme sécurisant ou pesant et nécessitant de s'ouvrir à de nouvelles pratiques ;
- un exercice plus éloigné du regard institutionnel, appelant une forte responsabilisation, un esprit d'initiative, une indépendance d'action et une bonne capacité à rendre compte.

Ce positionnement particulier peut s'avérer motivant pour certains professionnels. Ils peuvent trouver dans ce poste une dimension professionnelle plus étoffée, s'inscrire dans des études supérieures, entamer et réussir une reconversion, organiser plus aisément la complémentarité de leurs vies professionnelle et familiale et même voir là les conditions favorables pour terminer leur carrière. Ce service répondrait également pour une part à ma préoccupation liée à l'augmentation du nombre de salariés travaillant à temps partiel. Cette situation présente dans le service d'internat actuel de réels inconvénients.

7.4 UNE ATTENTION SOUTENUE PORTEE AU CLIMAT SOCIAL

Dans une structure de cette taille et porteuse d'une telle complexité, les relations sociales nécessitent d'être très investies par la direction pour être gérées dans un esprit de partenariat constructif, afin d'échapper le plus possible aux seuls rapports de conflictualité.

Ces relations doivent être entretenues, considérées dans la gestion globale de l'établissement, et donc intégrées dans le management et la négociation.

N'oublions pas que ces salariés élus, mandatés, ont souvent une connaissance affinée de l'institution, de ses potentiels, de ses zones de frottement, de difficulté, de ses ressources.

Tout en leur laissant jouer leur fonction de contre-pouvoir et d'interpellation, les considérer véritablement comme des partenaires permet au directeur de rechercher auprès d'eux des avis, des consultations qui peuvent guider, orienter et influencer les choix et les décisions.

Ils constituent d'indispensables relais de ces décisions et orientations vis-à-vis de l'ensemble des salariés. Mon action auprès de ces quatre instances représentatives du personnel, participe à la mobilisation institutionnelle pour porter ce projet et les changements à venir.

1. Le comité d'entreprise (un comité central est institué auprès de la direction générale de l'association), intervient sur toutes les questions concernant l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, sur la structure des effectifs, la durée et les conditions générales du travail, et il dispose de moyens propres pour assurer son fonctionnement, exercer son rôle d'expertise et gérer les œuvres sociales. Chacune des réunions est pour moi l'occasion d'informer, d'ouvrir des débats, d'essayer de faire porter collectivement des messages vers l'ensemble institutionnel, et de mesurer les effets retours. Les compétences du comité d'entreprise dans les domaines économique et financier, professionnel et culturel en font un partenaire incontournable. Un partage de réflexion et d'intérêt sur ces sujets avec cette instance contribue d'une part à créer et entretenir un climat social favorable, et d'autre part à rester attentif à son évolution.
2. Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dont l'attention portée sur ce tableau de bord qu'est le bilan social en terme de connaissance, d'analyse des ressources humaines et d'observation de la politique sociale, contribue largement à une fonction de régulation et de contrôle du climat social. J'apprécie tout autant la participation régulière du médecin du travail aux réunions de cette instance que je regrette l'absence systématique de l'inspecteur du travail.
3. Les délégués du personnel sont porteurs des demandes et réclamations individuelles des salariés qu'ils assistent, le cas échéant, lors d'entretiens. Notre réunion mensuelle est toujours précédée des questions qu'ils souhaitent aborder, écrites sur un registre dans lequel au terme de notre rencontre, figureront également mes réponses.

4. Les délégués syndicaux interviennent sur les conditions et la durée du travail, l'hygiène et la sécurité, les rémunérations, la formation, les conflits individuels ou collectifs du travail, les négociations collectives et les accords collectifs de travail.

Deux ans après l'ARTT, les contraintes sociales sont encore fortes et la mobilisation des instances sera nécessaire, chacune selon ses prérogatives, compétences et attributions, pour concrétiser - peut-être par un accord d'entreprise signé avec les délégués syndicaux -, l'adaptation du cadre de travail aux besoins et nécessités de ce service.

Il faudra en outre résoudre des problèmes d'amplitude des temps de travail et de repos, d'annualisation des emplois du temps, de surveillance nocturne, de travail des dimanches ... Au terme de la négociation, et compte tenu de la complexité du cadre législatif dont relèvent ces questions nous devons rechercher un accord à faire valider par l'inspection du travail et je déciderai si la mobilité se met en place selon les mêmes modalités ou s'il est préférable d'en déterminer de spécifiques, comme l'établissement de critères de priorité, une fréquence des changements plus courte, les demandes explicitement formulées pour ce poste...

Par delà ma préoccupation d'informer et de faire jouer à ces instances leur fonction relais en communication interne à l'institution, je prépare une négociation pour les mois à venir.

7.5. AIGUISER SES OUTILS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

J'ai à ma disposition une pluralité d'outils qui m'aident périodiquement dans le diagnostic global des ressources humaines, l'analyse et la conduite d'actions concrètes.

J'en mentionnerai trois, déterminants, pour anticiper, mener et évaluer un tel changement :

- 1. la formation est l'outil de développement des compétences, des technicités par excellence : « •I nous faut aussi savoir recentrer les liens qui doivent se tisser entre formation initiale et formation continue afin de mettre en perspective que la compétence n'est jamais définitivement certifiée par un diplôme mais qu'elle a besoins d'une continuité d'adaptations tout au long de la vie professionnelle»,³⁴.

Nous avons vu dans ce registre, la mobilité interne, le développement des groupes projets et je peux mentionner le bilan des compétences dont l'utilisation par les salariés est en nette progression.

La formation se définit et se traite aussi en investissement à long terme. Par des choix de gestion des ressources humaines, un plan pluriannuel peut sortir la formation de l'espace de la consolidation de l'existant pour aborder ceux du changement et de l'anticipation.

³⁴TRONCHE D. in *Qualifier le travail social*. Paris : Dunod 2002, p. 5

Ainsi, faisant suite à une analyse des besoins de formation conduite auprès de la totalité des salariés, nous avons construit avec l'aide de fonds européens et déroulé durant trois ans un plan pluriannuel de formation, piloté par une commission pluri-professionnelle de douze personnes, chargée d'accompagner ce processus.

L'évaluation intégrée à ce dispositif de formation, travaillée par la commission de pilotage, a constitué en soi une approche expérimentale, complémentaire et formatrice quant aux questions liées à l'évaluation en général : définition des attentes, des perspectives, choix des outils, préparation, construction des questionnaires, des grilles, processus de résistance ...

Dans mon appréciation des résultats de ce plan, le processus d'accompagnement a enregistré des effets tout aussi forts pour l'institution que les formations elles-mêmes.

En considérant l'évolution institutionnelle en cours et le travail déjà effectué, les axes de formation qu'il me paraît important de développer pour le collectif à cours et moyen terme concernent l'évaluation et la démarche qualité, mais aussi les écrits professionnels et l'utilisation de l'outil informatique, l'apprentissage d'une méthodologie de conduite de réunions, la prévention de la violence, la gestion des conflits et la médiation.

– 2 L'entretien annuel d'évolution professionnelle³⁵ est l'un des outils de mobilisation et de dynamisation, s'il est réalisé dans une perspective de management participatif où le salarié est mobilisé comme acteur professionnel. Cette réalisation régulière et systématique menée par les cadres avec les salariés ou par moi-même avec les cadres hiérarchiques et techniques. Nous cherchons à apprécier la manière dont chacun assume sa fonction sous ses aspects techniques et relationnels et nous facilitons l'expression de souhaits dans les domaines professionnels ou personnels. Ces entretiens peuvent affiner le repérage et donc faciliter l'élaboration d'un traitement de difficultés individuelles fortes ou au contraire naissantes. C'est aussi une composante indispensable au dispositif de mobilité mis en place.

– 3 Le bilan social, est lui, un outil de connaissance, obligatoire seulement dans les structures de plus de trois cents salariés ; mais je l'utilise au même titre que certains tableaux de bord en gestion financière et administrative. Il contient :

- les informations sur la structure de la population du personnel et il peut renseigner sur l'évolution et les tendances.
- les conditions de travail et de sécurité (accidents, maladie, aménagements du temps)
- les comportements des salariés (absentéisme, départs).

Pour le directeur, le bilan social permet l'observation des évolutions notamment d'indicateurs du climat social, propres à faciliter la détermination d'une gestion des ressources humaines.

³⁵ Grille d'entretien d'évolution professionnelle, se reporter annexe IV

7.6 L'INSCRIPTION DANS LE PROJET ASSOCIATIF

Nous sommes bien dans le champ interne à l'établissement, celui de mes compétences et dans le cadre de ma délégation définie par l'employeur. Cependant le résultat de ces négociations aura des répercussions au niveau de l'ensemble de l'association. La consultation régulière et le suivi avec le directeur général et le président, permettront d'intégrer la singularité de l'établissement dans une cohérence associative.

Mes contacts réguliers avec mes collègues directeurs, notamment par la réunion mensuelle du conseil de directeurs, contribueront à la recherche d'une cohésion.

La mobilisation des acteurs, des instances représentatives du personnel, à chaque étape du projet, doit être soutenue par une forte implication de l'association et de ses instances que je continuerai de solliciter à chaque étape de réalisation.

Suite à l'énoncé d'un projet politique, d'une définition des axes, des principes et des modalités de développement, notifiés clairement par l'association, les cadres dont je suis, agissent une traduction pratique. Les principes que j'ai rappelés, soutenus par l'association (promotion de l'innovation, diversification de ses actions, adaptation aux besoins et recherche), me semblent constituer un terrain favorable à l'éclosion d'initiatives et d'engagements personnels, de prise de risque de la part des directeurs.

Au sein de cette association, avant le passage à l'acte dans l'exercice de la délégation qu'il a reçu, il est reconnu au directeur un rôle à la fois d'expertise et de conseil auprès du conseil d'administration.

C'est bien sur l'exercice de la délégation de pouvoir reçue, contrôlée et évaluée que se fonde ma légitimité de directeur d'établissement à conduire ce projet.

Sur le principe d'une distinction nette entre politique et technique, l'articulation entre ces deux champs favorise la projection vers l'avenir, la détermination des options et l'adaptation permanente des structures institutionnelles existantes. « *La délégation s'inscrit dans le projet politique associatif. Si celui-ci détermine les objectifs et les résultats, les moyens de sa mise en œuvre relèvent de ceux qui ont reçu délégation de l'instance politique* »³⁶.

8. CONTINUER LA MISE EN ŒUVRE D'UN SERVICE DE QUALITE

Les lignes de force du cadre dans lequel devra se réorganiser l'internat étant fixées et validées par le conseil d'administration, elles permettront la rédaction du projet de service selon les modalités que j'ai définies.

Ce document doit proposer en termes simples une présentation globale de l'ensemble des prestations proposées par l'internat (internat de semaine, internat de week-end), expliciter le

³⁶ MÝRAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : ed. ENSP 1996 p. 71

contenu, les modalités de mise en œuvre de chacune, ainsi que les procédures afférentes au projet individualisé permettant la personnalisation de ces prestations.

Sur ce point, si nous disposons déjà d'un document standard intitulé projet individualisé³⁷ qui constitue une bonne base pour mettre par écrit les objectifs du projet, les éléments de son suivi et son évaluation semestrielle, la mise en œuvre de ce projet centré sur l'enfant et ses besoins contient des exigences auxquelles nous ne satisfaisons pas pleinement.

L'engagement de ce projet arrive à point nommé pour l'inclure dans un travail institutionnel qui mette en adéquation notre existant avec l'évolution législative.

L'élaboration sera transposable dans chacun des autres régimes d'accueil et s'intégrera dans la réécriture du projet d'établissement constituant la consolidation de cette démarche.

L'article 79 de la loi 2002-2 fixe le délai pour l'exigence du projet d'établissement à janvier 2003. Pour une large part, le projet d'établissement existant est conforme à la formulation qui en est faite à l'article 12 de la loi 2002-2. Concernant ses lacunes, l'évaluation de ses activités et de la qualité de ses prestations, avant de passer concrètement à une phase d'écriture, je dois d'abord continuer la phase préparatoire.

D'autres outils doivent être préparés, dont l'échéancier et le contenu seront fixés par décret.

Ils sont étroitement liés, comme base, à la mise en œuvre d'un service de qualité et à ce titre ils devront être mis en chantier très vite. Il s'agit du livret d'accueil (qui existe, mais dont le contenu sera repris), du contrat de séjour (dont nous avons vu l'importance dans ce projet), du règlement de fonctionnement fixant les droits, mais aussi les obligations et les devoirs des usagers dont on peut convenir de l'importance éducative dans ce type de structure.

Pour mener conjointement la transformation de l'internat et la mise en adéquation de l'établissement avec ces exigences, je devrai, sur les principes déjà arrêtés de mobilisation et de participation, établir un échéancier pour une planification stricte et cohérente.

Ce travail représente un investissement lourd par la dépense, et à la fois l'emmagasinement d'énergie, pour une institution. Ces charges de travail très importantes, nécessiteront de ma part, des choix et des arbitrages de gestion et d'organisation.

8.1 LA DEMARCHE QUALITE

Le texte de la loi 2002-2 pose bien le cadre et les principes d'une dynamique d'amélioration de la qualité par « *une meilleure adéquation de l'offre à l'analyse des besoins et des attentes*

³⁷ se reporter annexe V.

de la population, une plus juste expression de l'originalité et des droits des usagers et aux familles, une meilleure qualité de vie et de traitement »³⁸.

La construction et l'entretien quotidien d'une telle dynamique nécessitent un état d'esprit que le directeur doit insuffler à la collectivité institutionnelle.

Engager une démarche qualité à cet instant, c'est profiter d'une obligation légale pour la constituer en occasion à saisir, afin d'accompagner la réalisation du projet et plus largement le travail de réélaboration du sens et de redéfinition des moyens de notre action.

Compte tenu de ses caractéristiques, l'évaluation des résultats, de l'efficacité et de la pertinence du travail éducatif, pédagogique ou thérapeutique apparaît particulièrement délicate. Les résultats sont le fruit d'interactions multiples, inscrites dans des contextes spécifiques, peu reproductibles à l'identique, et pourtant toujours à recommencer.

La maîtrise des techniques supports de la démarche éducative, par exemple, ne garantit pas plus les résultats même si elle constitue une condition nécessaire de mise en œuvre. Les acquis des enfants sont parfois infimes et souvent fragiles.

L'évaluation et son prolongement que constitue la démarche qualité doivent donc être très adaptées à ce contexte et garantir à terme la qualité des interventions produites par l'établissement à l'intention de ses usagers.

J'é mets l'hypothèse qu'aller plus avant sur ce terrain avec les professionnels de l'établissement dès à présent, dynamisera leur participation à la conception et à la formalisation de ces nouveaux outils prévus par la loi, conjointement avec l'aboutissement de ce réaménagement de l'internat.

8.1-1 Les sens des mots

Selon le Larousse³⁹ « *la qualité est la manière d'être bonne ou mauvaise de quelque chose, état caractéristique* ». Cette définition est déjà porteuse du double sens donné aujourd'hui à ce mot : La désignation de la nature d'une chose ; l'évaluation de ses propriétés.

La qualité (du latin qualis talis : tel quel) exprime aussi la correspondance entre ce qui est attendu et ce qui est fourni.

Plus proche encore du contexte qui nous occupe, « *la qualité est l'ensemble des propriétés caractéristiques d'un produit ou d'un service, qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites des utilisateurs* »⁴⁰.

³⁸ DUCALET P. LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* Paris : Seli Arslan, 2000 p.45

³⁹ Dictionnaire encyclopédique Larousse. Paris ; 1977

Poser comme point de départ de notre action médico-sociale les besoins de la personne accueillie en terme de recherche de qualité, dans ce contexte, nous oblige vis-à-vis d'elle à sa satisfaction au regard des besoins exprimés certes, mais aussi du développement de ses compétences (affectives, relationnelles, sociales, cognitives, techniques ...).

Nous ne pourrons avancer dans cette voie qui permette effectivement de personnaliser le service rendu, qu'après nous être dotés d'outils favorisant le repérage, la captation des besoins des jeunes, la formalisation de leurs attentes (qui seront le résultat d'une négociation entre eux, leur famille et l'institution) et l'élaboration des réponses et dispositifs particuliers pour finir par l'évaluation de ces dispositifs et des effets produits.

L'objet d'une démarche qualité de service vise à la réduction des écarts entre le service attendu, le service déclaré et le service rendu. Selon J.R. LOUBAT⁴¹ pour qualifier un produit, un service, la qualité doit se référer à une méthodologie d'évaluation et d'appréciation. « *La démarche qualité, quant à elle, relève d'un choix de fonctionnement, d'un engagement stratégique et professionnel qui se traduit par un certain type d'organisation, par la mise en place de procédures opérationnelles déterminées et leur mesure de contrôle. Elle est le processus global qui permet d'obtenir un certain niveau de qualité* ».

Cette démarche garantit une lisibilité et une conformité en référence à des normes qui constituent pour le client, le bénéficiaire ou l'utilisateur d'un service, un ensemble de garanties. En plus de ce que nous avons vu concernant les besoins et les attentes des usagers, cela suppose l'énoncé de ce que l'on veut faire (objectifs, résultat attendu), de la méthode de réalisation, de la qualification des opérateurs, de la détermination des procédures utilisées et de leur validation, des moyens de contrôle.

8.1-2 La culture interne

L'établissement n'est pas novice de toute information, sensibilisation et expérimentation en matière d'évaluation. Retenu en 1999 comme site expérimental pour la mise en place d'un guide pour des interventions de qualité auprès des usagers par l'ANCREA , il s'est vu proposer une démarche pour s'approprier une méthode de questionnaire qui ne portait pas sur une mesure des résultats (effets du service rendu), mais sur une appréciation des garanties d'effets de qualité que comporte la construction des interventions et des services.

⁴⁰ Norme AFNOR NFX 50-109 – AFNOR : Association française de normalisation qui représente la France au sein de l'International Organization for Standardisation (ISO).

⁴¹ LOUBAT J.R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale* – Paris : Dunod 2002 p 46

Sous forme d'une formation action de six mois en convention avec le CREA Languedoc-Roussillon, nous avons mobilisé un groupe référent interdisciplinaire de douze personnes et réalisé de nombreux allers-retours avec l'ensemble des salariés.

L'objectif était la mise en place d'un processus d'évaluation interne de la construction des interventions pour apprécier la qualité des services adressés aux usagers.

Cet exercice pratique d'appropriation d'une telle démarche de questionnement a suscité, par exemple, la création de tableaux de bord encore utilisés dans le repérage préalable pour mieux anticiper et gérer les situations à risque, les conflits, les transgressions.

L'approche facilitée par la structuration très lisible et le premier abord immédiatement familier du référentiel qualité, disponible dès 2000 et élaboré par le CREA de Poitou-Charentes, ont motivé mon appel à cet organisme pour l'accompagnement dès 2001 d'une étape supplémentaire vers une logique de prestations de service individualisées.

J'ai centré l'action cette fois-ci sur les cadres, tout en diffusant à l'ensemble institutionnel l'information sur ce qui se mettait en place.

Deux séminaires d'information, de réflexion et d'appropriation des concepts ont permis d'élaborer et d'analyser un premier tableau de synthèse à partir du référentiel, et formé les cadres à la conduite d'un travail d'auto-diagnostic, et de repérage des pratiques.

8.1-3 Expliquer et mobiliser

La démarche qualité, comme tout projet managérial important, ne peut être portée par une seule personne. L'information, la communication, la connaissance partagée contribuent à élargir le cercle des alliés ayant élaboré une représentation collective sur l'objet et le projet. Pour autant, plutôt que communiquer sur la qualité, j'ai misé sur l'appropriation par l'expérimentation. Le travail en alternance du groupe référent et des réunions par fonctions (éducative, soins, pédagogique, administrative et gestion, maintenance), consolidé par des écrits organisant la progression de la réflexion ont été un excellent support à la communication lors de l'expérimentation de 1999.

Dès le jour de la rentrée de septembre, j'ai programmé une réunion institutionnelle qui s'adressera à l'ensemble des salariés. Trois points sont à l'ordre du jour de cette réunion :

- une information préparée et diffusée par les cadres concernant les points forts de la loi 2002-2 (neuf mois après la publication, un travail pédagogique doit être poursuivi);
- la liste des chantiers qui devront être ouverts selon un premier échéancier ;
- la poursuite et l'organisation du travail sur le projet de service internat par une démarche d'évaluation, un groupe de rédaction, un nouveau groupe projet.

Au cours des échanges qui suivront cette information, je souhaite préciser et communiquer le sens que je donne à cette action collective, en termes clairs, simples et mobilisateurs : que

chacun comprenne le contexte dans lequel cela se produit, qu'il sache ce qu'il doit faire et qu'il repère ses marges de manœuvre.

8.2 LA MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE D'EVALUATION DE LA QUALITE ET DES PRATIQUES

L'objectif de cette démarche est double :

- familiariser les professionnels avec ce type de processus à partir d'un auto-diagnostic ;
- créer un outil d'évaluation pour repérer les bonnes pratiques sur la base du projet de réaménagement de l'internat; mesurer les écarts, trouver des stratégies d'amélioration et proposer des actions et des aménagements concrets à retenir dans ce projet.

Les moyens sont basés sur des évaluations faites à partir du référentiel commun proposé par l'organisme que j'ai retenu pour nous accompagner dans cette démarche.

Compte tenu du travail préalable d'appropriation du référentiel et du guide d'évaluation de la qualité réalisé avec les cadres, j'ai centré cet accompagnement sur une aide à l'analyse des résultats (une journée) et un travail prospectif d'organisation d'une structure d'animation de la qualité (une journée).

Pour réaliser l'auto-diagnostic, chaque professionnel concerné par le service internat aura à évaluer seize indicateurs généraux regroupés dans quatre objectifs principaux⁴²:

- assurer une organisation du fonctionnement collectif claire et efficace ;
- satisfaire et promouvoir les personnes accueillies et leur entourage ;
- concevoir et mettre en œuvre l'intervention et ses modes opératoires ;
- préparer et pratiquer l'évaluation et l'amélioration de la qualité.

Ce travail d'auto-diagnostic piloté par les cadres s'effectuera par groupes professionnels et conduira à répertorier sur une grille commune pour chaque groupe la synthèse des avis individuels. Chacun occupant une place spécifique dans la structure, les avis différeront et il conviendra d'échanger pour comprendre et s'expliquer les écarts.

Sur la base de cette diversité nous pourrons envisager les améliorations à apporter aux prestations proposées aux enfants et adolescents. Cette phase du travail est prévue pour un total de trois journées que j'ai programmées cet automne 2002.

Compte tenu des quatre objectifs principaux retenus, ce travail diagnostic devrait produire des réflexions directement exploitables dans le cadre du projet d'internat, mais aussi du

⁴² voir la structure de ce référentiel qualité en annexe VI.

fonctionnement global de l'établissement, et préparer le travail pour mettre l'institution en adéquation avec la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Les indicateurs généraux des trois premiers objectifs, listés ci-après, constituent un formidable support à l'élaboration du projet d'internat et des supports devant l'encadrer:

- La gestion du temps, des horaires vis-à-vis des jeunes et du respect de la réglementation
- Les réunions : objectif précis, préparation, animateur, compte rendu écrit, suivi efficient ?
- L'enfant ou l'adolescent connaît ses droits et ses obligations (charte des droits et devoirs, règlement de fonctionnement). Ses droits sont respectés, il exprime son point de vue (captation de sa satisfaction), il participe volontairement à l'action (document individuel ou contrat co-élaboré, co-signé, et remis au jeune et à ses parents) ?
- La connaissance de l'enfant : besoins, capacités, difficultés, aspirations sont repérés et enregistrés, les dossiers sont actualisés, analysés ? Un dispositif d'information existe ?
- Les services rendus selon leur nature (livret d'accueil de l'établissement, projet d'établissement, projet de service) apportent la satisfaction (évaluation de cette satisfaction) et le développement des compétences (grilles d'évaluation). L'entourage familial est accueilli (protocole), les parents sont informés (fréquence, forme, délais) accompagnés, soutenus (type d'aide apportée) et associés aux choix des objectifs et à l'action (élaboration du projet individualisé, son suivi, niveau de satisfaction) ?
- Les différentes étapes de l'intervention sont définies, les changements sont justifiés (évaluation écrite, information préalable), les traces du parcours sont écrites ?
- Un projet individualisé existe et s'appuie sur des objectifs, des priorités, un responsable (éducateur référent), une coopération réelle avec la personne et des modalités d'évaluation (calendrier des réunions, bilans, synthèses, grilles d'évaluation) ?
- Un programme de prestations (ex. culture, sport, soins rééducation) s'appuyant sur des approches techniques est préparé, réalisé et ajusté en fonction du projet ?
- Les professionnels et les partenaires externes sont associés aux ajustements du projet ?

J'ai inclus le quatrième objectif concernant l'évaluation de la qualité et son amélioration dans ce travail d'auto-évaluation pour poursuivre ce questionnaire sur la qualité et la familiarisation avec ce processus. Les indicateurs concernent les outils d'évaluation de la qualité, les ajustements engendrés par les écarts entre les objectifs et les résultats et l'évaluation de ces pratiques elles-mêmes.

Les personnels et cadres que j'ai retenus pour constituer le groupe d'écriture du projet de service auront participé à ce travail d'auto-évaluation. Ils en seront imprégnés pour produire des propositions en adéquation avec cette évaluation, avec les orientations législatives nouvelles et avec le cadrage technique et matériel que je leur aurai fourni.

Cette expérimentation réalisée par un collectif important et donc largement diffusé à l'ensemble institutionnel constituera, un engagement vers ce processus de changement.

8.2-1 Les inconvénients de la démarche suivie

La loi 2002-2 instaure l'obligation légale pour les établissements d'évaluer leurs activités et la qualité de leurs prestations « *au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles* ».

Cette évaluation interne doit être communiquée tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation, elle peut être accompagnée par un organisme extérieur et elle ne peut être confondue avec l'évaluation qui devra être réalisée par un organisme extérieur habilité et dont les résultats seront également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Aujourd'hui, les référentiels qui entreront en lice pour obtenir l'habilitation ministérielle après avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale sont déjà repérés.

Compte tenu de l'impulsion souhaitée à cette question, j'ai choisi la référencement, c'est à dire que j'ai choisi de viser la norme contenue dans le référentiel produit par le CREAHI avec lequel nous travaillons.

L'association aurait pu souhaiter effectuer ce choix, éventuellement, pour l'ensemble de ses établissements. L'idée d'un référentiel unique, même s'ils ne sont pas très éloignés les uns des autres est une question qui se posera à court terme et qu'il lui faudra traiter en tenant compte de la grande diversité des services et établissements qu'elle gère.

Je n'ai produit en fait qu'une information préalable et suivie, car, avec le changement de directeur général survenu dans l'année, les préoccupations et le niveau de saisie des questions entre l'association et l'établissement se sont trouvées en décalage.

Cependant, les premiers échanges à ce sujet avec le nouveau directeur général issu du secteur sanitaire, et donc rompu à la démarche d'accréditation, (différente cependant à de multiples niveaux, dont la finalité), me confortent dans mon choix expérimental pour soutenir le débat et l'étayer d'arguments, quand il sera ouvert au niveau associatif.

8.3 REPENSER LE PARTAGE DE L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION

La réorganisation de l'internat selon ces nouvelles modalités, poussant plus avant le concept du projet individualisé, multipliant toujours plus le nombre d'intervenants auprès d'un même enfant et externalisant une partie de son activité, me préoccupe à trois niveaux :

– 1 Les procédures : l'admission, la captation des besoins et attentes, l'accueil, le montage des projets, leur contractualisation, l'évaluation ... Certaines de ces procédures seront repensées par le groupe chargé de l'écriture du projet. D'autres seront confiées à des groupes dans le cadre du travail préparatoire au projet d'établissement, puis validées ensuite;

- 2 Le pilotage du projet individualisé: Le concept d'éducateur référent garant de l'élaboration et du suivi du projet individualisé est maintenant intégré dans sa forme opérationnelle. Une fiche particulière⁴³ a été ajoutée à la fiche de fonction de l'éducateur spécialisé. Cette évolution de nos pratiques institutionnelles devrait confirmer cette option et renforcer les fonctions de coordination et de prise en compte singulière des enfants inhérentes à la mission d'éducateur référent.

- 3 La communication inter personnelle, inter professionnelle et inter service : Je crois nécessaire de concevoir une organisation qui favorise les échanges d'information, les régulations entre les différents intervenants, la constitution et le suivi des dossiers des enfants. Cette question est si lourde d'enjeux qu'il me semble prioritaire de détacher les moyens nécessaires pour la traiter dès à présent.

J'imagine développer les outils de communication en étendant le parc informatique au-delà des trois réseaux existants (service administratif, école, collège) et mettre en réseau l'ensemble des postes informatiques. « *La communication permet la mise en relation et la coopération des équipes nécessaires à la synergie des actions. Elle permet aussi la construction de sens et nourrit la dynamique de la confiance entre les acteurs du système* »⁴⁴.

Pour formaliser au mieux ce travail préparatoire j'ai déterminé deux actions successives :

1. La réalisation d'un diagnostic court par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT);
2. La création d'un groupe projet accompagné par un informaticien et un universitaire ayant déjà supervisé l'informatisation en réseaux d'une structure médico-sociale. L'intitulé du groupe projet serait " réseau d'information et dossier individuel ".

8.3-1 Le diagnostic court de l'ANACT

Ce dispositif mis en place par le ministère du travail est une aide publique prenant la forme d'un service gratuit aux entreprises qui en font la demande.

Dans une perspective de changement et de modernisation, il apporte à l'entreprise un éclairage extérieur visant à l'aider à identifier les enjeux liés à l'activité de travail et à apprécier les marges de manœuvre dont elle dispose dans son évolution.

⁴³ Se reporter à l'annexe VII

⁴⁴ DUCALET P. LAFORCADE P. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Sali Arslan 2000 p.186

Les enjeux sont envisagés au double point de vue de l'efficacité de l'entreprise et des implications du personnel. Le diagnostic court ne vise pas à proposer des solutions déjà élaborées, mais plutôt à permettre une approche concertée des questions du travail.

Au terme des contacts préalables établis avec deux chargés de mission de l'ANACT, leur intervention au centre Bourneville retiendrait quatre objectifs :

1. Contribuer à l'apprentissage d'une nouvelle manière de décoder le fonctionnement de l'organisation et construire avec les acteurs concernés (direction, encadrement, comité d'entreprise, salariés) la demande de l'institution ;
2. Accompagner l'institution dans son évolution ;
3. Enrichir le processus de décision ;
4. Créer une dynamique en donnant des éléments de compréhension et d'analyse ainsi qu'en faisant évoluer les représentations sur des situations de travail.

Plus précisément l'intervention se fonde sur l'idée que l'analyse du travail est un préalable nécessaire pour penser les conditions d'usage de l'outil informatique.

Le diagnostic sera donc orienté de manière à répondre à trois questions :

Quels sont les objectifs et les enjeux de la mutualisation des informations et des documents ? Quelle est la nature des informations à mutualiser ? Quelle valeur ajoutée d'un outil informatique pour la circulation des informations et des documents ?

Nous avons convenu de trois journées d'intervention, fixées en novembre et décembre 2002 pour une remise du diagnostic en janvier 2003. Le recueil d'information et les échanges se réaliseront par des entretiens individuels (direction – éducateurs référents) ou collectifs (équipes socio-éducatives, pédagogiques médico-psychologiques, représentants du personnel) et des observations de réunions.

8.3-2 Le groupe projet "réseau d'information et dossier individuel"

Le développement de la technologie et l'évolution du niveau global des compétences internes à l'établissement permettent d'aborder la communication et la coopération entre professionnels par la création d'un nouvel outil de travail : le réseau informatique, qui constitue une base d'informations pouvant contenir des documents sur la vie et le fonctionnement de l'établissement ainsi que des données concernant les salariés et les usagers. Les personnes seront habilitées à le consulter ou le renseigner en fonction d'un organigramme d'autorisations à élaborer.

L'utilisation de tout système informatique relié à un réseau suppose de la part des utilisateurs la prise en compte de règles : le respect d'autrui et des dispositions légales,

l'observation de la discrétion et du secret professionnel résultant à la fois du contrat de travail de chacun des professionnels et de la nature des fonctions qu'ils exercent.

La puissance de cet outil doit être mise au service de l'amélioration de la qualité du contrôle, du suivi et du traitement de la situation des enfants et adolescents, l'écriture informatique est un acte réfléchi et non pas dicté par les exigences d'un logiciel.

Comme suite au diagnostic de l'ANACT, le travail d'un groupe projet sur ce thème permettrait d'élaborer des propositions concrètes pour la création d'un nouveau système d'information.

Le cahier des charges, devra orienter la production de ce groupe dans cinq directions :

- l'élaboration d'un projet de charte d'utilisation du réseau informatique (caractère éthique)
- l'étude de logiciels et de réseaux d'information existants ;
- des propositions de configuration du réseau informatique et du niveau d'équipement ;
- la mise en forme informatique du dossier des enfants et des supports utilisés;
- des propositions impliquant une évolution des pratiques professionnelles : rigueur, formalisation, homogénéité de la présentation des dossiers, efficacité du style des écrits, organigrammes d'accès et de consultation...

Compte tenu de la complexité et des différents niveaux d'analyse attendus, ce groupe pluri professionnel devra être composé de dix à douze personnes, dont des cadres, et devra travailler durant au moins un semestre. Son lancement est prévisible dès la fin janvier 2003.

Avec l'expérience je constate que plus ce qui est délégué est important, complexe, lourd de conséquences donc responsabilisant et par-là même valorisant et motivant, plus les résultats sont producteurs de richesse, d'innovation, de dynamique et porteurs de changements. Ils sont souvent opérationnels, car produits par ceux qui sont les mieux placés, parce qu'utilisateurs directs, pour définir les critères d'opérationnalité de leurs propositions.

CONCLUSION

En 1989, l'annexe XXIV a été conçue comme unique texte fondateur pour les établissements « prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés. »

Une réflexion est menée depuis plusieurs années, orchestrée notamment par l'association A Re allant jusqu'à la proposition de rédaction d'une annexe spécifique aux instituts de rééducation.

Certes on peut s'interroger sur ce point. Au vu des ressources potentielles et des difficultés souvent cumulées des jeunes accueillis en institut de rééducation, leur inscription dans le

registre médico-social me paraît fondé et en l'état, c'est bien aux établissements inscrits dans ce cadre à trouver des modalités de fonctionnement, à l'intersection de multiples champs d'interventions, permettant de répondre à la complexité de cette population qu'il est bien difficile de faire coïncider avec une entité clinique clairement identifiable.

Tout en me gardant du risque d'amalgame, j'estime que le contexte actuel où fument les controverses et les prises de position à tendances idéologiques au sujet de l'internat, est en réalité très propice à approfondir une réflexion sur sa place, son rôle et sa fonction vis-à-vis :

- du modèle dominant de l'éducation en milieu ouvert préconisant « le maintien de l'enfant dans son milieu actuel » selon les termes du code civil ;
- du mouvement de réhabilitation des internats scolaires lancé par le Ministre de l'Éducation nationale voici plus de deux ans ;
- de l'inflexion sécuritaire donnée actuellement aux débats à propos des mineurs en grande difficulté.

Ce travail sur l'internat fait incursion dans le champ social. L'institut de rééducation peut se le permettre, pour autant qu'il ne perde pas le sens du mot thérapeutique qui lui était encore très récemment accolé, et qui ancre sa raison d'être dans le cadre médico-social.

Étymologiquement, thérapeutique signifie prendre soin, se mettre au service de. Il ne s'agit donc pas de viser une transformation, une « guérison » qui s'imposerait à l'enfant ou l'adolescent, mais de se mettre au service des processus d'auto-transformation qui libèrent des potentialités dont l'environnement habituel ne permettait pas l'éclosion.

Sur cette base la notion de prise en charge présente dans l'annexe XXIV me paraît impropre à qualifier la relation dans laquelle nous nous engageons avec le jeune et sa famille dans ce type d'établissement.

La dimension d'assistantat portée par ce terme n'est guère compatible avec la responsabilisation de la personne, indispensable non seulement à son évolution mais aussi à l'expression de ses attentes et de sa perception de la qualité des actions effectuées par les professionnels.

L'internat en institut de rééducation, au même titre que les autres modes d'accueil, organise un site matériel et humain qui doit permettre aux filles et aux garçons qu'il reçoit d'inscrire leurs désirs autrement que dans des symptômes répétitifs, et destructeurs parce que dispersant une énergie dont ils ne tirent plus profit.

Pour poursuivre un tel objectif, cet appareil institutionnel doit conjuguer souplesse et fiabilité, et se constituer d'espaces et de fonctions à la fois distincts et articulés, centrés sur la personne et très perméables aux échanges avec l'extérieur. Pour tous les acteurs, y compris

les parents, cela implique de prendre en considération les autres, l'action de chacun prenant un sens dans son rapport aux autres acteurs.

La réalisation d'un espace institutionnel de cette qualité m'engage dans ma responsabilité de directeur à construire, à améliorer l'organisation, le fonctionnement de l'établissement, à développer le perfectionnement de ses professionnels et à mettre en évidence la synergie de leurs compétences individuelles et collectives.

Pour indispensable qu'elle soit, la mise en conformité d'un établissement avec la législation en vigueur ne constitue que la partie mécanique de la fonction de direction. Si comme j'en accepte volontiers la proposition, diriger c'est servir, cela doit se traduire d'abord par l'attention portée à prendre soin de donner du sens au projet. Ensuite vient le temps de déployer moyens et organisation. Cela suppose aussi d'établir des délégations opérantes avec l'encadrement, de valoriser les ressources internes, de faire circuler l'information, de tabler sur le moyen terme : la gestion de la complexité constitue en fait l'essence même de la fonction de direction et présuppose une écoute fine des hommes et des dispositifs d'acquisition et d'utilisation des connaissances à l'œuvre dans l'institution.

Au regard de cette logique de service et de promotion de la personne, qui a déjà cheminée dans la réflexion des professionnels, la question des moyens risque pourtant de se poser à tout le secteur médico-social

Il est maintenant acquis, qu'aller plus loin dans l'individualisation et la personnalisation du service rendu aux bénéficiaires en recherchant des effets produits de qualité, nécessite de compléter les savoir-faire traditionnels par des processus dynamiques d'accompagnement et d'évaluation.

Bibliographie

Ouvrages

- AFCHA N J. *Les associations d'action sociale. Outils d'analyse et d'intervention.* Paris : Dunod, 1997. 267 p.
- BARREYRE J.Y., BOUQUET B., CHANTREAU A. et al. *Dictionnaire critique d'Action sociale.* Paris : Bayard éditions, 1995. 436 p.
- BERGER M. *Les séparations à but thérapeutique.* Paris : Dunod, 1997. 217 p.
- CHAUVÈRE M. TRONCHE D. et al. *Qualifier le travail social. Dynamique professionnelle et qualité de service.* Paris : Dunod, 2002. 144p.
- COULON M., CRÉH N J.F. *Garantir la qualité dans le médico-social. Une expérience réussie de certification.* St Denis La Plaine : AFNOR, 2001. 137 p.
- DANANCER J. *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif.* Paris : Dunod, 1999. 196 p.
- DREANO G. *Guide de l'éducation spécialisée.* Paris : Dunod, 2000. 441 p.
- DUCALET P., LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales.* Paris : Édition Sali Arslan, 2000. 272 p.
- DUPUY F. *L'alchimie du changement.* Paris : Dunod, 2001. 184p.
- FOUCAULT M. *Surveiller et punir.* Paris : Gallimard 1975. 360 p.
- JAEGER M. *Guide de la législation en action sociale.* Paris : Dunod, 1999. 431 p.
- JAEGER M. *Guide du secteur social et médico-social.* Paris : Dunod, 2001. 261 p.
- JOSEFSBERG R. *•nternat et séparations des outils éducatif ?* Ramonville Saint-Agne : rès, 1997. 152 p.
- LAPAUW R. *La pratique du management des entreprises sanitaires et sociales.* Toulouse : Privat, 1993. 168 p.
- LEFÈVRE P. *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social.* Paris : Dunod, 1999. 305 p.
- L V AN Y.F. *•ntroduction à l'analyse des organisations.* Paris : Economica, 1995. 112 p.
- LOUBAT J.R. *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social.* Paris : Dunod, 1997. 264 p.
- LOUBAT J.R. *•nstaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale.* Paris : Dunod, 2002. 258 p.
- M RAMON J.M. , COUET D. , PATURET J.B. *Le métier de directeur. Techniques et fictions.* Rennes : Editions ENSP, 1992. 210 p.

M RAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : Editions ENSP, 1996. 105 p.

THÈVENET A. *Créer, gérer, contrôler un équipement social ou médico-social*. Paris : ESF éditeur, 1996. 486 p.

Périodiques

ARCHAMBAULT P. *Séparation et divorce : quelles conséquences pour la réussite scolaire des enfants ?* Population et Société, mai 2002 n°379

LES CAH ERS DE L'ACT F *De la stigmatisation à l'innovation. Quel avenir pour l'internat ?*

Novembre/décembre 2001, n°306/307

DREES *Etudes et résultats Les enfants handicapés en internat en 1998*. Mars 2001, n°106

Rapports

GAGNEUX M., SOUTOU P. *Les instituts de rééducation. Rapport n°1999006* Bulletin officiel / Solidarité – Santé, 01.01.1999, n°99-3, Collection rapports publics de l' GAS. 81p.

ZECCA M. *•nstituts de rééducation et « troubles du caractère et du comportement » comme symptôme du vacillement des repères anthropologiques et politiques*. Paris : CTNERH , 2001.151 p.

Documents

DDASS DE L'H RAULT. *Schéma de l'enfance inadaptée dans l'Hérault 2000-2005*

CREAH PO TOU-CHARENTES *Guide d'évaluation de la qualité et des bonnes pratiques pour les établissements médico-sociaux et socio-éducatifs*. Poitiers, 2000. 65 p.

Mémoire

AUR OL S. *L'amorce d'un processus de gestion anticipée de l'emploi et des compétences*. Mémoire pour le DESS de gestion stratégique des ressources humaines : SEM, Sup de Co Montpellier 1995, 127p.

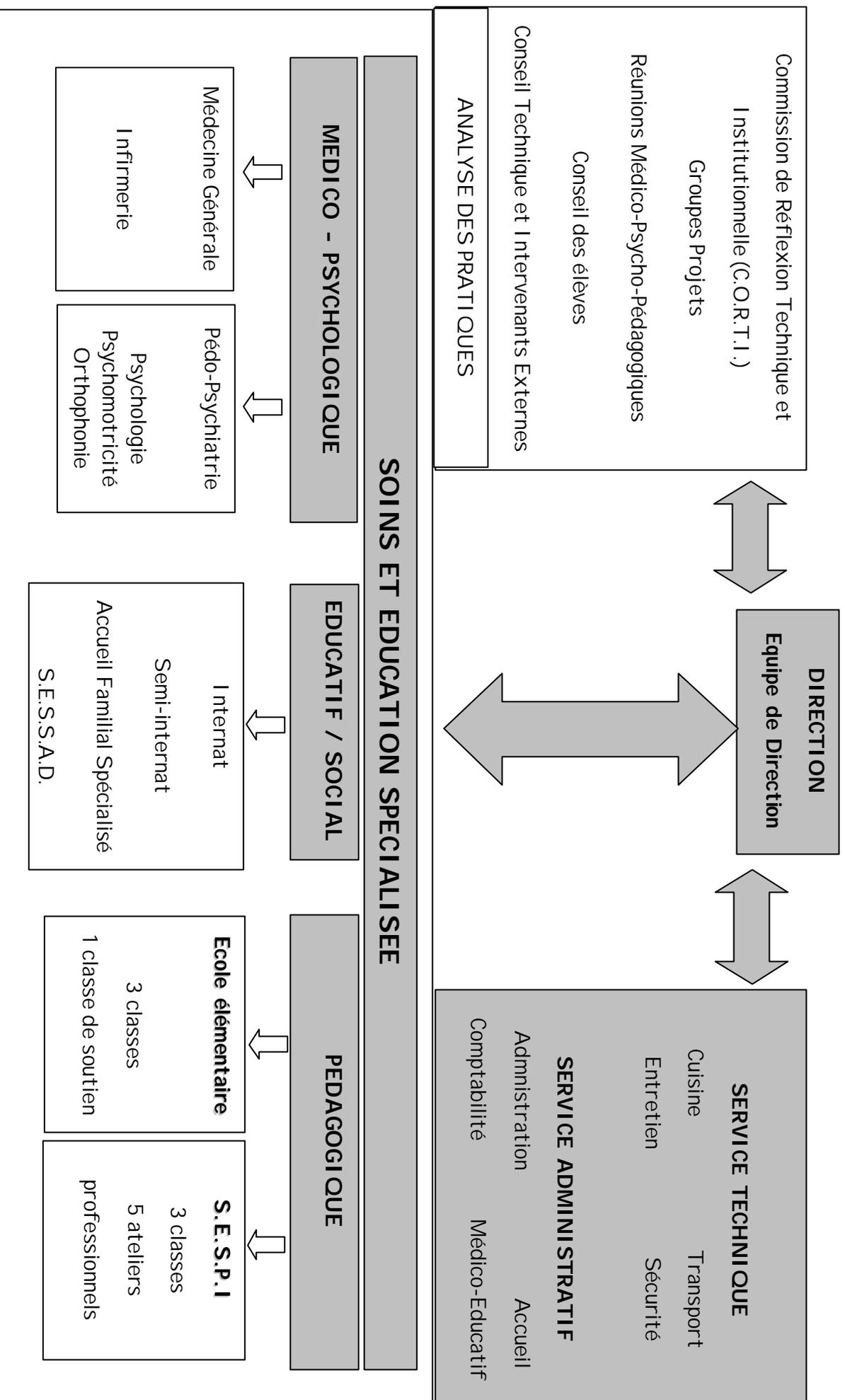
Compte rendu de congrès

Les instituts de rééducation pour qui ? Pour quoi faire ? Premier colloque de l'association des instituts de rééducation. 1996. Rennes. Châteaubourg : A Re, 1996. 53 p.

Liste des annexes

ANNEXE I	Organigramme fonctionnel
ANNEXE II	Procédure administrative de l'admission
ANNEXE III	Tableau des effectifs
ANNEXE IV	Grille d'entretien d'évolution professionnelle
ANNEXE V	Le projet individualisé
ANNEXE VI	Structure du référentiel qualité
ANNEXE VII	Complément à la fiche de fonction de l'éducateur

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL CENTRE BOURNEVILLE



PROCEDURE ADMINISTRATIVE A L'ADMISSION DE L'USAGER

ANNEXE II

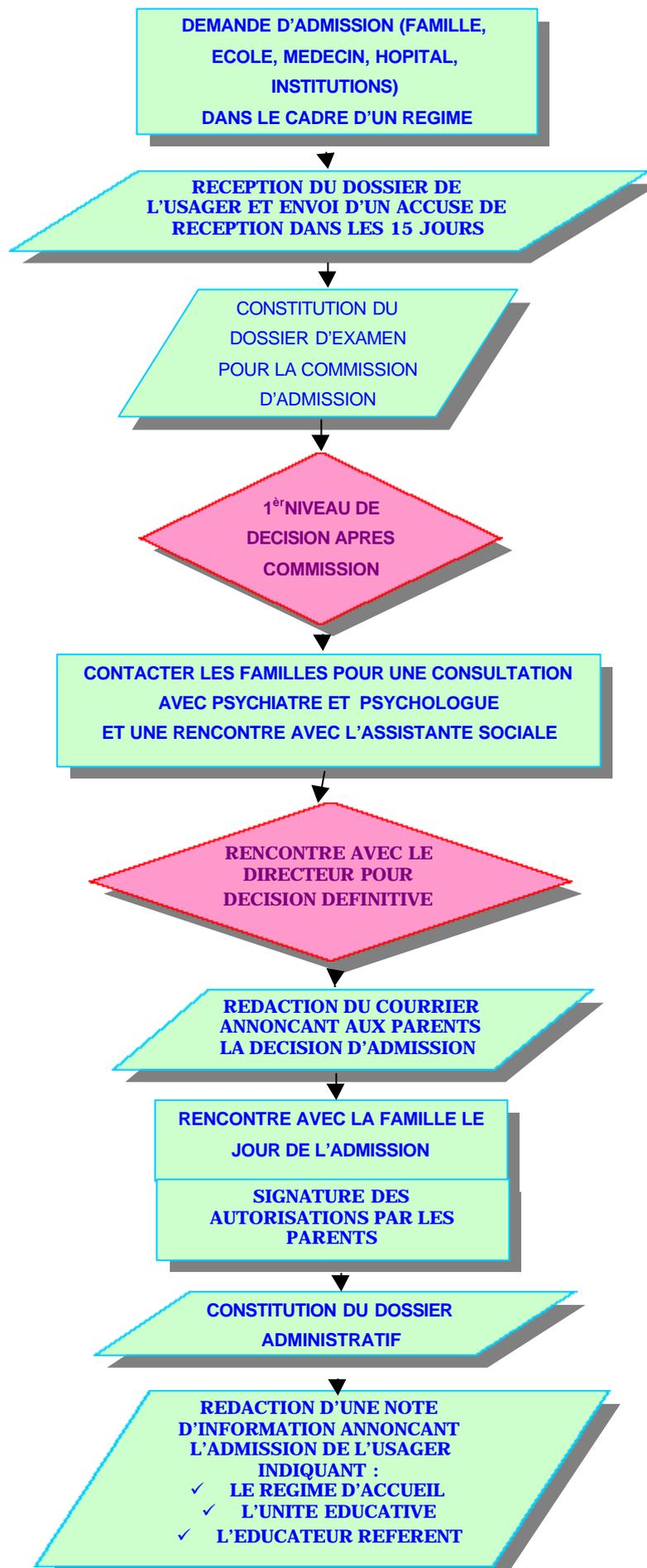


TABLEAU DES EFFECTIFS

	1999	2000	2001		
			I.R	SESSAD	TOTAL
Encadrement					
Directeur	1	1	0.9	0.1	1
Directeur adjoint	1	1	0.8	1.2	1
Chefs de service	3	3.5	2.8	1.7	3.5
Animation Educative					
Educateurs spécialisés	29.12	30.87	27.67	3.2	30.87
Moniteurs éducateurs	3	3	3	0	3
Assistantes sociales	1.25	1.25	0.75	0.5	1.25
Assistantes maternelles	6	6	6	0	6
Enseignement					
Ed. techniques spécialisés	7.15	8.65	7.65	0	7.65
Professeur EPS	1	1	1	0	1
Responsable pédagogique	0.2	0.2	0.2	0	0.2
Soins					
Médecins psychiatres	1.52	1.52	0.95	0.57	1.52
Psychologues	2	2	1.5	0.5	2
Infirmier – aide-soignant	1.5	1.5	1.5	0	1.5
Rééducateurs	2	2	1.5	0.5	2
Service administratif					
Secrétaires comptables	5.75	5.75	5	0.75	5.75
Services généraux					
Agents de service	11.8	12.03	12	0.3	12.3
Surveillants de nuit	4.5	4.78	4.78	0	4.78
Personnel non-permanent					
Encadrement	0.5	0.5	0.5	0	0.5
TOTAL	82.29	86.82	78.5	7.32	85.82
Emplois jeunes (enseignement)	1.78	1.78	1.78	0	1.78
Instituteurs	7	7	5.50	1.50	7

ENTRETIEN D'EVOLUTION PROFESSIONNELLE

NOM :

PRENOM :

DATE DE L'ENTRETIEN :

1. - *Comment décririez-vous vos missions actuelles ?*

2. - *Quels sont les domaines dans lesquels vous pensez avoir progressé, pour cette année ?*

3. - *Au cours de l'année écoulée, quels peuvent avoir été vos échecs ou vos difficultés ? Pourquoi ?*

4. - *Quels sont vos objectifs personnels de progrès pour l'année à venir ? Y a-t-il des points qui vous préoccupent particulièrement pour l'année prochaine ?*

5. - *Comment proposez-vous de vous y prendre pour atteindre vos objectifs, au cours de l'année prochaine ? Voyez-vous des solutions aux points qui vous préoccupent ? Si oui, lesquels ?*

6. - Avez-vous des souhaits d'évolution professionnelle, au Centre Bourneville, dans un autre établissement ou service de l'ADAGES, dans une structure extérieure... ?
Si oui, lesquels ?

7. - Quelles sont les autres questions que vous souhaiteriez aborder ?

SYNTHESE :

L'INTERESSE(E) :

LE RESPONSABLE

PROJET INDIVIDUALISE

Ce document indique les procédures de mise en œuvre du concept du projet individualisé au Centre Bourneville, ainsi que les supports à utiliser par les professionnels, aux différents stades de la prise en charge des jeunes, au cours de leur séjour dans l'institution.

1. ETUDE DE LA DEMANDE D'ADMISSION

La Commission d'Admission :

La fréquence de cette commission est fonction du nombre de places disponibles et des candidatures en attente.

Lors de la Commission d'Admission, un examen des dossiers reçus (préalablement lus par le chef de service et le psychiatre) est effectué pour vérifier l'adéquation de la demande en Institut de Rééducation (cf le document de synthèse du Projet Institutionnel *Bourneville 1993 : Concepts et Pratiques*).

Composition de la Commission d'Admission :

Directeur Adjoint, Chefs de Service, Psychiatres, Psychologues, Assistantes Sociales. (cf le recueil des fiches de fonctions *Des hommes et des femmes... et de leurs fonctions...*)

Protocole d'admission :

- Données cliniques
- Détermination de la logique de décision d'intervention
- Rencontre avec le jeune et sa famille, pour affiner l'indication, préciser le cadre et contractualiser l'admission éventuelle.
Possibilité d'évaluation pédagogique interne, avant l'accueil
- Réponse au service expéditeur.
- Restitution des données nécessaires aux divers intervenants de l'institution.

La phase d'étude de la demande d'admission ne fait pas l'objet d'utilisation d'outils spécifiques. Cependant, un projet thérapeutique initial est élaboré (diagnostic/pronostic). La famille est contactée et une rencontre est proposée.

2. L'ACCUEIL ET L'OBSERVATION DU JEUNE

(2 mois éventuellement renouvelables)

Pendant cette période, les jeunes accueillis font l'objet d'une observation éducative, pédagogique et thérapeutique.

A l'issue de cette période, les professionnels concernés produisent un rapport d'observation sur le support :

OUTIL N°1- Fiche de synthèse d'Observation Initiale

Chaque professionnel, dans son domaine, produira un écrit composé de ses observations qu'il recueillera sur les supports suivants :

OUTIL N° 2 a - Bilan d'Observation Individuel

OUTIL N° 2 b - Observations et faits significatifs recueillis au cours de l'action

OUTIL N° 2 c - Fiche synthèse du secteur pédagogique

Pour faciliter la rédaction de ces écrits, un plan d'observation est proposé à titre indicatif. Il constitue une grille d'observation qui ne se veut pas exhaustive mais qui constitue un support à la réflexion des professionnels :

OUTIL N° 3 - Plan d'Observation général

3. ELABORATION DU PROJET

La réunion d'élaboration :

Après la période d'observation, une réunion est programmée au sujet de chaque jeune.

Composition :

Les professionnels concernés par le jeune et éventuellement des partenaires extérieurs.

Objectifs principaux de cette réunion :

- Affinement et redéfinition des données et du diagnostic d'admission.
- Mise en œuvre des objectifs généraux et des hypothèses de travail.
- Transposition en objectifs spécifiques par les intervenants des différents secteurs.
- Proposition des moyens par secteurs.
- Validation du projet du Jeune dans son articulation d'ensemble.

Le référent éducatif écrit le projet individualisé, en définissant les objectifs et un plan d'action précisant les moyens permettant l'atteinte ces objectifs.

OUTIL N° 4 - Fiche synthèse du projet individualisé

Par ailleurs chaque professionnel concerné détermine ses propres modalités d'action auprès du jeune, en adéquation avec les objectifs et les moyens élaborés en réunion d'élaboration du projet individualisé.

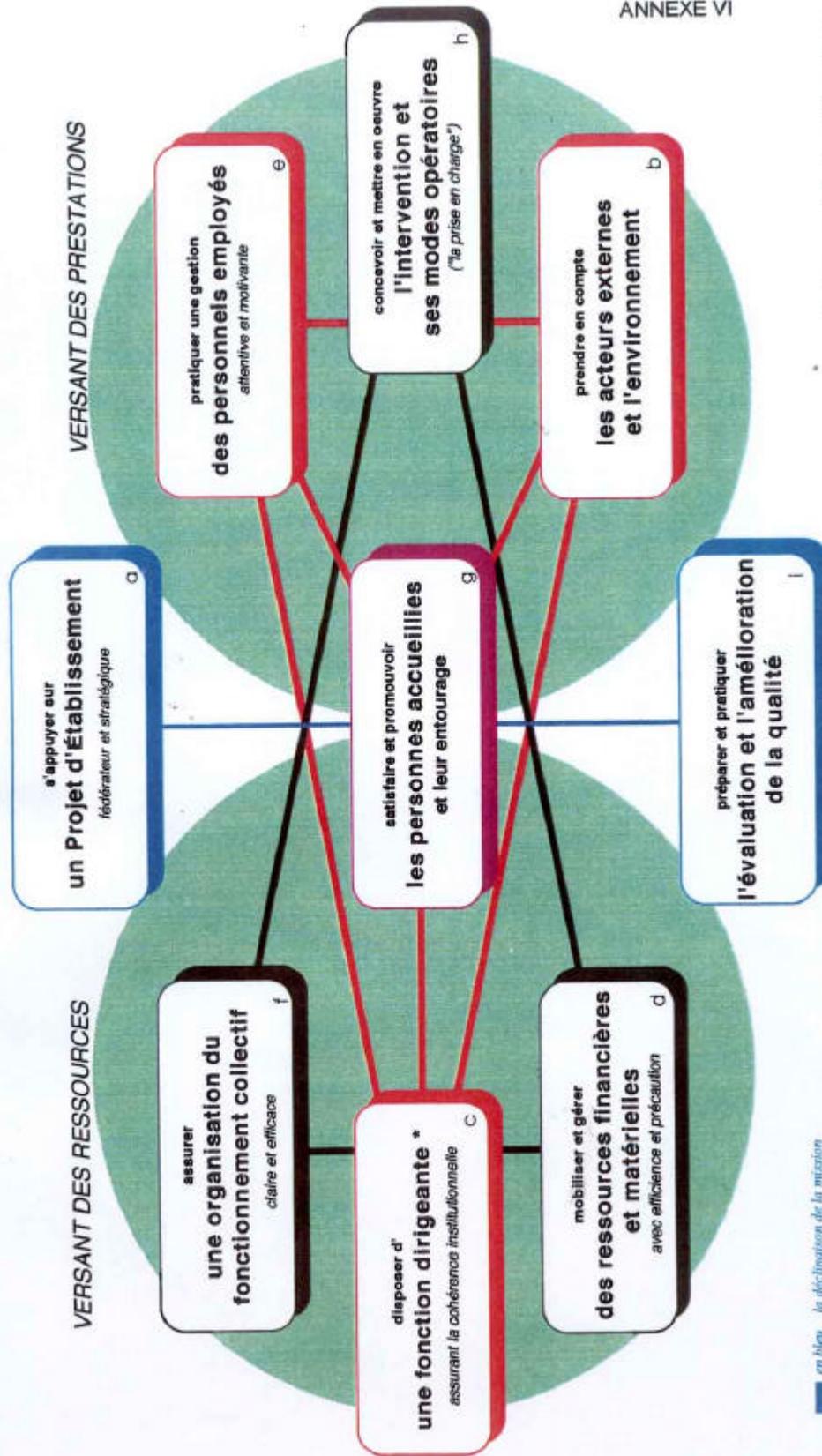
Systématiquement, la famille sera associée et/ou informée, par le biais d'entretiens ou de courriers.

**4. SYNTHÈSE DE L'ÉVOLUTION - REAJUSTEMENT DU PROJET -
PRÉPARATION CDES**

- Lecture du projet précédent sous forme de bilan dégagant des perspectives
- Vérification de la problématique posée.
- Redéfinition (ou non) des objectifs et des moyens.
- Explicitation et/ou du bilan et du projet avec la famille.

Rédaction des analyses destinées à la Commission Départementale de l'Éducation Spéciale.

LA STRUCTURE DU RÉFÉRENTIEL QUALITÉ D'UN ÉTABLISSEMENT OU D'UN SERVICE SOCIAL OU MÉDICO-SOCIAL



ANNEXE VI

* qui comprend également l'employeur
version 3.1 du 11/02/09 **18**

<p style="text-align: center;">Complément à la fiche de fonction Educateur(trice) spécialisé(e) Moniteur(trice) éducateur(trice)</p>

DEFINITION

Au delà de la fonction éducative que chacun exerce auprès du groupe qui lui a été confié en coresponsabilité avec un ou des collègues, chaque éducateur est désigné référent de quelques jeunes de ce groupe.

Cette désignation l'engage à avoir une vision globale pour une meilleure maîtrise de la prise en compte de la situation de chacun de ces jeunes.

L'éducateur référent est garant de la mise en œuvre du projet individuel élaboré, suivi et évalué en équipe pluridisciplinaire.

Il (elle) privilégie l'accompagnement éducatif individuel entraînant un suivi personnalisé. Il vise à la continuité et à la cohérence de l'action éducative.

Il est au cœur du réseau relationnel, et médiateur pour le jeune, sa famille et les partenaires.

II - Missions spécifiques liées à cette notion de référence :

- Se positionner comme interlocuteur privilégié pour ces jeunes, leur famille et les personnes intervenant à leur sujet.
- Communiquer les informations suffisantes et essentielles à ses collègues pour qu'ils assurent les relais indispensables.
- Représenter l'institution dans différentes instances extérieures réunies au sujet de ces jeunes.

- Veiller à la constitution et à la tenue à jour des dossiers conformément à l'article 29 des Annexes 24 (cf note d'instruction n° 95/00 du 7/11/200).

- S'assurer de la réalisation d'un projet individualisé pour chaque jeune dans le respect du cadre institutionnel et des décisions arrêtées lors des réunions interprofessionnelles. Pour ce faire, veiller particulièrement à :

- * Préparer les réunions par un recueil des données, un tri des informations nécessaires et par une mobilisation des professionnels concernés.

- * Rendre compte des réunions et décisions prises auprès de ses collègues et des partenaires impliqués dans la prise en compte de ces jeunes.

- * Produire les documents écrits (bilans, rapports, comptes rendus) qui organisent et accompagnent la réalisation des projets individualisés selon les phases définies par le projet d'établissement.