
CAFDES – 2002

Option : Enfance

**LA DEMARCHE-QUALITE EN I.M.E.,
OUTIL D'EVOLUTION ET DE CHANGEMENT**

Benoît DAQUIN

SOMMAIRE

	P.
LISTE DES SIGLES UTILISES	4
INTRODUCTION	6
1 L'INSTITUT MEDICO-EDUCATIF ET SON CHAMP D'ACTION	8
1.1 L'INTERVENTION MEDICO-SOCIALE	9
1.1.1 L'APPROCHE DU HANDICAP	9
<i>Un peu d'histoire / L'approche du handicap aujourd'hui /</i>	
<i>La population accueillie à l'I.M.E.</i>	
1.1.2 LE CADRE DE REFERENCE	13
<i>Les lois de 75, socle de base / La refonte des Annexes XXIV</i>	
1.2 LA MISSION DE L'I.M.E. "Yves FARGE"	16
1.2.1 LE PROJET ASSOCIATIF	16
<i>"Fille de la résistance" / L'O.V.E. aujourd'hui / Les axes de dé-</i>	
<i>veloppement</i>	
1.2.2 LE PROJET D'ETABLISSEMENT	19
<i>La refondation du projet / Le projet individualisé, principe or-</i>	
<i>ganisateur / Organisation et communication</i>	
1.3 L'OFFRE DE SERVICE	23
1.3.1 LE CADRE GENERAL	23
<i>Le service rendu / Le schéma général / Le cycle, unité de base</i>	
1.3.2 LES GRANDS AXES DU SERVICE RENDU	25
<i>Le soin / les apprentissages / L'éducatif</i>	
2 L'INTERVENTION MEDICO-SOCIALE A L'EPREUVE DE LA QUALITE	30
2.1 L'EXIGENCE DE LA QUALITE	31
2.1.1 L'ETHIQUE ET LA COMMANDE PUBLIQUE	31
<i>L'éthique de l'utilisateur / La mission de service public</i>	
2.1.2 LA QUALITE, UN OUTIL DE MANAGEMENT	34
<i>Mobiliser le personnel / impliquer le personnel</i>	
2.2 "LA VOIX DU CLIENT" ET "LA VOIX DU PROCESSUS"	38
2.2.1 LA SATISFACTION DU CLIENT	38
<i>L'écoute du client / L'utilisateur-client / La satisfaction des besoins</i>	
2.2.2 LE CYCLE "PLAN, DO, CHECK, ACT"	41
<i>L'analyse des flux et des cycles / Le "P.D.C.A. médico-social"</i>	
2.3 L'ASSURANCE-QUALITE	45
2.3.1 LE PROJET "MANUEL DE PROCEDURES"	45
<i>"Dire ce que l'on fait, faire ce que l'on dit" / Genèse du projet</i>	
2.3.2 ELABORER DES PROCEDURES	48
<i>La norme et l'expertise / Méthodologie de la procédure</i>	

3 LA DEMARCHE-QUALITE, OUTIL POUR ADAPTER LE PROJET	52
3.1 L'USAGER AU CŒUR DU DISPOSITIF	53
3.1.1 GARANTIR LA "CO-EDUCATION"	54
<i>Des documents contractuels / Des lieux d'expression et de parole</i>	
3.1.2 L'ENQUETE DE SATISFACTION	57
<i>L'opinion des familles / La construction d'un outil</i>	
3.2 L'EVALUATION DU SERVICE RENDU.....	62
3.2.1 EVALUER LES APPRENTISSAGES	62
<i>Du référentiel... / ... aux critères d'employabilité</i>	
3.2.2 EVALUER L'INSERTION	64
<i>L'insertion professionnelle / L'insertion sociale</i>	
3.3 VERS UNE OFFRE DE SERVICE ADAPTEE ET DIVERSIFIEE	68
3.3.1 UN I.M.E. RENOVE	68
<i>L'évolution de l'internat</i>	
3.3.2 DES SERVICES COMPLEMENTAIRES	71
<i>S.A.V.S.P. / C.A.T.I. / S.E.S.S.A.D.</i>	
CONCLUSION	76
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	78
LISTE DES ANNEXES	80

LISTE DES SIGLES UTILISES

A.E.M.O.	Assistance Educative en Milieu Ouvert
A.F.A.Q.	Association Française pour l'Assurance-Qualité
A.N.C.E.	Association Nationale des Communautés Educatives
AG.E.F.I.P.H.	Agence pour l'Emploi, la Formation et l'Insertion des Personnes Handicapées
C.A.	Conseil d'Administration
C.A.T.	Centre d'Aide par le Travail
C.A.T.I.	Centre d'Aide par le Travail en Insertion
C.C.E.	Comité Central d'Entreprise
C.D.E.S.	Commission Départementale de l'Education Spécialisée
C.E.	Comité d'Etablissement ou Conseil d'Etablissement
C.M.P.P.	Centre Médico Psycho-Pédagogique
C.P.A.M.	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.R.A.M.	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
C.R.O.P.	Centre de Rééducation de l' Ouï e et de la Parole
C.R.O.S.S.	Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
C.T.N.E.R.H.I.	Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
CO.T.O.RE.P.	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
D.D.A.S.S.	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
E.P.S.R.	Equipe de Préparation et de Suite du Reclassement
E.T.P.	Equivalent Temps Plein
F.I.C.E.	Fédération Internationale des Communautés Educatives
F.S.E.	Fonds Social Européen
I.M.E.	Institut Médico-Educatif
I.M.P.	Institut Médico-Pédagogique
I.M.PRO.	Institut Médico-Professionnel

I.R.P.	Institut de Rééducation Psychothérapique
I.S.O.	International Standart Organization
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
O.V.E.	Œuvre des Villages d'Enfants
R.T.H.	Reconnaissance de Travailleur Handicapé
S.A.V.S.P.	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale et Professionnelle
S.E.G.P.A.	Section Enseignement Général et Professionnel Adapté
S.E.S.S.A.D.	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
S.N.A.S.E.A.	Syndicat National des Associations de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte
S.S.E.F.I.S.	Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire
U.P.I.	Unité Pédagogique d'Intégration

INTRODUCTION

1971 - 2001... Trente ans séparent l'ouverture de l'Institut Médico-Educatif "Yves FARGE" à Vaulx en Velin, ville de la banlieue lyonnaise, de l'écriture du présent mémoire qui lui est consacré.

Depuis 30 ans, l'I.M.E. "Yves FARGE" accueille des jeunes, en internat ou en externat, présentant une déficience intellectuelle légère avec ou sans troubles associés. Et pourtant, l'institution d'aujourd'hui n'a que peu de points communs avec celle de ses origines. Elle s'est notablement transformée au fil des années, mais également au fil de crises qui ont jalonné son histoire.

Après une première décennie au cours de laquelle l'établissement se structure et met en place notamment son service de suite, une grave crise institutionnelle intervient autour des questions de pédagogie : pédagogie par objectifs, premières tentatives d'intégration en collège, rythmes scolaires et rythme institutionnels...

Au cours des années 80, les crises se succèdent quasiment à un rythme bisannuel. En 1989, un audit commandé par l'Association gestionnaire, l'Oeuvre des Villages d'Enfants (O.V.E.), pointe les graves dysfonctionnements liés aux difficultés du travail pluridisciplinaire et à la prééminence du secteur de la formation professionnelle. L'établissement devra apprendre à passer d'une logique de "P.P.E.T." (Projet Pédagogique, Educatif et Thérapeutique) à une logique de "Projet d'Etablissement".

La réforme des "Annexes XXIV" entraîne une réflexion approfondie, innovante mais aussi destabilisatrice sur le projet individualisé et la place des familles.

Mai 1997. Une crise, crise d'orientation et crise de direction, atteint son point culminant. Un conflit important avec le personnel entraîne la nomination d'un médiateur entre ce dernier et la direction de l'Association. Le Président du Conseil des Prud'hommes de Lyon, représentant du collègue salarié, jouera ce rôle...

Prendre la direction de l'établissement après ce conflit majeur impliquait un double pari : d'une part, redonner confiance au personnel en l'aidant à se recentrer sur ses missions ; d'autre part, l'impliquer dans une refonte indispensable du projet d'établissement.

La recherche d'une meilleure qualité du service rendu par l'I.M.E. a été le ciment du travail réalisé autour du nouveau projet d'établissement.

La rapidité des changements, au niveau de l'environnement, des besoins exprimés par les usagers et leur famille, des politiques publiques, ont vite fait ressentir le besoin de réfléchir à la façon de progresser autrement que par blocages et par crises.

Au critère déterminant de la qualité est naturellement venu s'ajouter celui de la méthode permettant de l'atteindre et d'adapter le projet face aux évolutions constatées, pour anticiper ces dernières et non les subir :

- la démarche-qualité comme outil d'évolution et de changement.
- la démarche-qualité médico-sociale, adaptée à notre domaine d'intervention
- la démarche-qualité basée sur une éthique fondée sur le respect de l'utilisateur

Bien qu'elle s'appuie sur des concepts a priori étrangers à notre secteur d'intervention, la démarche-qualité s'avère un outil précieux pour placer réellement l'utilisateur au cœur du dispositif, pour faire évoluer et transformer une institution au plus près des besoins des usagers. C'est un formidable outil de management au service de ces derniers. Telle est l'hypothèse formulée dans ce travail et à travers lui, dans celui réalisé par les professionnels de l'I.M.E.

La démarche-qualité nécessite en tout premier lieu de bien définir *"le service rendu"*. Ce sera l'objet de ma première partie : à quoi sert l'intervention médico-sociale ? Quelle est la mission de l'I.M.E. ? Quel est son projet ? Quelle est son offre de service ?

Dans un deuxième chapitre, j'aborderai les notions fondamentales de la démarche-qualité en veillant bien, dans l'esprit même de ses pères, à concevoir celle-ci dans la réalité du champ d'intervention. De l'éthique à l'outil de management, de la place de l'utilisateur à l'importance des processus et des cycles, de l'assurance-qualité à l'écriture de procédures, je tenterai de passer l'intervention médico-sociale au crible de la démarche-qualité.

Enfin, j'étudierai comment utiliser la démarche-qualité comme outil pour adapter le projet de l'I.M.E. : donner toute sa place à l'utilisateur et à sa famille, permettre pleinement leur expression ; avancer résolument vers une véritable évaluation du service rendu, notamment au niveau des apprentissages et de l'insertion ; permettre enfin, entre expression des besoins de l'utilisateur et évaluation du service rendu, de reconfigurer en conséquence notre offre de service.

PREMIERE PARTIE

L'INSTITUT MEDICO-EDUCATIF

ET SON CHAMP D'ACTION

"Qu'importe le flacon, pourvu qu'on ait l'ivresse"

A. de Musset

1.1 L'INTERVENTION MEDICO-SOCIALE

Notre champ d'intervention est le médico-social, plus précisément celui de l'enfance dite "*inadaptée*" ou de "*l'éducation spécialisée*". L'I.M.E. "*Yves FARGE*" intervient auprès de jeunes qui ne peuvent, de par les difficultés liées à leur handicap, trouver place dans les filières habituelles de l'Education Nationale et dans leur environnement.

Dans cette première partie, je vais aborder la description de ce qui fait la raison d'être de cet I.M.E. : l'approche du handicap, le projet associatif, le projet d'établissement, l'offre de service. L'objectif sera de tenter d'aborder, par delà le "*flacon*", ce qu'est réellement "*le contenu*", c'est à dire le service qui est rendu au jeune et à sa famille.

1.1.1 L'APPROCHE DU HANDICAP

"Déficient intellectuel léger, avec ou sans troubles associés". Tel est l'appellation officielle du public accueilli à l'I.M.E. "*Yves FARGE*" et que l'on retrouve dans son agrément.

S'agissant de la déficience intellectuelle, les notions de handicap - intellectuel ou mental - et de maladie mentale ont été et sont encore largement imbriquées. Elles ont une longue histoire, liée à celle de l'histoire de la civilisation...

Un peu d'histoire

Il est possible de remonter loin dans le temps , depuis l'antiquité, pour appréhender l'approche que les hommes ont eu du handicap dit mental. Je ferai référence à un ouvrage récent sur le sujet de deux chercheurs canadiens ¹. Cet ouvrage puise largement dans l'ouvrage de référence en la matière de Michel FOUCAULT ². L'histoire ancienne ne parle pas à proprement parlé de handicapés mentaux, mêlant ces derniers aux infirmes, aux difformes, voire aux "*oisifs*" ou aux "*pauvres*".

Dans le monde gréco-romain, ils étaient voués à "*l'exposition*", c'est à dire à leur remise aux dieux, à l'abandon et à la mort. Le handicap relevait de la punition divine et l'enfant handicapé était purement et simplement supprimé.

Le moyen-âge verra, avec la condamnation des infanticides, la première reconnaissance de la "*folie*", les premiers établissements hospitaliers. Si le handicap mental n'est plus consi-

¹ MICHELET André, WOODILL Gary, *Le handicap dit mental*, Delachaux et Niestlé, 1993

² FOUCAULT M. *Folie et déraison, Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Plon, 1961.

déré comme une malédiction divine, il l'est comme le produit de la mendicité et de l'oisiveté ; la société doit s'en protéger... L'objectif alors n'est pas d'éduquer, ni de soigner mais de mettre au travail ceux qui peuvent l'être en laissant la charité et l'aumône aux plus démunis.

De la période classique, de la fin du moyen-âge jusqu'au XIX^{ème} siècle, Michel Foucault parlera de la période du "*grand renfermement*", celle des hôpitaux généraux, des asiles, dans lesquels on ne soigne pas mais on enferme, on isole.

L'intérêt de cette très brève plongée dans l'histoire est de bien resituer deux données fondamentales en ce qui concerne le handicap dit mental :

- Nous pouvons assurer que la façon dont une société appréhende le statut de ceux qui sortent de sa norme est symptomatique de son évolution, de ses valeurs, voire de son caractère démocratique.
- depuis toujours, et nous le retrouverons dans les problématiques des jeunes accueillis à l'I.M.E., la frontière entre pathologie et handicap, entre "*aliénation*" et "*arriération*" pour reprendre la terminologie du XIX^{ème} siècle, est ténue... elle l'est également entre handicap mental et handicap social, entre "*idiotie*" et "*indigence*" pour reprendre ce même vocabulaire d'un passé qui n'est pas si lointain.

L'approche du handicap aujourd'hui

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) a engagé depuis 20 ans maintenant un important travail d'approche, de définition, de classification du handicap en général, des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent en particulier ¹.

D'une vision réductrice et fixiste du handicap, assimilé uniquement à un déficit, un manque ou une déficience, nous sommes passés, à une notion dynamique et plus affinée du handicap dont on peut retenir trois caractéristiques constitutives : la déficience, l'incapacité et le désavantage ² :

- **la déficience.** Celle ci peut se définir comme "*toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique*". Il s'agit là de l'aspect lésionnel du handicap

¹ *Classification Française des troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent – Classification Internationale des troubles Mentaux et du Comportement. (3^{ème} édition) CTNERHI - PUF 1993*

² *Arrêté relatif à la nomenclature des déficiences, des incapacités et des désavantages, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, 4 mai 1988*

- **L'incapacité** . Elle correspond à "*toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain*". C'est l'aspect fonctionnel du handicap.
- **le désavantage**. Ce dernier "*limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels)*". Celui-ci marque l'inadéquation du sujet à son environnement.

Deux axes, sur lesquels s'est construit la nomenclature, permettent d'appréhender la nature du handicap :

- L'axe clinique de base d'une part, qui fait la distinction entre psychoses, névroses et troubles de la personnalité.
- L'axe des troubles ou facteurs associés ou environnementaux d'autre part.

Le Professeur MISES, à l'origine des travaux sur la classification française du handicap, a beaucoup insisté dans ses travaux sur le caractère évolutif, non définitif du handicap, à la fois pour des causes endogènes (capacités intellectuelles, sensorielles, physiques) et exogènes (capacités d'adaptation environnementale et sociale).

Cette approche dynamique entraîne une conception nouvelle de ce que l'on a coutume d'appeler "*la prise en charge*" de la personne handicapée.

La population accueillie à l'IME

L'I.M.E. "Yves FARGE" est habilité à accueillir des jeunes présentant une "*déficiences intellectuelle légère*" ¹. L'agrément de l'I.M.E. concerne des jeunes gens, garçons et filles de 14 à 18 ans présentant une déficience intellectuelle comprise entre 50 et 70.

La réalité est quelque peu différente et en tous cas, plus complexe. Le tableau ci-après est extrait du Rapport d'activité 2000 de l'I.M.E. Il a été renseigné par le Médecin-Psychiatre et le psychologue de l'établissement.

L'élaboration de cette grille d'analyse a fait l'objet d'une réflexion d'un groupe de travail composé de directeurs et de médecins-psychiatres de l'Œuvre des Villages d'Enfants (O.V.E.) dont dépend l'I.M.E. "Yves FARGE". Ce document s'est appuyé, en reprenant sa structure bi-axiale, sur la classification internationale des troubles mentaux et du comportement des enfants et adolescents.

			Troubles associés					Facteurs associés			Efficience intellectuelle			
	Nombre total	%	Troubles du langage	Troubles cognitifs	Hyper-kinésie	Inhibition	Troubles à expression somatique	Facteurs organiques	Facteurs familiaux	Autres facteurs environnementaux	Efficience normale	Déficiência intellectuelle légère	Déficiência intellectuelle moyenne	Non mesurable
1 - Psychoses	6	4	6	6	0	3	0	6	3	6	3	0	3	0
2 - Troubles névrotiques	14	11	9	14	0	0	12	6	9	12	0	14	0	0
3 - Troubles de la personnalité	101	78	78	101	32	49	20	23	84	64	3	66	14	0
4 - Autres	9	7	9	9	6	0	0	3	3	6	0	6	3	0
Total enfants	130		101	130	38	52	32	38	98	87	6	87	20	0
%		100	78	100	29	40	24	29	76	67	4	67	16	0

- 78% se situent dans la catégorie, intermédiaire entre psychose et névrose, des troubles de la personnalité.
- 67 % relèvent stricto sensu de l'agrément "*déficient intellectuel léger*".
- Une majorité de jeunes ont des troubles associés liés aux facteurs environnementaux (67%), voire familiaux (76%)

Ce tableau d'ensemble, extrêmement diversifié, relève d'un équilibre qui dépasse le simple cadre de l'agrément. Ainsi, une minorité d'enfants psychotiques (6 sur 130) peut-elle trouver sa place au sein de l'établissement.

Cette complexité se renforce par la mise en corrélation de ces données avec celles fournies par le service social de l'I.M.E. Sur le même exercice, 18% des jeunes font l'objet d'une mesure d'assistance éducative (A.E.M.O.) administrative ou judiciaire.

Face à cela, les termes utilisés par les professionnels de l'établissement pour caractériser les troubles ou déficiences des jeunes se doivent d'être nuancés. Ainsi, parlerons-nous de jeunes, non pas "*déficients intellectuels*", mais "*présentant des troubles de l'efficience intellectuelle et/ou de troubles associés*". Il ne s'agit pas là de sémantique mais de souci d'exactitude quant à la caractérisation des difficultés vécues par les jeunes et par voie de conséquence de souci de rigueur quant à la prestation servie. Le directeur doit porter, à ce niveau, une attention particulière, au niveau de la communication interne ou externe, avec l'utilisateur ou avec sa famille comme avec l'ensemble des partenaires.

¹ La nouvelle classification de l'O.M.S. fixe les limites de la normale en ce qui concerne le quotient intellectuel

Cette préoccupation se retrouve dans les textes de référence de notre secteur.

1.1.2 LE CADRE DE REFERENCE

Les lois de 75, socle de base

Deux textes fondamentaux, votés simultanément le 30 juin 1975, donnent le cadre général de la « commande publique » vis-à-vis des personnes handicapées :

- La loi 75 - 534 appelée '*loi d'orientation en faveur des personnes handicapées*'. Celle-ci définit un certain nombre de droits fondamentaux concernant la personne handicapée: droit aux structures médico-sociales, droit à l'Education, droit à la formation, droit au travail... L'objectif principal de cette loi est de garantir les droits fondamentaux de la personne handicapée en vue de lui assurer un maximum d'autonomie. Celle-ci doit être considérée comme un partenaire avec qui il convient de contractualiser les actions menées.
- La loi 75 - 535 '*relative aux institutions sociales et médico-sociales*'. Les grands axes en sont : permettre à l'usager d'être acteur du changement de ses conditions d'existence, autoriser, contractualiser et coordonner les actions le concernant, mener une politique cohérente de développement de ces actions.

Cette dernière loi pose le cadre dans lequel un établissement peut être créé et être modifié. Elle pose le principe d'une planification, au travers des schémas départementaux.

Ce sont des arrêtés préfectoraux qui déterminent le type de population reçue, le nombre, les modalités d'accueil. Dans le cadre de l'application des nouvelles Annexes XXIV, l'I.M.E. "Yves FARGE" a modifié son projet. Un nouvel agrément lui a été donné en janvier 1993:

- Population accueillie: *Déficients intellectuels légers avec ou sans troubles associés.*
- Nombre : *45 lits (internat) et 75 places (semi-internat).*
- Sections : *45 lits pour garçons (y compris en appartement éducatif et 3 lits d'accueil provisoire), 75 places pour 48 garçons et 27 filles.*
- Age : *12 à 18 ans*
- Nombre de jours d'ouverture par an : *210 jours.*

Un arrêté préfectoral de juin 98 modifie la composition des sections pour introduire la mixité au niveau de l' internat : *"78 garçons et 42 filles (dont 15 en internat)".*

Un autre arrêté, pris en octobre 1999 supprime la comptabilisation garçons-filles pour retenuir un agrément plus souple : *"45 lits et 75 places pour jeunes des deux sexes".*

Les jeunes sont adressés par la Commission Départementale de l'Education Spécialisée (C.D.E.S.). En 2000, pour 25 places disponibles, l'I.M.E. a réceptionné 138 dossiers, reçu 92 familles et retenu 75 dossiers ¹. L'établissement fonctionne avec un prix de journée versé par la Sécurité Sociale; il est sous le contrôle administratif et budgétaire de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (D.D.A.S.S. Etat).

Les relations avec la Sécurité Sociale sont établies de deux façons :

- Par le biais du conventionnement avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (C.R.A.M. Rhône Alpes)
- Par celui de la facturation et du paiement, essentiellement par le biais des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (C.P.A.M.) du régime général dont dépendent les parents des jeunes accueillis ².

La refonte des annexes XXIV

Si les lois de 75 remontent déjà à plus d'un quart de siècle, les textes régissant le secteur de l'Education Spécialisée remontent à l'après-guerre. En effet, le principal texte de référence est *l'Annexe XXIV au décret 56-284 du 9 mars 1956*. Ce document, qui a servi de base à la création et au fonctionnement des établissements pour enfants handicapés, a connu des modifications importantes dans le cadre d'un nouveau décret (*Décret 89-798*) du 27 octobre 1989.

L'I.M.E. "Yves FARGE", a formalisé, à l'occasion du nouvel agrément déposé, plusieurs années d'intenses transformations dans les modalités de prise en charge de l'enfant handicapé.

Cette refonte de l'Annexe XXIV pour les Instituts Médico-Educatifs (I.M.E.) et les Instituts de Rééducation Psychothérapiques (I.R.P.) a jeté les bases de ce qui, par delà le secteur médico-éducatif, constituera les grands axes de réforme de l'ensemble de l'action sociale et médico-sociale.

¹ Il convient de tenir compte du fait que nombre de familles présentent leurs dossiers dans plusieurs établissements. Cela étant, près de 500 enfants relevant d'un I.M.E. ou d'un I.R.P. ne trouvent pas, selon les enquêtes de la C.D.E.S. du Rhône, de solution satisfaisante.

² Par le biais également des autres régimes d'assurance maladie, agricole, artisan, régimes spéciaux...

Six idées-forces se dégagent de ce texte et vont traverser le projet d'établissement de l'I.M.E. présenté en vue du renouvellement de son agrément :

- L'accueil, particulièrement en internat est un moyen et non une fin en soi ; il doit être conçu comme provisoire et inscrit dans une dynamique d'intégration ou de ré-intégration dans le milieu habituel du jeune.
- La prise en charge doit être cohérente ; cette notion met l'accent sur la complémentarité des différentes équipes professionnelles (éducatives, pédagogiques et thérapeutiques). La pluridisciplinarité doit être le ciment de cette cohérence dont le directeur est naturellement le garant.
- Le jeune doit pouvoir faire l'objet d'une évaluation régulière et approfondie ("*tous les 6 mois*"), basée sur l'évolution, non de ses incapacités mais sur ses potentialités.
- L'établissement doit être ouvert sur son environnement social, scolaire, culturel, professionnel...
- Le cadre de l'établissement, son organisation, doivent être de qualité, "le plus proche du cadre de vie familial"
- La famille doit être "informée, associée, aidée"; cet accompagnement est partie intégrante du service rendu au jeune.

La refonte des Annexes XXIV et le travail de ré-écriture du projet qui s'en suivra, sonnent le glas de "*l'établissement tout-puissant*", basé sur la prise en charge substitutive de l'enfant handicapé. Les années qui vont suivre verront apparaître les prémisses d'une véritable transformation du travail médico-éducatif qui ne sera plus fondé sur "*la prise en charge*" mais sur "*l'accompagnement*" du jeune dans une relation de type contractuel avec lui-même et sa famille.

Ce mouvement se retrouvera dans la longue réflexion engagée au niveau des pouvoirs publics comme des responsables et des professionnels autour de la réforme de la loi de 75 et de la rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

1 . 2 LA MISSION DE L'I.M.E. "Yves FARGE"

Situer l'établissement, son histoire, son projet, sa trajectoire, implique de faire un détour par l'Association qui est à l'origine de sa création : l'Oeuvre des Villages d'Enfants (O.V.E.)

1.2.1 LE PROJET ASSOCIATIF

Le 18 juin 1997, l'Assemblée Générale de L'O.V.E. adoptait pour la première fois son "*Projet Associatif*". Certes, en plus de cinquante ans d'existence, l'O.V.E. avait adopté et mis en application nombre de résolutions, d'orientations, de projets d'action et d'orientation. Mais elle n'avait jamais élaboré en tant que tel un véritable projet associatif. Celui-ci, fruit d'une réflexion menée par les administrateurs en lien étroit avec les directeurs d'établissement se donnait pour objectif de tracer, pour les quelques cinq années à venir, les grands axes d'orientation et de développement.

Inscrit dans le document lui-même, le triptyque '*projet associatif / projet d'établissement et/ou de service / projet individualisé pour chaque usager*' a constitué le fil conducteur de la démarche.

Avant de développer les grandes lignes du projet associatif, un retour en arrière sur la naissance et l'histoire de l'O.V.E. s'impose.

"Fille de la résistance"

L'O.V.E. a été créée à la libération, le 23 février 1945 (*Journal Officiel du 02 mars 1945*) par Yves FARGE, Commissaire de la République, entouré d'hommes et de femmes issus de la Résistance. L'objectif premier de l'Association était de subvenir aux besoins des enfants victimes de l'occupation et de la guerre : déportation, décès des parents, malnutrition... L'O.V.E. est une association "loi 1901" à but non lucratif.

En 1945, 3000 jeunes lyonnais sont accueillis dans des hôtels réquisitionnés à Megève et sur le plateau du Vercors. Cette initiative est rendue possible par la mobilisation de militants syndicaux, ouvriers et enseignants¹. Ainsi, à l'appel de la C.G.T., les mineurs de la Loire fourniront gratuitement le charbon nécessaire au chauffage des premiers Villages d'Enfants.

¹ Le Syndicat National des Instituteurs (S.N.I.-C.G.T.) est membre fondateur de l'O.V.E. au côté du Commissaire du Gouvernement et du Recteur de l'Académie de Lyon.

L'Association O.V.E., qui, dans ses statuts d'origine, devait préfigurer pour la région Rhône-Alpes un vaste '*Service Unifié de l'Enfance*' a été soutenue, animée et dirigée par des instituteurs et placée sous la houlette du Ministère de l'Education Nationale. Pendant 50 ans, ses Présidents successifs seront des Recteurs puis des Inspecteurs d'Académie du Rhône.

L'encadrement des enfants est assuré par des couples d'instituteurs. Ce mode de direction restera pendant de longues années une valeur forte de sa culture, tout comme les théories de MAKARENKO fondées sur l'apprentissage de la vie communautaire. Les instituteurs seront pendant longtemps les seuls professionnels s'occupant de la pédagogie, des soins infirmiers, des repas, du coucher, et d'autres tâches aussi multiples que variées (entretien des locaux, culture potagère, élevage d'animaux...) . Toutes ces tâches sont menées avec les enfants et sont le support d'une pédagogie active. Les méthodes pédagogiques de Célestin FREINET sont à l'honneur.

Dans les années d'après guerre, les établissements ainsi créés se transformeront pour certains en sanatorium, puis pour une majorité en Instituts Médico-Pédagogiques (I.M.P.). Les premiers apparaissent dans les années 50. L'Association fait alors le choix de s'orienter vers le médico-social. Membre fondatrice de l'Association Nationale des Communautés Educatives, l'O.V.E. participera activement en 1956 à la rédaction des premières Annexes XXIV.

L'O.V.E. aujourd'hui

L'O.V.E. est une association régionale implantée sur cinq départements de la Région Rhône-Alpes (le Rhône, La Loire, L'Isère, la Savoie et la Haute-Savoie). Elle gère 22 établissements et services.

Les deux tiers de ces structures sont des I.M.E. - Instituts Médico-Pédagogiques (I.M.P.), Instituts Médico-Professionnels (I.M.PRO.) – des Instituts de Rééducation Psychothérapique (I.R.P.) et des Services d'Education et de Soins à Domicile (S.E.S.S.A.D.) dépendant de l'Annexe XXIV.

L'Association a œuvré également à la création et au développement de structures pour les enfants sourds : Centre de Rééducation de l'Ouille et de la Parole (C.R.O.P.), Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire (S.S.E.F.I.S.) dépendant de l'Annexe XXIV quater. L'O.V.E. gère aussi une Maison d'Enfants à Caractère Social (M.E.C.S.) ainsi qu'un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.)

Au total, plus de 1300 enfants et adolescents sont accueillis et accompagnés dans les établissements et services de l'O.V.E. Près de 800 professionnels y exercent, personnels en majorité privés, mais également publics (enseignants mis à disposition).

L'Association, forte de quelques 200 adhérents, s'est dotée de statuts (déposés en 45 mais modifiés à plusieurs reprises depuis) et d'un Règlement Général. Son Assemblée Générale se réunit une fois l'an. Son Conseil d'Administration (C.A.) se réunit quatre fois dans l'année. Il est composé de membres de droit (membres fondateurs, représentants des organismes de contrôle et de financement, représentants des salariés et représentants des familles des usagers) et de membres élus (collège majoritaire). Les membres élus se répartissent les fonctions d'administrateur-délégué auprès d'un établissement ou service. Ils participent à ce titre au Conseil d'Etablissement et suivent plus particulièrement la vie de cette structure. Les directeurs d'établissement participent avec voix consultative au C.A.

Notons enfin que l'Association s'est dotée d'une Direction Générale dont les missions sont d'une part d'impulser la politique associative, d'autre part d'organiser la gestion administrative, comptable et financière de l'ensemble.

Les axes de développement

Le projet associatif de l'O.V.E., prenant acte des nouvelles données sociales, affirme *faire une priorité du respect du droit de la personne handicapée à être une personne et un citoyen à part entière*"; il s'est fixé quatre orientations fondamentales :

- Veiller à l'adéquation des projets d'établissement et de service aux besoins des usagers, s'assurer de la mise en œuvre de projets individualisés adaptés, d'un réel travail pluridisciplinaire. C'est dans ce cadre que les prémices d'une démarche-qualité sont avancées: *"Une évaluation des effets attendus de cette démarche-qualité sera régulièrement réalisée."*
- Développer des actions innovantes en amont et en aval des dispositifs existants (pour les sortants et jeunes majeurs en ce qui nous concerne.)
- Avancer dans un véritable travail en réseau en ouvrant le champ du médico-social sur son environnement, développer le partenariat notamment dans le domaine de l'insertion sociale et professionnelle.
- Enfin, renforcer la vie associative, garante de la réalisation des objectifs précédents.

Le projet associatif, document synthétique et très largement diffusé, auprès de chaque salarié, de chaque usager, de chaque partenaire, est une invitation aux établissements et services à l'innovation, au changement, à l'ouverture. A ce titre, il est un outil précieux entre les mains du directeur pour impulser cette dynamique auprès des équipes.

Le fait d'avoir pu participer, dans le cadre du C.A. à l'élaboration de ce document d'orientation stratégique, met le directeur dans une situation favorable pour en assurer la déclinaison sur son établissement. Le personnel, notamment par le biais de ses représentants - trois membres du Comité Central d'Entreprise (C.C.E.) siègent au C.A. - a accueilli favorablement les grandes orientations proposées. Celles-ci par ailleurs recoupent largement les réflexions engagées depuis plusieurs années et qui ont trouvé leur prolongement notamment au travers du plan de formation continue de l'O.V.E.¹

De ce fait et par le biais du plan de formation, une formation interne à l'I.M.E. "Yves FARGE" a été organisée en 98 et 99 autour de la refondation de son projet d'établissement.

1.2.2 LE PROJET D'ETABLISSEMENT

La refondation du projet

Créé en 1971, l'I.M.E. "Yves FARGE" est le premier établissement urbain de l'O.V.E. Il a été installé à Vaulx en Velin, ville de l'agglomération lyonnaise (Rhône). Son histoire, celle d'un "gros établissement", évoluant dans un environnement difficile, est jalonnée de quelques crises qui se succèdent dans les années 80 et 90 : crise sociale et économique grave et, en retour, crise du modèle d'insertion axé essentiellement sur la formation professionnelle dispensée, crise du mode de direction de l'établissement tel qu'il a été abordé plus haut. La refonte des Annexes XXIV a entraîné toutefois une réflexion importante et ambitieuse autour de la mise en place des projets individualisés.

En juin 1997, l'I.M.E. est cependant à même de présenter devant les partenaires institutionnels le bilan largement flatteur d'un établissement médico-éducatif actif et dynamique au cœur de la banlieue. La fin de l'année 97 marque, avec le changement de directeur, le lancement de l'entreprise de refondation du projet d'établissement.

¹ L'O.V.E. met en oeuvre et ce, depuis un accord d'entreprise de 1986, un plan de formation au niveau de l'ensemble de ses établissements et services.

Le nouveau projet est officialisé à l'issue de 18 mois d'un intense travail de réflexion. C'est, en définitive, un document achevé, fruit de l'expression de l'ensemble des professionnels, de l'aide précieuse d'un cabinet de formation, de la synthèse effectuée par le directeur. Il a été validé par le C.A. de l'Association en juin 1999.

Le projet individualisé, principe organisateur

Il y a un postulat de départ simple, quasi évident : chaque jeune est une personne, chaque jeune est singulier. La logique du projet individualisé dicte l'organisation de l'établissement et l'intervention des professionnels. Ce suivi individualisé doit donner lieu à une évaluation et des ré-ajustements permanents.

La question de l'appellation - "*projet individuel*" ou "*projet individualisé*"- n'est pas un débat sémantique... La décision arrêtée au sein de l'établissement, à travers la ré-écriture de son projet, a été celle du "*projet individualisé*" et non du "*projet individuel*". En clair, l'option choisie est celle du "*projet d'établissement individualisé auprès de chaque jeune*"; en d'autres termes, c'est la volonté affichée d'adapter le projet d'établissement, les projets de service ou de groupe, à chaque usager, à ses capacités, ses potentialités, sa volonté.

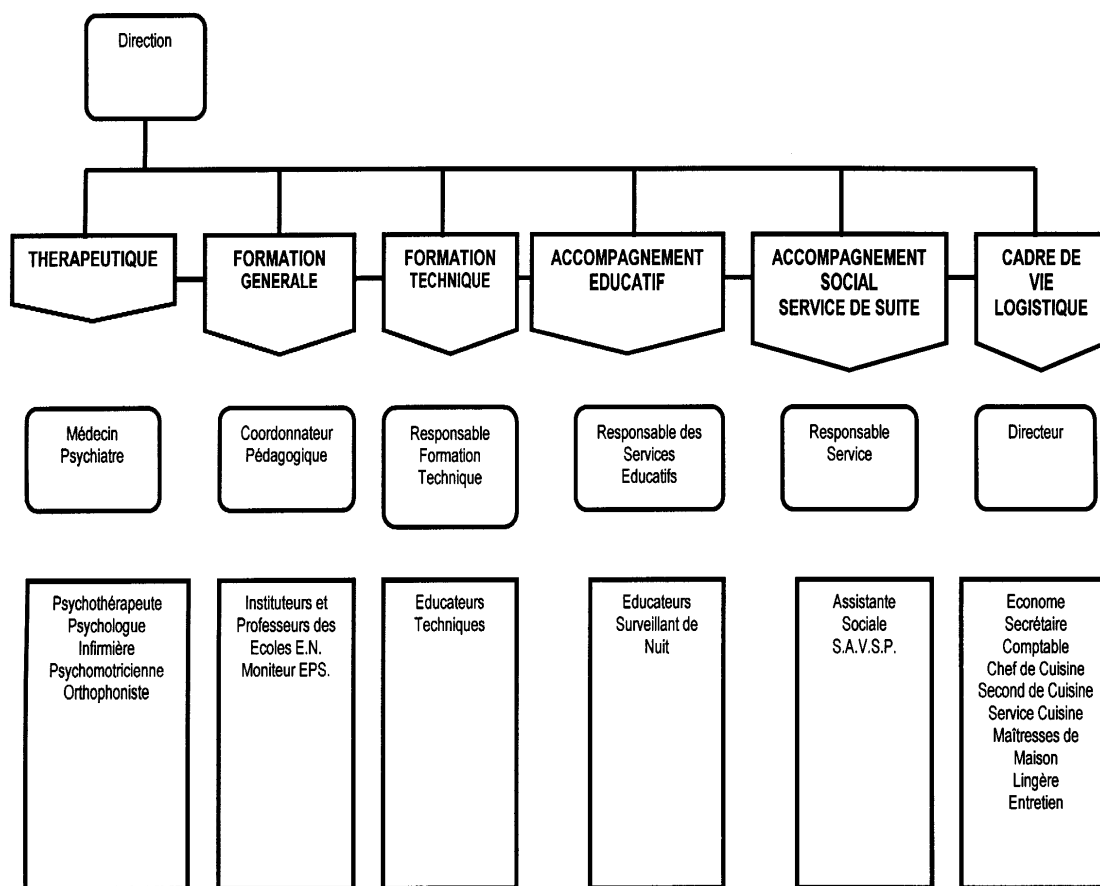
En ce sens, le projet d'établissement n'est pas l'addition de tous les projets individualisés. Il est le creuset, avec ses caractéristiques propres, dans lequel chaque jeune doit pouvoir trouver "chaussure à son pied" et élaborer lui-même et avec sa famille son avenir, ce qui deviendra son véritable "*projet individuel*".

Inscrire le projet individualisé comme principe organisateur signifie que l'organisation de l'établissement (les classes, les ateliers, l'internat, ...) comme l'organisation des professionnels (les missions, les réunions, ...) doit permettre cette individualisation du service rendu.

Organisation et communication

Le principe de base de l'organisation de l'I.M.E., sa richesse (et plus généralement celle du médico-social), est la pluridisciplinarité. La mission principale étant une mission d'éducation, celle-ci est déclinée, de façon à la fois interdépendante et interactive par les différents services qui composent l'organigramme ¹ :

¹ Un tableau détaillé du personnel (qualifications, équivalent temps plein) figure en Annexe I

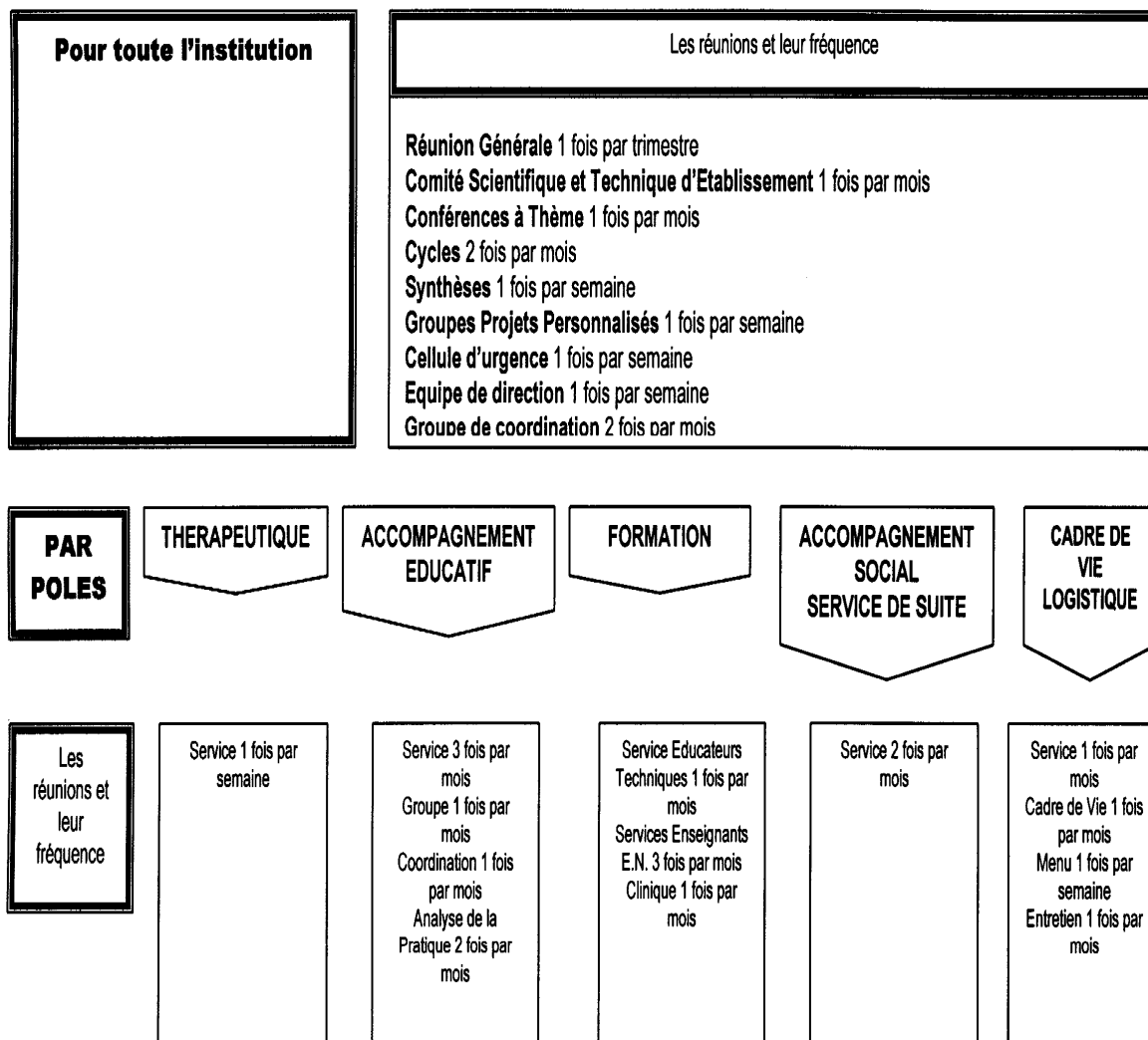


Les horaires sont ceux qui sont définis dans le cadre de la législation, des mesures conventionnelles et des accords d'entreprise. Depuis le 1^{er} janvier 2000, les professionnels sont passés aux 35 heures sur une base annualisée.

Les locaux, conformes à la description qu'en donnent les Annexes XXIV, ont été construits en 1971. L'architecture est typique des constructions de cette période (bâtiments plats à un étage, sauf la partie "internat" qui est un petit immeuble de trois étages). Leur aménagement et leur entretien permettent de répondre aux critères de sécurité et de fonctionnalité d'une part, de convivialité pour les usagers d'autre part. Les prestations d'hébergement et de restauration visent à la qualité d'une prestation intégrant la finalité éducative de l'établissement. Le personnel *"fait"* mais apprend aussi aux jeunes *"à faire"*.

L'encadrement et la coordination se veulent des éléments "facilitateurs" d'un travail aisé et harmonieux : au niveau de l'établissement par le biais de l'équipe de direction (directeur, médecin, chefs de service), des "cycles" (cf. plus loin) et de leurs coordinateurs-cadres, des services et des groupes (trois groupes d'internat, un groupe demi-pensionnaires), des projets individualisés et de leurs "coordinateurs de projet".

Le système des réunions est quant à lui complexe et se veut à la fois horizontal et transversal.



Il faut mentionner également les réunions des instances représentatives du personnel (Comité d'Etablissement, Délégués du Personnel, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) et de droit d'expression des salariés.

Les autres instances, ayant trait notamment à l'expression des usagers (Conseil d'Etablissement, Conseil Citoyen des Usagers, Conseil de Discipline) seront abordées plus en détail dans la suite de cet exposé.

1.3 L'OFFRE DE SERVICE

1.3.1 LE CADRE GENERAL

Le service rendu

Définir, par delà la mission générale de l'établissement, le service rendu n'est pas chose aisée. Cette difficulté est inhérente à notre secteur, confère "*cette primauté inconsciente de la mission sur le service dans la tête d'un certain nombre de praticiens*" dont parle J.R. Loubat ¹.

Et pourtant, la définition claire de ce service est indispensable à la mise en œuvre du projet d'établissement et des projets individualisés.

Celle-ci l'est tout autant si l'on souhaite, comme nous le verrons plus loin, mettre en œuvre une démarche-qualité.

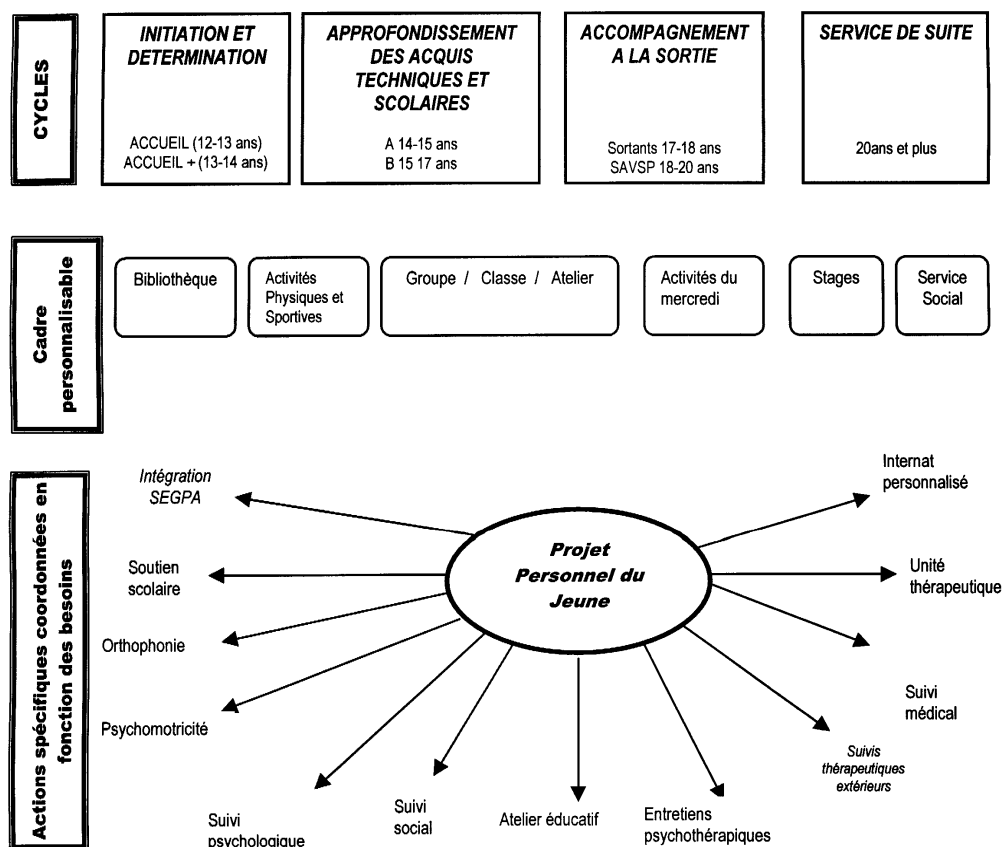
L'insertion sociale et professionnelle est l'objectif qui mobilise toute l'institution. Une formule résume la volonté affichée dans le projet d'établissement : "*On n'entre à l'I.M.E. que pour mieux en sortir*". L'insertion dans la vie réelle est le but fixé pour chaque jeune, même si les modalités, les perspectives sont variables de l'un à l'autre (milieu protégé ou milieu ordinaire).

De par le profil des jeunes accueillis (déficiences intellectuelles légères), la priorité est portée chaque fois que possible sur l'insertion en milieu ordinaire, au niveau du travail comme au niveau de la vie sociale.

Le schéma général

C'est à partir de la définition de ce service rendu que s'organise et se structure l'établissement, que se fonde la pluridisciplinarité et l'indispensable ouverture sur l'environnement, le partenariat et le travail en réseau. A partir de là, s'est élaboré le schéma général de l'offre de service tel que le représente le schéma suivant :

¹ LOUBAT Jean-René, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Dunod, 1997. Page 85



Le cycle, unité de base

Basés sur l'âge des usagers, les cycles scandent le parcours du jeune jusqu'à sa sortie et son insertion et permettent d'appliquer le principe : un groupe de jeunes / un groupe de professionnels. Cette organisation (qui n'interdit pas la souplesse) favorise le travail pluridisciplinaire d'une part, la détermination d'objectifs intermédiaires dans le cadre des projets individualisés d'autre part.

- *Le cycle I (Initiation et détermination)* concerne les 12/14 ans. Ce cycle est animé par l'enseignant coordinateur pédagogique. Le projet individualisé est formalisé, l'accent est mis sur la ritualisation de la vie de classe, le repérage (les déplacements intra et extra-muros...), l'organisation personnelle, le travail sur le corps, une première sensibilisation à l'éducation technique.
- *Le cycle II (approfondissement des acquis techniques et scolaires)* est placé sous la responsabilité de l'éducateur technique-chef pour les jeunes de 14 à 17 ans. Les points forts sont : la formation pré-professionnelle, le travail sur l'autonomie et la responsabilité, l'oral et l'écrit, l'hygiène et la sécurité, le sport, les arts et les activi-

tés extérieures, voire la préparation du Certificat de Formation Générale (C.F.G.), du Brevet de Sécurité Routière...

- *Les cycles III et IV (accompagnement à la sortie)* concernent les sortants de 17 à 18 ans dans l'établissement et les jeunes majeurs suivis hors établissement par le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale et Familiale (S.A.V.S.P.), de 18 à 20 ans, puis par le service de suite. Le directeur en assume directement la coordination. Il s'agit du passage entre '*projet individualisé*' et '*projet individuel*', la professionnalisation et les stages en entreprise, l'autonomie dans le travail, l'éducation sanitaire et sociale (sexualité, toxicomanie, maladies...), le bilan de formation, le premier circuit de formation extérieur ou le premier emploi...

L'importance de cette dernière étape a justifié la mise en place, en sus du service de suite, d'un S.A.V.S.P. qui prépare et accompagne les sortants dans toutes leurs démarches visant à prendre leur autonomie et ce, à tous les niveaux : social, pré-professionnel et professionnel. Il s'agit d'un service expérimental, co-financé par l'état (par le biais de 3 opérateurs d'insertion en "emploi-jeunes"), l'A.G.E.F.I.P.H. et le Fond Social Européen (F.S.E.).

Le Service de Suite, dont le responsable encadre le S.A.V.S.P., assume les missions qui sont celles du suivi après la sortie; "*3 ans*" dit l'Annexe XXIV, en réalité beaucoup plus longtemps car les chemins de l'insertion, mais aussi de la stabilisation sont longs.

1.3.2 LES GRANDS AXES DU SERVICE RENDU

La fonction éducative (ou médico-éducative) se décline sur trois grands registres : celui du soin, celui des apprentissages et enfin celui de l'éducatif proprement dit.

Le soin

Le caractère médico-éducatif de l'établissement, la qualité des professionnels qui y interviennent ¹, confère à l'établissement une dimension soignante et ceci à deux niveaux :

- celui des soins que l'on pourrait appeler '*soins directs*'. Ce sont ceux qui sont dispensés quotidiennement aux jeunes, dans ou hors l'établissement.

¹ Voir Tableau du personnel Annexe I

Dans l'établissement, il s'agit des soins somatiques assurés par l'infirmière et le médecin généraliste. L'infirmière, seule professionnelle à temps plein du pôle thérapeutique joue un rôle extrêmement important dans le lien et le relais entre tous les soignants.

Il s'agit également des soins psychologiques: psychothérapies individuelles, travail de groupe basé sur le psychodrame, entretiens de soutien avec le jeune et/ou ses parents. Ces interventions sont effectuées par le médecin-psychiatre, le psychothérapeute et le psychologue. Ce sont enfin, face aux troubles du langage, de la lecture, du comportement ou de la kinésie, les rééducations menées en orthophonie ou en psychomotricité.

Tous les soins ne peuvent ou ne doivent être menés à l'intérieur de l'établissement. Une collaboration est donc instaurée notamment avec l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile (centres médico-psychologiques, centres de jours, voire services hospitaliers).

- celui des soins dits "*indirects*" et qui relèvent de la "*thérapie institutionnelle*".

Les troubles de l'efficacité intellectuelle, les troubles associés dont souffrent les jeunes, requièrent une mobilisation de l'ensemble des professionnels de l'institution pour bien "*prendre soin*", être attentif au bien-être de ces jeunes, à la cohérence du cadre institutionnel. Du cuisinier au psychologue, de l'éducateur au surveillant de nuit ou à l'agent de service, cette mission se doit d'être partagée par tous.

A la frontière de ces soins directs et ces soins indirects, un outil spécifique a été mis en place pour les jeunes présentant des troubles importants de la personnalité ; il s'agit de "*l'Unité thérapeutique*", mini-atelier de 3 à 5 jeunes autour d'un éducateur-technique spécialiste des arts plastiques et de l'art-thérapie. Le soin s'effectue ici autour d'activités créatrices dans le domaine du dessin, de la peinture, de la création.

Les apprentissages

L'I.M.E. est un établissement de formation générale et professionnelle. Les apprentissages sont dispensés autour de deux pôles que tout détermine à collaborer étroitement pour n'en former qu'un (ce que l'on a longtemps appelé la "*liaison classe-atelier*") : le pôle "*enseignement*" d'une part ; le pôle "*formation professionnelle*" d'autre part.

Les classes sont assurées par des enseignants publics mis à disposition par l'Education Nationale. Chaque enseignant est en principe titulaire du *Certificat d'Aptitude aux Actions Pédagogiques Spécialisées d'Adaptation et d'Intégration Scolaire (C.A.A.P.S.A.I.S.)*; il a

donc reçu une formation spécifique à l'enseignement spécialisé. Les enseignants consacrent un temps supplémentaire (dit "*heures de sujétion*"), rémunéré par l'établissement, pour assurer une prise en charge complémentaire en lien avec les autres professionnels, et ce pendant les 210 jours d'ouverture (donc pendant une partie des vacances scolaires).

Pour des jeunes en situation d'échec ou de grand retard scolaire, mais qui pour la plupart sont accessibles aux apprentissages de base, l'objectif du "*L.E.C.*" (*lire, écrire, compter*) est primordial. Y arriver est une gageure et demande d'emprunter des chemins pédagogiques particuliers.

Dans ce contexte, la participation de l'enseignant coordinateur pédagogique à l'équipe de direction ainsi que les rapports que le directeur entretient avec l'Inspecteur spécialisé sont primordiaux. Le travail d'équipe (et notamment l'intégration de plus en plus fréquente au fil des années de professeurs des écoles non spécialisés) est indispensable pour promouvoir une pédagogie dynamique et efficace.

Les classes sont organisées suivant les cycles. Elles restent en l'état basées sur le principe : une classe, un professeur.

Curiosité budgétaire "historique", le responsable des activités physiques et sportives, activité ô combien indispensable auprès des adolescents, est un personnel de droit privé, bien qu'appartenant en toute logique à l'équipe pédagogique.

Les ateliers professionnels sont de la même façon animés par des éducateurs techniques ou éducateurs techniques spécialisés, titulaires du *Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Éducateur Technique Spécialisé (C.A.F.E.T.S.)*. Ces ateliers sont au nombre de 10 (atelier d'accueil, atelier de détermination, Unité thérapeutique, quatre ateliers du secteur des services et trois du secteur bâtiment / construction). La dernière année est consacrée en grande partie à des stages en entreprise.

Les ateliers "*Accueil*", "*Détermination*" et "*Unité Thérapeutique*" sont co-animés par différents professionnels techniques, éducatifs, pédagogiques ou para-médicaux.

Dans le domaine des emplois peu qualifiés, comme des autres, il est clairement acquis que le temps de la formation professionnelle valable toute une vie est révolu. Il convient donc

de développer, outre des compétences transférables, des savoirs techniques, des savoir-faire, l'*employabilité*¹ des jeunes issus de l'I.M.E.

Outre les moyens "*en interne*", les apprentissages peuvent être assurés par l'extérieur pour certains jeunes pouvant intégrer en cours de prise en charge une scolarité en milieu ordinaire, en Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (S.E.G.P.A.). Une collaboration est ainsi instaurée depuis de nombreuses années avec le collège voisin. Quelques jeunes peuvent en bénéficier chaque année.

L'éducatif

Par delà le caractère éducatif de l'ensemble du dispositif, l'action éducative se définit avant tout par la présence auprès du jeune, par la rencontre, la relation avec lui.

L'équipe éducative, dirigée par une chef de service éducatif, est composée pour deux tiers d'éducateurs spécialisés, pour un tiers de moniteurs-éducateurs auxquels s'ajoutent un ou deux stagiaires (non diplômés en attente de formation) ou de jeunes en contrat de qualification moniteur-éducateur.

L'accompagnement éducatif s'exerce en s'appuyant sur les activités en lien avec la vie quotidienne et sociale ou par la mise en place d'activités spécifiques. Les objectifs sont définis avec le jeune et avec sa famille dans le cadre du projet individualisé. Cet accompagnement doit permettre au jeune de se structurer et de progresser en fonction de ses potentialités.

L'équipe éducative intervient sur des temps de repas, de récréations, d'ateliers éducatifs, de soirées et de levers, d'activités de loisirs hors établissement ("*les transferts*"). Elle participe régulièrement à des activités pédagogiques ou thérapeutiques avec les autres professionnels.

La primauté de l'éducatif et du soutien éducatif auprès des parents se manifeste par la fonction de coordinateur des projets individualisés, responsable notamment de l'évaluation régulière de ces derniers.

¹ "Néologisme désignant une compétence professionnelle, acquise au moyen d'une succession d'apprentissages nécessaires, identifiée en entreprise, définie par des critères de performances prédéterminés, ainsi que la probabilité moyenne d'une personne à accéder ou retrouver un emploi". Source I.N.S.E.E.

Dans cette fonction de coordination avec les familles, il faut souligner le rôle complémentaire que joue à cet égard l'assistante de service social, notamment auprès des familles en difficulté.

Ainsi, l'indication d'internat est discutée et négociée avec le jeune et sa famille. La vie en collectivité offre à cet égard des possibilités importantes d'accompagnement éducatif. De plus en plus, des formules d'internat aménagé sont proposées et mises en place.

Au terme de cette présentation, du flacon (*l'institution*) et surtout, je l'espère, du contenu (*le service rendu*) de l'I.M.E. "Yves FARGE", un constat s'impose :

A chaque époque de la vie de cet établissement, en fonction des politiques sociales du moment, chaque directeur, chaque équipe a tenté d'apporter ce qu'il pensait être le mieux en matière de prise en charge. La notion de handicap a évolué ; celle de la place de l'utilisateur également. Il faut être certain que d'autres changements, d'autres bouleversements viendront bousculer nos certitudes d'aujourd'hui.

"Toute organisation a tendance à la chronicisation, à privilégier la logique institutionnelle et donc à se détourner de ses fins" (Max WEBER).

Afin de faire vivre et évoluer le projet d'établissement, l'engagement de l'I.M.E. dans une *"démarche-qualité"* s'est imposée. Je vais aborder maintenant ce parcours dans la deuxième partie.

DEUXIEME PARTIE

L'INTERVENTION MEDICO-SOCIALE

A L'EPREUVE DE LA QUALITE

"Je crois ce que je dis, je fais ce que je crois"

VICTOR HUGO

2.1 L'EXIGENCE DE LA QUALITE

Comment pourrait-on supposer que notre champ d'intervention ne puisse être concerné par la recherche de la meilleure qualité possible? Pourtant, aborder la question de la qualité dans le secteur médico-social entraîne inmanquablement des réactions contradictoires.

Aucun professionnel ne peut ouvertement soutenir qu'il n'a cure de se préoccuper de la bonne qualité du service qu'il rend. Et, s'il peut améliorer ce service ou cette prise en charge, qui pourrait s'y opposer ou s'en offusquer ? En retour, qui dit *"qualité"*, dit *"démarche-qualité"*, ce qui renvoie à un autre secteur que le nôtre, le secteur industriel et commercial avec la crainte que cela peut susciter de récupération du social par l'économie marchande.

Pourtant, la qualité, puis la démarche-qualité se sont peu à peu imposées dans le cadre de nos réflexions sur l'évolution et l'avenir de l'I.M.E. Engager l'ensemble des professionnels dans cette voie a relevé d'un processus à la fois difficile et inéluctable.

Difficile car une telle démarche n'est pas inscrite dans la culture de notre secteur; elle y est au contraire largement étrangère. Elle peut provoquer spontanément la défiance, voire l'opposition d'une partie du personnel qui y voit la main-mise du secteur marchand et la remise en cause des valeurs qui sont celles du secteur associatif à but non lucratif et des missions de service public que celui-ci remplit.

Inéluctable en même temps car toute la démarche élaborée par les professionnels depuis plusieurs années maintenant, autour notamment des notions de projet - *projet associatif*, *projet d'établissement*, *projet individualisé* – amènent inmanquablement à formaliser, en l'adaptant, une telle approche.

2.1.1 L'ETHIQUE ET LA COMMANDE PUBLIQUE

L'éthique de l'usager

Aborder la question de l'éthique, cette *"partie de la philosophie qui étudie la morale et ses fondements"*¹ est un préalable indispensable.

"L'éthique de l'usager" est une expression empruntée aux auteurs d'un ouvrage récent consacré à la qualité dans nos institutions¹. C'est une expression heureuse, tant il est vrai que les références à l'éthique peuvent être multiples, variées, et parfois hors de propos,

¹ **ENCYCLOPEDIA UNIVERSALIS**

dans tous les domaines de la vie sociale. Les auteurs précités établissent trois principes fondateurs de cette éthique de l'usager, centrée sur le respect de cet usager :

- le principe de *singularité*. Chaque personne est unique. C'est la base de la démarche adoptée à l'I.M.E., de la prise en compte des potentialités de chacun, de la mise en œuvre de projets individualisés.
- Le principe de *réciprocité*, suivant le vieil adage : *'he fais pas aux autres ce que tu n'aimerais pas qu'il te fassent'*.
- Le principe de *positivité*. L'action menée est-elle source de satisfaction, de mieux-être ou de joie pour celui qui en bénéficie? ²

Appliquer et faire appliquer ces trois principes à toutes les actions menées, petites ou grandes, au sein d'un I.M.E. apparaît être générateur d'un positionnement éthique constructif et déterminant pour qui veut aborder la qualité.

Ainsi, lorsque j'ai pris mes fonctions, j'ai été frappé par l'aspect froid et impersonnel des chambres de l'internat : pas ou peu de décorations , de "coins" ou d'objets personnels, pas ou peu d'espaces intimes... La première pensée qui m'a traversé l'esprit a été : *'Je n'aimerais pas qu'un de mes enfants vive dans ce cadre.'* En l'occurrence, une telle situation relevait pour une bonne part dans l'établissement d'une primauté de l'économat sur l'éducatif, primauté "déviante" qui avait par le passé mis l'établissement en péril.

Pour ne pas en rester au stade de l'intention, et passer à une véritable éthique, faite de conviction et de responsabilité, telle que la conçoit Paul Ricoeur, celle-ci doit se traduire par le respect de règles déontologiques fortes, telles qu'elles ont été définies (mais travaillées également avec les professionnels de l'établissement) dans le document de l'A.N.C.E. (Association Nationale des Communautés Educatives) ³. Le règlement intérieur de l'I.M.E. reprend l'essentiel de ses dispositions qui s'appliquent à l'ensemble du personnel.

L'impératif éthique se conjugue ici avec un autre impératif lié à la commande publique.

¹ **DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel**, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales - Sens, enjeux et méthodes*, Séli Arslan, 2000

² On rejoint ici la notion de "satisfaction" au cœur de toute démarche-qualité

³ **COMMUNAUTES EDUCATIVES, revue de l'A.N.C.E. N°96** *Les professionnels du social, acteurs d'une déontologie au service des usagers*. Septembre 1996

La mission de service public

Composant du secteur privé à but non lucratif, l'I.M.E. remplit des missions de service public et, à ce titre, dépend de l'évolution de la commande publique. Trente ans de crise économique, d'augmentation des dépenses sociales et de santé, de restrictions budgétaires, de déficit de la sécurité sociale ont engagé les Pouvoirs Publics à rechercher le meilleur rapport qualité - prix.

Plus largement, il convient de considérer, que *"la société a le droit de demander compte, à tout agent public, de son administration."*¹

En fait, par delà les pouvoirs publics et le législateur, on retrouve *"le client"*, c'est-à-dire, le contribuable, l'assuré social. Sa demande évolue, en fonction du coût, bien sûr, mais également et surtout en fonction de la vision, de l'approche qu'il a du handicap et de sa prise en compte. C'est ainsi qu'un vaste mouvement, qui va de la prise en charge en institution à l'accompagnement et l'intégration se dessine dans notre société.

Les discussions menées en janvier 2001 à l'assemblée nationale autour de la réforme de la loi de 75 et de la rénovation de l'action sociale et médico-sociale renvoient à la même injonction : obliger les institutions à s'interroger sur leurs pratiques et à mettre en place des outils d'évaluation.

" L'article 15 traite de l'évaluation, déclare le rapporteur du projet de loi. Une telle démarche représente un progrès, car les établissements étaient jusqu'à présent livrés à eux-mêmes et dépourvus de tout référentiel commun. Bien entendu, pour présenter un intérêt, l'évaluation doit procéder d'un autre regard que celui de l'évalué. Il convient, à cette fin, d'y associer les pairs et de garantir son indépendance."

Entre éthique professionnelle et commande publique, il y a dans la période actuelle un même mouvement qui porte :

- vers l'évaluation des dispositifs d'aide à la personne,
- vers la place de plus en plus importante qu'il convient d'accorder à l'utilisateur, au bénéficiaire, (à ses parents ou ses proches, lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne vulnérable),
- vers la mise en synergie, en réseau des dispositifs, des compétences, des approches,
- enfin, vers ce que l'on appelle plus globalement *"la qualité"*.

¹ Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

2.1.2 LA QUALITE, UN OUTIL DE MANAGEMENT

Mobiliser les personnels

La qualité n'est pas une notion fondatrice de notre secteur, même si celle-ci est en soi inhérente à la dimension éthique de l'aide à la personne. Il s'agit même d'une notion qui au départ en est assez éloignée puisqu'elle est née aux Etats-Unis dans les années 20 et s'est développée au Japon et dans les pays occidentaux à partir des années 50 et ce, dans le cadre des grandes entreprises (à but lucratif) industrielles et commerciales.

La méthode axée sur la recherche de la qualité, qu'un de ses pères fondateurs, le chercheur américain Edward W. Deming, a intitulé "*T.Q.C.*" (*Total Quality Management* ou *Management de la qualité* ou encore *Démarche-Qualité*)¹, est basée sur une idée simple de départ : le client constitue l'élément-clé de la chaîne de production et la qualité d'un produit ou d'une prestation est considérée comme aussi importante, sinon plus, que le prix.

La norme I.S.O. 8402² définit ainsi la qualité :

"Ensemble de propriétés et de caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites d'utilisateurs".

On trouve dans l'ouvrage déjà cité de Ph. Ducalet et M. Laforcade la définition suivante, adaptée à notre domaine d'intervention :

*"Ensemble des caractéristiques d'une entité (organisation, établissement, service, dispositif) qui lui confèrent l'aptitude à répondre aux besoins exprimés ou implicites de l'usager et de sa famille en vue de maintenir ou améliorer sa santé (au sens bio-psycho-social), son autonomie sociale et sa dignité d'être humain"*³.

La recherche de la qualité, les méthodes à mettre en œuvre pour y parvenir (ce que l'on appelle "*démarche-qualité*"), représentent avant tout un outil de management, un moyen de mobiliser les personnels et les aider à remplir au mieux les missions qui leur sont confiées.

¹ GOGUE Jean-Marie. *Management de la Qualité*. Economica.1997. Dans sa première acception, "*Total*" signifie non la qualité totale, le "*zéro-défaut*", mais la qualité comme méthode étendue à la totalité du personnel, que celui-ci soit ou non en contact avec la clientèle.

² I.S.O. International Standard Organisation. L'I.S.O. regroupe les organismes de normalisation de monde entier et publie des normes internationales d'assurance de la qualité. En France, l'organisme (à but non lucratif) certifié par l'I.S.O. est l'A.F.A.Q. (Association Française pour l'Assurance-Qualité)

³ DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales - Sens, enjeux et méthodes*, Séli Arslan, 2000. Page104.

L'intérêt à mettre en œuvre une démarche-qualité au niveau de l'établissement est venue d'un triple constat :

- après 18 mois de réflexion et de travail des équipes autour de la ré-écriture du projet d'établissement, chacun a pu s'apercevoir que la commande sociale avait évolué et qu'il fallait engager à nouveau un processus de remise en question de ce projet si difficilement élaboré. Intégrer une méthode permettant d'avancer et d'évoluer en permanence est apparue, dans un premier temps pour l'équipe de direction comme une garantie pour éviter de démobiliser les personnels, voire de n'avancer que par crise comme cela avait pu se vivre dans le passé.
- Le développement de l'expression de l'usager, du jeune comme de ses parents, et ce, tant sur le plan individuel qu'institutionnel appelle des réponses nouvelles, mieux adaptées à l'émergence des besoins ("*exprimés ou implicites*" pour reprendre la terminologie *I.S.O.*)
- L'importance du travail réalisé dans tous les domaines par un personnel remobilisé implique d'élaborer des outils, des "référentiels de bonnes pratiques" pour capitaliser et poursuivre les réalisations par delà le turn-over ou les aléas de vie professionnelle et institutionnelle.

Une réponse à ces trois constats, centrée autour de la formalisation du travail réalisé et de la nécessaire évaluation de celui-ci m'a permis de cerner tout l'intérêt que pouvait représenter l'engagement de l'I.M.E. dans la démarche-qualité .

Ainsi, l'année 2001 a-t-elle été marquée par une première action de sensibilisation de formation sur ce thème avec l'équipe de direction ¹. Cette action a été conçue comme un préliminaire à une action d'accompagnement plus vaste pour l'ensemble du personnel.

Parallèlement, une participation des professionnels de l'établissement dans l'élaboration et la rédaction de procédures, dans le cadre du projet associatif, a permis une approche supplémentaire de cette question. Je reviendrai plus loin sur ce projet de "*manuel des procédures*".

¹ L'équipe de direction est composée, outre du directeur, du médecin-psychiatre, du chef de service éducatif et de l'éducateur technique chef. Elle se réunit une fois par quinzaine.

Impliquer les personnels

La volonté d'impliquer les personnels a prévalu dans un nombre important de domaines et sans doute, la culture associative y a contribué : le personnel est en effet largement impliqué dans l'élaboration des outils professionnels mis en œuvre. Cette implication s'est retrouvée autour de quelques "grands travaux" qui depuis plusieurs années ont jalonné l'activité des professionnels de l'I.M.E. et des professionnels des autres établissements et services de l'O.V.E.

Ces travaux, qui ont trouvé, dans l'ensemble, une traduction concrète et des répercussions dans le travail au quotidien auprès des usagers ont constitué des préalables indispensables à la mise en œuvre d'une démarche-qualité.

Un premier travail, effectué sur trois ans (de 1994 à 1997) a consisté à faire établir par les professionnels eux-mêmes leurs "fiches-métiers" : quelles sont les missions propres à chaque catégories professionnelle, quelles sont les conditions d'exercice de leur profession?

Plus de vingt métiers ont été recensés, de la lingère au psychiatre en passant par l'éducateur ou le cuisinier... Des "*groupes-métiers*", composés d'une dizaine de professionnels par groupe ont été constitués et ont élaborés, avec l'aide de consultants le "cahier des charges" de leur profession : au regard des caractéristiques de leur métier, de leur déontologie; au regard des textes réglementaires du secteur (Loi de 75, Annexes XXIV).

Les documents réalisés dans ce cadre ont ensuite été soumis à des "*groupes-experts*", c'est-à-dire à des groupes de travail composés d'autres professionnels (toujours avec l'aide de consultants extérieurs). Ainsi, et pour en donner l'illustration, des psychologues, des chefs de service, des enseignants, des surveillants de nuit, ont pu re-travailler sur les fiches-métiers des éducateurs spécialisés ou des moniteurs-éducateurs.

Une synthèse de ces travaux a ensuite été réalisée sous l'égide de la Direction Générale, du collectif des directeurs et avec l'aide et l'aval d'un Comité de Pilotage (administrateurs, directeurs, représentants des salariés).

De ce travail riche et intense est paru un document associatif intitulé '*Servir l'enfant*', document utilisé quotidiennement avec les professionnels en place comme par ailleurs avec les nouveaux embauchés. On trouvera en annexe une '*fiche-métier*' extraite de ce document ¹

Un autre domaine dans lequel la volonté d'impliquer les professionnels s'est affirmée a été celui de l'élaboration des outils nécessaires à la mise en œuvre et au développement des projets individualisés.

Un plan de travail, propre à l' I.M.E., a été construit (avec l'aide également d'intervenants dans le cadre du Plan de Formation d'entreprise) afin d'aider les professionnels à construire ces outils.

Cette mise en place a certes été lente (la première année, en 1998, seuls les entrants, c'est-à-dire une quinzaine de jeunes ont pu bénéficier de ces outils). En définitive, le fait que ces outils n'aient pas été introduits comme des '*produits finis*' ou des '*recettes toutes préparées*' a permis aux professionnels de se les approprier bien plus efficacement; le rythme de cette mise en œuvre a également permis d'adapter les modes d'organisation (réunions de service, réunions de projets, ...) dans l'établissement.

De la même façon, et nous l'avons vu plus haut, la ré-écriture du projet a fait l'objet également d'une démarche participative. Le document final, même s'il a été rédigé par le directeur est la résultante des réflexions menées à la fois par les groupes professionnels (éducateurs, enseignants, éducateurs techniques, personnels de soins,...) et par des groupes de travail transversaux.

Autour de cette question essentielle du projet, l'implication des personnels a été recherchée et, dans l'ensemble, fructueuse. Comment pourrait-il en être autrement dans notre domaine d'intervention où l'implication de tous est essentielle à la qualité du service rendu?

La première réflexion menée avec un organisme de formation nous a amené à intégrer deux notions essentielles nécessaires à la formalisation d'une démarche-qualité dans notre domaine d'intervention : celle liée aux '*processus*' et celle liée à la satisfaction du '*client*'. C'est ce que je vais aborder maintenant.

¹ Cf. Annexe 2. Fiche-métier de l'Assistant de Service Social extraite de la brochure O.V.E. '*Servir l'enfant*'

2.2 "LA VOIX DU CLIENT" ET "LA VOIX DU PROCESSUS"

Avant d'étudier les notions de "*client*" et celles de "*processus*", il paraît utile de préciser le point suivant : en aucun cas, il ne s'agit de "*plaquer*" des méthodes importées du monde industriel. Tout comme pour d'autres questions, tel le management en général, l'entretien d'évaluation, le travail par projet, il convient d'adopter une attitude pragmatique : pas de "*copier-coller*" en la matière, cela ne peut que donner des résultats catastrophiques (ou nuls dans le meilleur des cas); pas de réticences non plus à utiliser, adapter des outils mis au point ailleurs en évitant de vouloir "*tout réinventer*".

Ainsi, les outils élaborés par les pères de la démarche-qualité, par delà les dévoiements, les modes qui ont pu fleurir depuis, m'ont semblé intéressants à travailler. La première de ces notions est celle tournant autour de la place centrale qu'occupe le client dans le processus de production des biens et des services.

2.2.1 LA SATISFACTION DU CLIENT

"*L'écoute du client*"

Comment pourrait-on définir la "*voix du client*"? Pour reprendre ici également les notions de base de la démarche-qualité, c'est l'opinion que le client a du service rendu ou du produit acheté. Cette voix exprime son indice de satisfaction. Un bon management consiste donc à adapter les processus au client. Cela suppose une communication permanente entre les professionnels et les clients. Au centre de la démarche-qualité se situe donc la capacité de tous les acteurs de l'entreprise à "*écouter la voix du client*". D'aucuns expliquent que l'origine de la démarche-qualité se situe dans le passage de la société artisanale (et sa relation directe artisan /client) à la société industrielle (et sa relation ouvrier / employeur) ¹

Cette écoute du client se situe à trois niveaux :

- Celui du comportement du client, de ses attentes, de ses souhaits. Le sondage, l'étude de marché sont ici mis en œuvre

¹ MISPELBLOM Frédéric, *Au-delà de la qualité. Démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*. 2^{ème} édition augmentée. Syros. 1999. Page 40 et suivantes

- celui du produit ou du service lui-même. Les rapports des professionnels concernés ou les enquêtes de satisfaction sont les outils utilisés à ce niveau.
- Celui des indications et conseils aux clients : étude des manuels d'utilisation, des notices, des documents d'information...

Les informations qui en découlent font ensuite l'objet d'un traitement approfondi visant à corriger les points d'achoppement entre cette attente du client et la prestation fournie.

Reste que parler du "*client*" dans notre secteur et de la "*satisfaction de ses besoins*" n'est pas forcément adapté. En tout cas, cela justifie pour le moins de bien en mesurer les termes.

"L'usager-client"

Usager ou client? La question se pose dans notre domaine d'intervention. Remplissant des missions de service public, nous nous trouvons confrontés aux mêmes interrogations que les services publics. De l'usager captif et passif, la notion qui a cours dans les services publics tend à évoluer de plus en plus vers une notion intermédiaire entre l'usager et le client ¹.

Dans notre secteur médico-social, il convient de différencier la notion de l'usager au sens collectif du terme (*le citoyen, le contribuable, l'assuré social*) de celui pris individuellement (*le parent d'un enfant handicapé ou en difficulté, l'enfant lui-même*). De cette dichotomie naît l'ambiguïté de la qualification de cet *usager-client*". Ce dernier n'est pas directement le payeur de la prestation qui est rendu. Il l'est indirectement, en tant que partie d'un tout, d'une collectivité qui assure solidairement le financement global de cette prestation, par l'impôt, par les cotisations sociales.

Bien évidemment, les attentes, les souhaits, mais aussi l'appréciation et l'évaluation sont variables du point de vue où l'on se place.

Faut-il pour autant abandonner toute démarche-qualité basée sur cette satisfaction de "*l'usager-client*"? La réponse est non, tant il est vrai que les exigences citoyennes d'une approche qualitative de la prise en compte du handicap sont ancrées maintenant dans notre société et imposent des réponses adaptées de notre part.

De la même façon, la difficulté à cerner qui, du jeune ou de ses parents, représente l'utilisateur, ne doit pas nous détourner de ces exigences de qualité. De ce point de vue, deux écueils sont à éviter :

- celui qui reviendrait à ne considérer que le jeune, en tant que futur citoyen et acteur de sa vie en construction, en ignorant ou mettant de côté la place qu'occupe ses parents, sa famille, son roman familial dans cette construction.
- celui qui ne verrait notre interlocuteur-utilisateur que dans le ou les parents en ne prenant pas en compte le sujet, sujet de droit qu'est l'enfant en lui-même, tel qu'il est maintenant socialement reconnu ².

"*Usager-client*", "*enfant et parent(s)*", tel est la complexité de notre client et telle est la difficulté qui en découle quand à l'analyse de ses besoins "*implicites ou explicites*".

La satisfaction des besoins

Concernant les besoins du jeune et de sa famille, évitons là aussi deux erreurs :

- la première qui consisterait à tout attendre d'une demande clairement énoncée. Ce faisant, on aboutit vite à une impasse car ce positionnement ne tient pas compte, ni des carences (de compréhension notamment), ni des souffrances vécues. Le chemin est long de l'annonce du handicap à son acceptation, de l'enfant idéal à l'enfant réel (handicapé ou non, par ailleurs).
- La seconde, à l'opposé, qui verrait le professionnel s'ériger en porte-parole exclusif des besoins supposés essentiels de l'utilisateur. Reconnaissons que cette conception est chez nous, professionnels de l'action sociale, un "*penchant naturel*"; celui-ci trouve son origine dans la fonction même du travailleur social qui vient en aide à la personne en difficulté et tend naturellement à prendre la parole en son nom.

On retrouvera ce penchant naturel autour de la question de l'évaluation et de notre propension à confondre "*évaluation*" et "*auto-évaluation*".

La réalité se situe en fait, et la pratique le prouve quotidiennement, au carrefour de ces deux attitudes, à la jonction de ce qu'exprime l'utilisateur et le professionnel. Plutôt que de

¹ **DE QUATREBARBES B.**, *Usagers ou clients? Marketing et qualité dans les services publics*, Edition d'organisation, 1996

² Cf. la Convention Internationale des Droits de l'Enfant.

jonction, J.L. JOINGT parle fort justement de "synthèse", ce qui sous-tend l'échange, la confrontation, la contractualisation de la relation client-usager:

" Les besoins s'évaluent à la synthèse des opinions émises par les usagers clients et les professionnels. Nous avons nous-mêmes constaté que les spécialistes n'exprimaient pas toujours les réelles préoccupations des usagers. À l'inverse, certains clients peuvent avoir des exigences incompatibles avec leur état ou avec les ressources disponibles." ¹

En élargissant notre champ de vision des besoins de l'utilisateur à la notion plus large et collective de l'utilisateur (le contribuable, le citoyen), nous pouvons approfondir cette notion et donner, avec le même auteur, cette description plus complète :

"Le lit de la qualité reposera sur trois pieds principaux :

1 - besoins exprimés par les usagers-clients ou leurs représentants ou présumé par les professionnels en fonction des différents courants psychopédagogique et thérapeutiques.

2 - droit : réglementations diverses, conventions, accords, protocoles, aspects endogènes et exogènes.

3 - exigences et contraintes imposées par l'environnement." ²

2.2.2 LE CYCLE "PLAN, DO, CHECK, ACT"

L'analyse des flux et des cycles

L'idée-force de la démarche-qualité est que toute entreprise ne peut se concevoir uniquement sous la forme d'un organigramme structurel (direction, cadres intermédiaires, employés...) mais également sous la forme de "flugramme", c'est-à-dire de l'analyse des relations fonctionnelles, des processus aboutissant à la fabrication du bien ou du service.

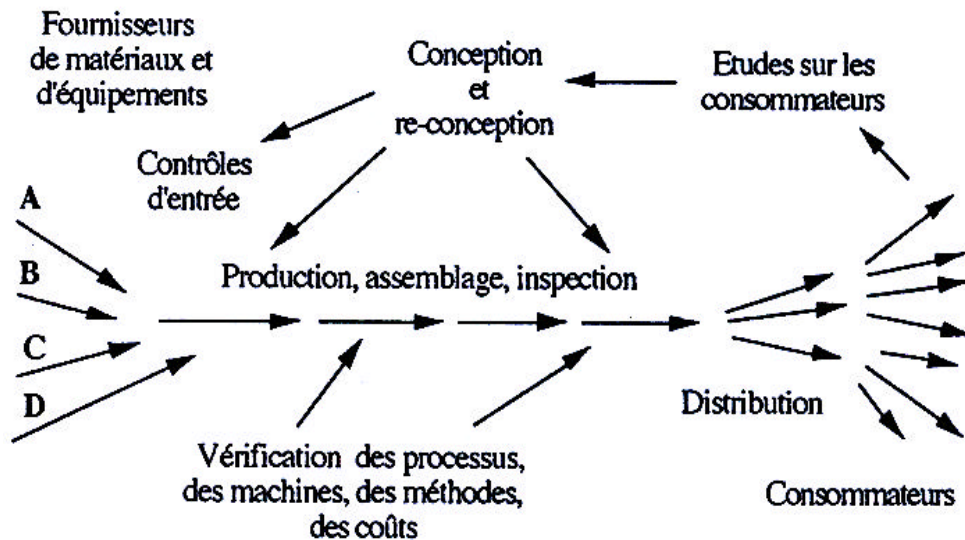
Dans tous ces processus, le client est naturellement présent. Sans lui, l'entreprise n'existe pas.

Le premier "diagramme de flux" ou "flugramme" formalisé en tant que tel remonte aux années 1950. Il est extrait des travaux de E.W. DEMING ³ :

¹ JOINING Jean-Luc, *L'audit de la qualité dans les établissements médico-sociaux*. Privat 1993. Page 57

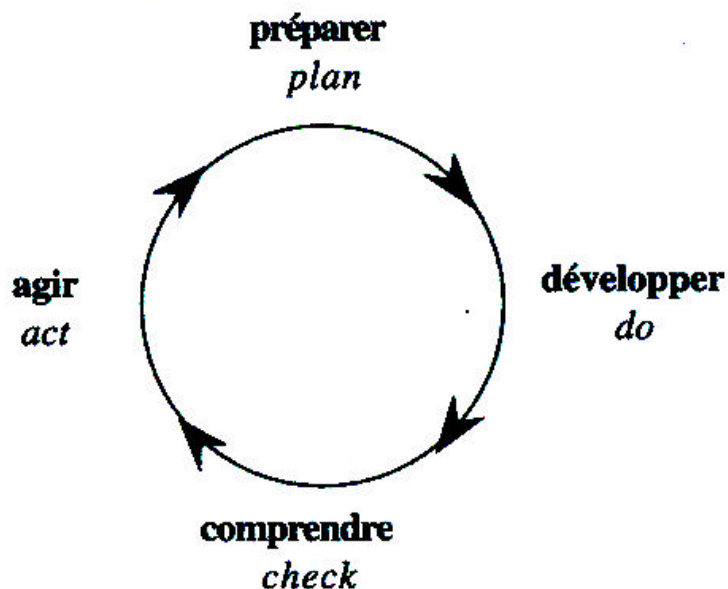
² Joingt, op. cit. Page 57

³ Gogue, op. cit., p.38



L'analyse de ces processus, la recherche de leur fiabilité et de leur amélioration, guide ainsi la démarche-qualité. De ce schéma découle la compréhension des cycles que l'on retrouve dans tous les domaines de l'activité humaine (production, recherche, enseignements, service...) que le E.W. Deming a intitulé "cycle P.D.C.A.", "*Plan, Do, Check, Act*"¹

Le cycle PDCA universel



Cette "roue de Deming", positionnée sur une figure comportant le temps en abscisse et la satisfaction du client en ordonnée permet de visualiser et de comprendre les cycles de progression et d'évolution de la qualité.

Cette conception dynamique de l'activité professionnelle (et humaine en général) paraît tout à fait adaptée à notre activité comme le prouve la méthodologie adoptée dans la mise en œuvre du projet d'établissement et des projets personnalisés.

Le "P.D.C.A. médico-social"

La démarche qui a prévalu dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement s'est inscrite dans cette dynamique.

- *"Plan"* : la conception et l'écriture du projet d'établissement , a permis, sur la base des acquis mais aussi des faiblesses antérieures de réfléchir à la façon de remplir la mission dévolue à l'établissement. Cette étape a permis à l'ensemble des professionnels de se repositionner autour du service rendu à l'usager.
- *"Do"* : cela fait maintenant deux années scolaires que le projet est mis en œuvre. Il guide l'activité quotidienne des professionnels et l'organisation de l'établissement.
- *"Check"* : nous en sommes aujourd'hui à une première évaluation du service rendu. Nous verrons plus loin combien il est nécessaire d'adapter, de modifier, de diversifier les modalités de prise en charge et d'accompagnement des jeunes.
- *"Act"* : sur la base de ce bilan, il sera nécessaire d'agir pour mettre en œuvre les nouvelles orientations nécessaires : élaboration du nouveau projet, dépôt de dossiers en C.R.O.S.S., préparation au niveau des personnels (plan de formation, recrutements, ...)

De la même façon, la mise en œuvre du projet individualisé peut se décliner sur le même cycle, sans doute plus rapide. Les Annexes XXIV prévoient un ré-examen de la situation de l'usager tous les six mois. Dans les faits, chaque jeune fait l'objet d'un suivi individuel :

- Dès l'admission, étudiée par une commission pluridisciplinaire (animée par le directeur et le médecin-psychiatre) la question de l'adéquation entre le profil du jeune et ce que peut lui proposer l'établissement est étudié.

¹ Gogue, op. cit., p.38

- Lors de la première année et au cours du premier trimestre (avant les congés de Noël), un éducateur-référent est choisi et une première réunion de projet est tenue. Le jeune et ses parents participent à la deuxième partie de cette rencontre où sont posés les bases de ce que sera le projet. Celui-ci est décliné sur les différents terrains du soin, de la socialisation, des apprentissages. La déclinaison du projet d'établissement auprès du jeune peut se décliner autour des variables suivantes :
 - o Internat personnalisé ou adapté
 - o Durée variable des stages
 - o Choix des ateliers
 - o Soins adaptés (orthophonie, psychomotricité, suivi psychologique, voire médical avec l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile
 - o Soutien scolaire
 - o Intégration en S.E.G.P.A.
 - o Activités sportives, culturelles ou de loisirs adaptées ou intégrées

- En fin d'année scolaire au plus tard, ou même avant si telle ou telle mesure demande à être revue, une autre réunion de projet tire le bilan des actions écoulées, des progrès réalisés ou des difficultés rencontrées et propose, toujours en concertation étroite avec le jeune et ses parents une nouvelle version actualisée et adaptée du projet.

Ce travail de formalisation autour du projet personnalisé a demandé un effort important aux professionnels et l'obligation de travailler avec une grande rigueur. Ici, le "P.D.C.A." est formalisé et nécessite une organisation adaptée ¹. Dans les faits, nous ne sommes pas encore en mesure de décliner cet outil auprès de chaque jeune avec la même rigueur. Mais, nonobstant, cette approche justifie une autre façon de travailler. Elle justifie également une aide méthodologique importante à apporter aux professionnels.

¹ Cent vingt jeunes suivis en projet individualisé, cela nécessite globalement 240 heures de réunion par an (à raison de deux fois une heure par jeune). D'où la nécessité de réunions préparées à l'avance par les responsables de projet et la représentation des équipes par un nombre restreint de personnels...

2.3 L'ASSURANCE-QUALITE

Dans le domaine de la qualité, la formalisation des modes opératoires, est apparue, au fil du développement de l'idée de qualité comme la *"garantie"*, l'assurance que le contrat passé avec le client ou l'utilisateur est bien respecté. A ce titre, l'écriture, de ce que l'on peut appeler, *"Guide de bonne conduite professionnelle"*, *"Manuel-qualité"*, apparaît comme un élément indispensable à l'ensemble de la démarche.

2.3.1 LE PROJET MANUEL DE PROCEDURE

"Dire ce que l'on fait, faire ce que l'on dit"

Cette formule résume assez bien ce que l'on peut entendre par *"démarche-qualité"*. Plus précisément, il faudrait dire : *"Ecrire ce que l'on fait, faire ce que l'on écrit"*. Le passage à la formalisation - écrite - des fonctionnements, des missions, des procédures, des objectifs est en effet essentiel. Et d'aucuns rajouteraient : *"Et le faire bien!"*, car c'est bien la qualité - le *"travail bien fait"* - qui est recherchée avant tout.

Le schéma étudié plus haut concernant la compréhension de l'entreprise sous la forme de flugramme ou de diagramme de flux peut se décliner sur l'ensemble des *"sous-activités"*, composantes de l'activité principale. Comprendre le fonctionnement de tous ces processus, les transcrire sous la forme de procédures est un objectif qui s'inscrit logiquement dans la mise en œuvre d'une démarche-qualité.

J'ai pu noter à ce propos que cette préoccupation rejoignait celle de nos financeurs. Ainsi, lors d'une récente visite de la C.R.A.M., un formulaire utilisé par son représentant posait clairement la question en ces termes : *"Y a-t-il une procédure d'accueil dans l'établissement et laquelle?"*

Cette impérieuse nécessité de passer à l'écrit s'est heurtée de plein front avec une culture professionnelle, en particulier éducative, portée au contraire sur le discours oral et sur une grande défiance vis-à-vis de cet écrit qui *"figerait"* les données.

Ainsi, la mise en œuvre du travail par projet individualisé a-t-elle induit, avec formation et perfectionnement à l'écrit professionnel pour un certain nombre de professionnels, un retour à l'écriture. Ce retour (retour au regard de la période de passage de diplôme), apparaît indispensable au projet, à l'évaluation, à la méthode *"Plan, Do, Check, Act"*.

Comment peut-on évaluer le résultat d'une action si l'on a pas daté, posé par écrit le diagnostic initial, les objectifs fixés, les outils utilisés pour y parvenir?

Au cours de la même visite de la C.R.A.M., la question des documents écrits comme support des projets individualisés était posée.

Concernant les procédures en général, la mise en oeuvre d'un projet '*Manuel des procédures*' au niveau associatif a pour une part aidé à la réflexion autour de cette question.

Genèse du projet

Abordée par le Conseil d'Administration, la question de rédiger un manuel des procédures a, dans un premier temps, répondu à une exigence de sécurité dans les domaines administratifs, comptables, financiers et de gestion des personnels. Ce souci était notamment lié au départ au niveau de la Direction Générale et du Bureau de l'Association de la '*vieille garde*' qui maîtrisait parfaitement tous les rouages du fonctionnement.

Les Neuf domaines d'activité recensés ont été les suivants :

0. Dispositions et procédures générales
1. L'utilisateur
2. Gestion des Ressources Humaines
3. Préparation et exécution du budget
4. Gestion comptable et financière
5. Gestion hôtelière
6. Achats et approvisionnements
7. Travaux et patrimoine
8. ¹
9. Sécurité et prévention des risques

Symboliquement, le domaine 1 a été réservé aux procédures touchant à la prise en charge de l'utilisateur. C'est incontestablement le domaine le plus important à terme et le plus difficile à traiter. Cela étant, la priorité étant, conjoncturellement, la sécurité et la fiabilité du fonctionnement administratif, ce sont les autres domaines qui ont été majoritairement traités jusqu'à présent. Même s'ils ne sont pas centrés directement sur l'utilisateur, leur traitement influe bien évidemment sur la qualité du service rendu, qu'il s'agisse de la gestion du person-

¹ Chiffre laissé disponible pour un éventuel 10^{ème} domaine

nel, de la gestion hôtelière, de la gestion comptable et financière. En fin de compte, tous ces champs participent à la qualité.

Des groupes de travail ont été mis en place dans chaque domaine et travaillent à la réalisation de procédures. L'ampleur et la durée du chantier ont nécessité l'emploi, hors organigramme d'un "*qualiticien médico-social*".

Du point de vue de ses objectifs, le projet "*Manuel de procédures*" répond à trois exigences:

- garantir la sécurité, la fiabilité, la continuité du fonctionnement général de l'Association (en tant qu'entreprise) : les procédures existent-elles, sont-elles connues, sont-elles appliquées? sont-elles valables, cohérentes entre elles? sont-elles transmissibles?
- Maîtriser la complexité croissante, l'évolution des systèmes et des organisations
- Mémoriser et capitaliser les savoir-faire, engager une véritable culture de l'évaluation

Un Comité de Pilotage a été mis en place afin de suivre et valider la progression de ce chantier. Sa composition ¹ reste cependant le reflet d'une démarche plus marquée par l'esprit de rigueur administrative que par le souffle de la qualité et d'une démarche participative des personnels.

Dans l'ensemble, le projet "*manuel de procédures*" représente, et sans aucun doute, une première approche du volet "*Assurance-Qualité*" dans une démarche plus globale de recherche de la qualité.

Le projet a permis de commencer à familiariser les professionnels, pour une petite part à la conception et à l'écriture, pour une plus grande part à la compréhension et à l'utilisation des procédures.

2.3.2 ELABORER DES PROCEDURES

La rédaction de procédures est un exercice courant dans le domaine administratif et comptable. La confiance, qui est le maître-mot de la qualité n'est-il pas également celui de l'examen des comptes : le commissaire au compte n'atteste-il pas notamment de la sincérité des comptes?

Dans ce qui touche au "*domaine de l'usager*", on aborde un terrain beaucoup plus difficile, un terrain encore en friche, qui n'a que très peu été exploré. Comment mettre l'éducatif, le thérapeutique sous forme de procédures sans *'perdre son âme'*, son savoir-faire professionnel ? Comment faire part de ce qui peut relever de la norme et ce qui relève de l'expertise professionnelle ?

La norme et l'expertise

Le passage à l'écrit dans le cadre de procédures permet aux professionnels de se fixer librement et de façon réfléchie une norme pour évaluer ensuite pourquoi celle-ci a été ou n'a pas été respectée.

Prenons comme exemple le premier contact entre l'I.M.E. et une famille. Celle-ci est souvent désespérée et angoissée, à la recherche d'une orientation et d'une solution pour son enfant. Ce premier contact est déterminant et influera pour une bonne part sur la qualité des relations ultérieures, sur la confiance qui pourra s'instaurer. Ainsi, avons nous établi que toute demande de prise de contact d'une famille en vue d'une admission se devait de recevoir une réponse dans les huit jours et une proposition de rendez-vous avec l'assistante sociale dans la quinzaine. Au delà, cela n'est guère acceptable.

Une fois cette norme fixée, on peut aisément établir si l'établissement est à même de respecter son engagement en la matière. On mesure bien, à travers cet exemple, l'importance que revêt la participation des professionnels à la fixation de cette norme et l'importance du point de vue de l'usager. Si l'on dit qu'une réponse viendra sous huitaine, il faut donc faire en sorte que cela soit ainsi ("*dire ce que l'on fait, faire ce que l'on dit...*"). Dans le cas contraire, il faut en étudier les causes et y trouver des remèdes (réorganisation des fonctions de secrétariat, du service social, simplification des circuits voire ré-examen de la norme).

Cet exemple est aussi significatif de la dimension éthique de la qualité :

¹ Le Commissaire au compte, le trésorier et des administrateurs, le Directeur Général et des cadres du Siège Social.

- Principe de *singularité* : comment l'accueil est-il personnalisé et non pas froid, informel et distant.
- Principe de *réciprocité* : quelle qualité d'accueil, quel délai serais-je moi-même en état d'accepter et d'apprécier.
- Principe de *positivité* : comment mettre à l'aise la famille, le jeune et faire en sorte qu'ils aient une bonne impression de ce premier contact...

Cette réflexion autour du premier accueil ne peut que se faire qu'en étroite collaboration avec les intervenants concernés : secrétaire, assistante sociale, mais aussi autres personnels éducatifs ou soignants.

Cela étant, la procédure ne suppléera pas à la compétence, au savoir-faire des différents intervenants. Elle ne représente que le cadre dans lequel ces compétences, cette technicité s'exercent. Le pire des accueils peut être réservé à une famille dans le cadre d'une excellente procédure. La procédure n'est ici qu'une condition nécessaire mais bien évidemment non suffisante.

Méthodologie de la procédure

Le premier travail réalisé autour du "*Manuel de procédures*" a été de formaliser une méthodologie de la procédure, d'élaborer une "*procédure de la procédure*". L'objectif a été de familiariser les professionnels avec une approche dont ils étaient assez éloignés et leur remettre un outil simple, pratique, leur permettant de passer un minimum de temps sur ce terrain. N'oublions pas que l'essentiel reste le "*faire*" et non le "*dire*".

Trois documents "*Description synthétique*", "*Diagramme papier*" et "*Description des tâches*" ont été élaborés et mis à la disposition des professionnels ¹. Leur raison d'être et de permettre à tout professionnel concerné par une procédure de pouvoir donner les éléments nécessaires à sa mise en forme.

La "*Description synthétique*" est articulée autour de sept questions simples :

Comment peut-on définir la procédure? (comment l'intituler?). Quelle est sa finalité? Sa périodicité? Son point de départ? Son point d'arrivée? Quelles sont les personnes et services concernés? Quels sont les documents utilisés?

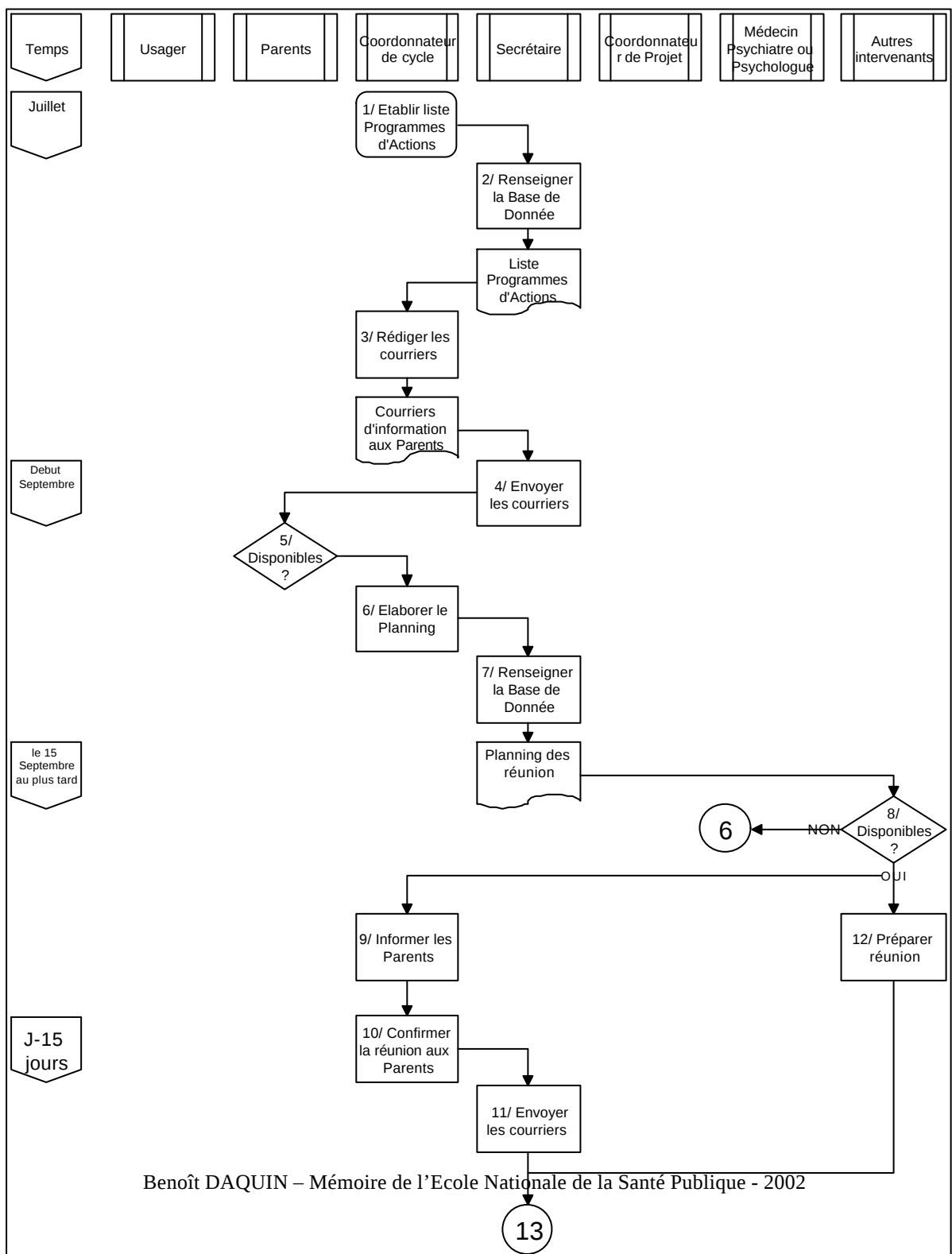
L'étape complémentaire, la rédaction du "*diagramme papier*" justifie une acceptation préalable de quelques symboles "normalisés" dans le cadre des démarches-qualité. L'extrait

¹ Voir Annexe II a, b et c

page suivante d'un diagramme de procédure (du projet individualisé, en l'occurrence) donne une idée de l'utilisation de ces quelques symboles.

Le dernier document "*Description synthétique des tâches*" permet de décrire, étape par étape la procédure.

Un important travail de "*va-et-vient*" entre le professionnel, le cadre "*vérificateur de la procédure*", le "*qualiticien médico-social*" va ensuite permettre d'affiner, corriger, clarifier et finaliser la procédure. Celle-ci pourra en permanence être modifiée et améliorée si besoin.



Ainsi, cette méthodologie permet potentiellement à tout professionnel (éducatif, soignant, administratif mais aussi de service) de décrire *"sa façon de faire"*. Ce travail reste cependant long et difficile car la formalisation de chaque procédure amène inmanquablement une réflexion sur le pourquoi et le comment. L'expérience montre que ce travail entraîne lui-même une amélioration des modes opératoires des professionnels. C'est d'ailleurs un des buts de la démarche.

Dans notre première partie, j'ai tenté de définir au mieux ce qu'était ce service rendu par l'I.M.E. *"Yves FARGE"*.

Dans cette deuxième partie, j'ai fait un tour d'horizon, théorique et pratique (du moins dans ses prémices) d'une démarche-qualité adaptée à notre secteur d'intervention. Cette approche, les outils que nous avons d'ores et déjà pu mettre en place, me confortent dans l'intérêt que cette méthode représente pour améliorer la qualité de ce service rendu.

En étudiant les théories menées par les pères de la démarche-qualité, il est surprenant de constater à quel point cet outil peut être adapté dans un secteur comme le notre où la notion de rentabilité et de profit est absente. Ainsi, parmi les recommandations faites par E.W. Deming et J.M. Duran, comment ne pas souscrire à celles-ci, si loin des caricatures de démarche-qualité que l'on peut connaître par ailleurs :

- *"Faire disparaître la crainte de façon à ce que chacun puisse travailler efficacement"*
- *"Éliminer les quotas de production, la méthode de direction par objectifs et toute forme de management par les chiffres"*
- *"Éliminer les exhortations, les slogans et les objectifs qui demandent aux opérateurs d'atteindre le zéro-défaut"*¹

Dans notre domaine, la meilleure prise en compte des besoins implicites ou explicites des usagers, la recherche d'outils fiables d'évaluation, l'amélioration de la qualité, sont des questions déterminantes.

¹ Gogue, op. cit., p.68

Notre capacité à manager le changement qui s'en suit forcément sera aussi déterminante. Qu'en est-il de l'évolution de l'offre de service de l'I.M.E. "Yves *FARGE*". C'est ce que je vais aborder maintenant.

TROISIEME PARTIE

LA DEMARCHE-QUALITE, OUTIL POUR ADAPTER LE PROJET

"C'est reculer que d'être stationnaire"

C. d'Avray

3.1 L'USAGER AU CŒUR DU DISPOSITIF

L'I.M.E. "Yves FARGE" s'est doté d'un projet d'établissement opérationnel. Actualisé voilà trois ans, celui-ci a été la résultante d'un important travail de réflexion et d'une mobilisation non moins importante de ses personnels. L'établissement est en "*ordre de marche*" et rend un service que l'on peut globalement qualifier de qualité.

L'institution a eu à vivre des bouleversements importants dont le moindre n'a pas été le passage aux 35 heures pour ses salariés au 1^{er} janvier 2000 : réorganisation et annualisation du temps de travail, réorganisation de l'organigramme et embauches de 4 salariés (2,8 E.T.P.). L'objectif affiché dans l'accord d'entreprise était "*le maintien de la qualité du service*".

L'I.M.E. a rempli ses missions sur deux années scolaires pleines et impulsé ses activités autour de son offre de service : réussir l'insertion sociale et professionnelle des jeunes qui lui sont confiés. Pour se faire, il a utilisé les moyens qui sont les siens : internat éducatif, prise en charge en demi-pension, ateliers professionnels et classes spécialisées, soins en interne ou en externe, suivi pour les sortants par le S.A.V.S.P. et le service de suite...

Et pourtant, en deux ans, sans doute depuis plus longtemps d'ailleurs, la demande a évolué et l'institution se doit d'évoluer avec elle. Le début d'ancrage des professionnels dans la démarche-qualité permet de mieux cerner cette demande et se donner les moyens d'y répondre. Les besoins, implicites ou explicites, évoluent.

Mettre en application le principe de "*l'utilisateur au cœur du dispositif*" est déterminant pour être à la hauteur des enjeux. Cela se situe à un double niveau :

- celui de la *place* de l'utilisateur dans le dispositif existant, de l'indispensable contractualisation de la relation utilisateur / professionnel
- celui de la *parole* de l'utilisateur dans l'évaluation des actions réalisées et l'évolution du service à rendre

3.1.1 GARANTIR LA "CO-EDUCATION"

Le projet d'établissement avait établi quelques objectifs à atteindre, quelques axes d'amélioration. Le principal était formalisé sous l'angle du "*développement de la co-éducation*" à travers la dynamique des projets individualisés d'une part, à travers la vie institutionnelle d'autre part. Ce sont les deux facettes sur lesquelles il importait de se pencher pour mieux impliquer "*l'usager-client*" et faire en sorte qu'il participe le plus activement possible au projet individualisé, et dans la mesure de ses possibilités, à la vie de l'établissement.

La particularité, mais aussi l'intérêt qui fait notre mission est que notre "*usager-client*" est double : le jeune lui-même, adulte en devenir, mais également ses parents, ceux qui sont titulaires de l'autorité parentale, qui sont responsables de lui. On ne peut bien évidemment traiter l'un sans l'autre, même si, le jeune, présent dans l'institution (en internat ou en demi-pension) est l'usager principal.

Des documents contractuels

Le premier outil à construire a été celui de la "*Charte de l'usager*". En effet, un tel document, qui représente "la loi fondamentale", celle qui s'applique à tous, professionnels, usagers, parents, est indispensable pour que chacun connaisse ses droits et ses devoirs.

La Charte de l'usager complète utilement le "*Règlement Intérieur de Fonctionnement*", tel qu'il figure dans les pièces officielles de l'établissement ¹ ainsi que le "*Règlement Intérieur d'Entreprise*" ².

Elle n'a pas une finalité réglementaire, même si elle édicte bien sûr des règles de fonctionnement. Elle a avant tout une valeur contractuelle vis-à-vis de l'usager. Appelons cela "*le contrat de confiance*", celui qui doit être porté à la connaissance de tous.

La Charte représente la loi fondamentale, volontairement acceptée au moment de l'accueil. Elle indique les engagements de l'institution et de ses professionnels vis-à-vis de l'usager. Enfin, elle précise ce qui est attendu de l'usager et de ses parents, tant il est vrai que ces derniers ne peuvent qu'être acteurs des dispositions prises. C'est d'ailleurs en ce sens que le terme de "client" est peu approprié.

¹ Le Règlement Intérieur de Fonctionnement a été rédigé et remis aux autorités de contrôle au moment du renouvellement d'agrément occasionné par la nouvelle Annexe XXIV

² Document demandé par l'administration dans le cadre du droit du travail pour toute entreprise employant de la main d'œuvre. Ce document remonte aux années 80. Il est toutefois enrichi en permanence par les notes de service.

La rédaction de la Charte, remise dorénavant à chaque usager à l'occasion de son arrivée, a été l'objet d'une élaboration collective par les professionnels de l'I.M.E. L'élément moteur en a été l'équipe des éducateurs et des enseignants. Ce travail s'est fait en concertation étroite avec les jeunes. Il a également fait l'objet d'une concertation avec les familles et les partenaires dans le cadre du Conseil d'établissement et à l'occasion d'une réunion générale de parents.

Les droits du jeunes et de ses parents y sont recensés :

Droit à une éducation, un enseignement, des soins de qualité ; droit à un projet individualisé ; droit à un cadre de vie agréable ; droit pour les parents à être considérés en "partenaires à part entière" ; droit d'expression et de représentation ; droit au respect, à la sécurité.

L'existence de ses droits est garantie par des devoirs : respect de l'autre, adulte ou enfant, refus de la violence; respect des lieux mis à disposition; respect des règles de fonctionnement.

La Charte aborde par ailleurs l'ensemble des aspects de la vie en établissement et des règles de vie qu'elle implique : l'internat, les stages, les principes de laïcité (respect et cadre de la ou les pratiques religieuses...), l'activité physique et sportive, les sorties, le tabac,...

Ce rapide tour d'horizon du contenu de la charte montre le champ qu'elle couvre, les débats qu'elle a suscités, les engagements qu'elle implique, les améliorations objectives de la qualité qu'elle engage si elle est respectée.

D'autres outils ont fait l'objet de réflexions et d'avancées.

Un *"Livret d'accueil"* actualisé à l'occasion de chaque rentrée scolaire, est remis aux familles. Il permet, sur un mode beaucoup plus pratique de connaître le nom des professionnels, leurs coordonnées, les horaires, l'organisation des classes et des ateliers. Chacun sait à qui s'adresser, quand et comment.

L'équipe des éducateurs techniques et des enseignants travaillent à la réalisation d'une *"carte-projet professionnel"* sur lequel je reviendrai plus loin.

Enfin, les documents - évolutifs - mis en place dans le cadre du *"Projet individualisé"* sont autant de supports écrits, contractuels utilisés dans cet objectif de co-éducation. Ils engagent les professionnels, sur la pertinence du plan ou des actions mis en œuvre, sur leur capacité à effectuer un véritable suivi, de véritables évaluations du projet en cours. Ils engagent le jeune avec qui les objectifs ont été déterminés et pour lesquels sa participation est

sollicitée, en fonction de ses potentialités. Ils engagent également ses parents, sollicités également, dont l'assentiment et la collaboration ont été recherchés.

Des lieux d'expression et de parole

Permettre à l'usager d'exprimer clairement ses besoins, ses souhaits, ses satisfactions ou ses insatisfactions passe par des lieux de parole et d'expression . Ces lieux doivent être sous la "haute protection" du directeur. "Haute protection" face aux risques d'enlèvement, de disparition, voire de simple "ronronnement" de ces instances. Non parce qu'elles sont dérangeantes (tant mieux si elles le sont !) mais parce qu'il reste extrêmement difficile de les faire vivre au long terme.

Que l'on songe à la difficulté qu'il y a à faire vivre de telles instances dans le cadre beaucoup plus régulé de l'Education Nationale, et l'on imagine aisément, dans un lieu marqué par la souffrance engendrée par le handicap, celles afférentes à notre domaine d'intervention.

A ce titre, l'instance qui doit être l'objet de toute notre attention est le "Conseil d'établissement"¹ (C.E.). Le rôle du directeur n'y a jamais été aussi important depuis qu'il y assiste avec voix consultative !

Donner la présidence à un représentant du collège "Usagers", collège majoritaire en nombre et en voix dans le conseil, a été un choix associatif dans l'année qui a suivi la parution du décret. L'administrateur délégué auprès de l'établissement est candidat quant à lui au poste de vice-président du CE.

Faire vivre cette instance passe par l'organisation d'élections au niveau des parents (3 représentants) comme au niveau des jeunes (4 représentants) et ce, chaque année. Cela passe par un important travail relationnel (aide, mise en confiance) vis-à-vis de ces élus, un suivi et une politique vivante de communication si l'on veut réellement que le C.E. donne son avis sur tout ce qui touche à la vie de l'établissement et qu'il soit informé "de la suite donnée aux avis et propositions qu'il a pu émettre"².

S'agissant d'un établissement accueillant des adolescents, il était impensable de ne pas mettre en place un lieu d'expression pour les jeunes eux-mêmes. Le "Conseil Citoyen des Usagers" est un véritable lieu d'expression pour les jeunes , mais aussi et surtout d'ap-

¹ Les C.E., instaurés par un décret du 31 décembre 1991, ont remplacés les anciens "Conseils de Maison"

² Décret du 31 décembre 1991

prentissage de la citoyenneté : la délégation, le mandat, la revendication, la majorité et la minorité, la loi...

Composé de deux délégués élus dans chacune des classes, il se réunit *a minima* une fois par trimestre. Un bureau de 4 membres est élu; ce dernier est reçu mensuellement par le directeur.

Deux autres instances méritent d'être citées quant à cette participation de l'usager ; Le Conseil de discipline qui se réunit en cas de faute grave d'un usager et qui donne un avis quant aux sanctions encourues et la Commission des menus autour notamment du cuisinier, de l'économe et de l'infirmière.

Ces outils, ces documents et ces instances sont garants au quotidien de cette place centrale que nous souhaitons pour l'usager. Mais il nous est apparu nécessaire d'aller plus loin dans la consultation de l'usager quand à son "*indice de satisfaction*" du service rendu.

3.2.2 L'ENQUETE DE SATISFACTION

Consulter l'usager, au même titre qu'un client, sur la satisfaction qu'il peut retirer du service qui lui est rendu est une démarche qui est apparue dans un premier temps pour le moins surprenante. Force est de constater que nous ne sommes guère sensible de par notre culture professionnelle et notre domaine d'intervention d'aide à la personne en difficulté à faire nôtre cet adage d'Aristote : "***L'invité est meilleur juge d'un repas que le cuisinier***"

Pourtant, cette question s'est trouvée posée au sein de l'I.M.E et elle a obligé les professionnels à s'interroger. Non seulement cette démarche est légitime ¹, mais elle s'avère particulièrement nécessaire dans le cadre d'une démarche plus globale de qualité. La première occasion d'aborder cette question a été une enquête effectuée par un représentant à la fois de l'organisme payeur (la sécurité Sociale) et de l'usager-citoyen (l'assuré social) en l'occurrence, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (C.R.A.M.) Rhône-Alpes.

¹ "*La consultation est l'un des fondements de la démocratie, au même titre que le contrat : elle s'oppose à la monarchie de droit divin, à la féodalité et aux luttes de clan*" J.R. Loubat in LIEN SOCIAL N°569. "*Consulter les bénéficiaires : est-ce si difficile?*" 22 mars 2001

"L'opinion des familles"

Réalisée en 98 et 99, la première phase de l'enquête *"L'opinion des familles"* réalisée par la C.R.A.M.¹ sur l'ensemble des établissements et services dépendant des Annexes XXIV en Rhône-Alpes a consisté en une collaboration avec des professionnels de terrain en vue d'élaborer un questionnaire. L'O.V.E. en tant qu'Association, l'I.M.E. "Yves FARGE" en tant qu'établissement ont été sollicités pour collaborer à ce travail.

L'objectif affiché était de répondre, quelques années après la parution des nouveaux décrets, à la question suivante :

"Les familles sont-elles satisfaites des conditions d'accueil et de suivi de leurs enfants?"

Deux axes étaient mis en avant : les établissements répondent-ils aux nouvelles normes de fonctionnement? Les enfants bénéficient-ils de projets individuels permettant de leur garantir une meilleure insertion dans la société ?

1400 familles ont répondu au questionnaire sur 2500 consultées sur une base pré-établie et représentative (département, type de handicap, type de prise en charge) ce qui représente un échantillon significatif de 10% des 12000 enfants suivis sur la région.

Quatre types de réponses étaient proposés : *"pas du tout satisfait"*, *"peu satisfait"*, *"moyennement satisfait"*, *"satisfait"* pour 10 thèmes recensés.

Les tableaux ci-dessous récapitulent sur chacun de ces items et selon chaque mode de prise en charge le pourcentage de *"satisfaits"* :

"SATISFAITS"	Internat	Externat	Service	Total
CADRE DE VIE	79	71	65	74
ENVIRONNEMENT AFFECTIF	73	72	82	73
LIENS FAMILLES / INSTITUTION	75	67	74	72
PARTICIPATION AU SUIVI INDIVIDUEL	70	57	67	64
JEUX, LOISIRS, RENCONTRES	82	67	62	74
EVEIL, ENSEIGNEMENT	67	55	55	61
AIDE A LA VIE QUOTIDIENNE	57	41	21	47
SOINS	71	58	68	65
RELATION AVEC MEDECIN DE FAMILLE	50	35	42	43
TRANSPORTS	71	66	45	67

Outre la mesure de l'indice de satisfaction, le questionnaire était destiné à recueillir les critiques et suggestions des familles.

Ces dernières sont nombreuses et touchent à l'ensemble des domaines vus plus haut. Beaucoup renvoient aux insuffisances de moyens (au niveau des personnels, au niveau des locaux) mais pas uniquement : d'autres façons de travailler, de collaborer sont sollicitées.

Cette enquête, dont on peut dire qu'elle constitue une première, a eu un immense mérite au niveau de l'I.M.E :

- elle a *"libéré"* la parole de l'utilisateur (le questionnaire était anonyme et traité au niveau global et non au niveau de l'établissement).
- elle a également *"libéré"* les professionnels, parfois réticents face à la démarche, et agréablement surpris en définitive de la *"bonne image de marque"* globale qui se dégage.
- Enfin, elle a permis l'amorce d'un débat fructueux, en équipe de direction, dans les équipes, sur l'intérêt de la démarche, de son impact positif sur les relations avec les parents, de sa complémentarité avec les processus d'évaluation interne autour notamment des projets individualisés.

Une fois, les agents de la C.R.A.M. repartis, après présentation des résultats de leur enquête (bilan adressé aux familles, réunion d'information avec les personnels), l'établissement a pu s'emparer de la question de la consultation de l'utilisateur et de son intérêt au regard de la recherche d'amélioration de la qualité.

La construction d'un outil

Passer d'un questionnaire anonyme et généraliste, finalement sans conséquences sur l'établissement, à une même approche, mais à l'échelle de ce dernier, n'a pas été simple.

Tout d'abord, il a fallu répondre à la première des questions : un indice de satisfaction de l'utilisateur (en l'occurrence de sa famille) est-il pertinent ?

¹ Plus particulièrement par le Service Médical Régional (S.M.R.)

Un parent '*pas satisfait du tout*' ne représente-il pas le '*prototype*' de la famille qui a pu baisser les bras devant les difficultés d'éducation de son enfant et qui trouve en l'établissement le bouc-émissaire idéal de ses propres carences ?

La réponse, à laquelle les personnels spécialistes du soin peuvent apporter des étayages, peut sans doute être exacte dans certains cas. Ce phénomène peut s'expliquer par la difficulté, aggravée dans les situations qui nous concernent, à assumer les fonctions éducatives et parentales.

Cela donne des indications pour les professionnels, pour mesurer la pertinence des solutions qu'ils proposent (par exemple la présence d'un '*tiers médiateur*' comme l'assistante de service social entre les parents et l'équipe éducative).

Mais l'enquête de satisfaction nous permet de nous '*mesurer*' à une moyenne (ici, régionale). Si cela représente 72 % de '*satisfait*' et 3% de '*pas satisfaits du tout*' au niveau, par exemple, des liens familles / établissement, quels enseignements peut-on tirer d'un taux anormalement différent ?

Est-ce le lot de familles particulièrement démunies et désemparées, ou est-ce le lot d'une réponse inadaptée des professionnels ? Poser la question permet d'enclencher une démarche bénéfique d'analyse de ses pratiques, d'amélioration du service rendu, et ce, non sur des jugements de valeurs (qu'il s'agissent de ceux portés sur les familles ou ceux portés sur les professionnels), mais sur une analyse objective.

Une autre appréhension concernait la mise en avant d'insatisfactions auxquelles une réponse ne pouvait être apportée dans le cadre du budgets, des moyens, de l'organigramme agréé.

La crainte peut être justifiée : ne risque t-on pas de payer au niveau de '*l'image de marque*' de l'établissement, pour des moyens insuffisants donnés par la collectivité.

Pourtant, la comparaison avec des moyennes globales peut être instructive et peut permettre à l'établissement de faire remonter des besoins auprès des organismes financeurs. D'ailleurs, cet aspect faisait partie du bilan tiré par la C.R.A.M. elle-même, à l'issue de son enquête.

Du point de vue d'une démarche-qualité, nous avons la responsabilité de mettre à disposition ces moyens nécessaires à la satisfaction des familles, ou de faire remonter ces mêmes besoins lorsqu'ils ne peuvent être satisfaits.

Un tel positionnement implique naturellement notre capacité à mettre en œuvre les moyens qui sont mis à notre disposition dans le cadre du meilleur rapport "*qualité-prix*".

Autre "*crainte*" : celle de mettre à jour des dysfonctionnements, circonscrits ou non à un secteur, un groupe professionnel, une équipe...¹

Mais à cela, nous nous devons absolument de faire face. C'est sans doute le grand intérêt et la grande richesse de toute démarche-qualité. Cela justifie néanmoins des mesures d'accompagnement adaptées du personnel, un management participatif, un système de délégations et de responsabilités opérationnel.

De ce fait, la construction d'un outil interne d'évaluation du service rendu par l'utilisateur et sa famille fera l'objet d'une concertation et d'une élaboration collective à partir des pratiques existantes que nous avons pu étudier plus haut (*charte de l'utilisateur, projet individualisé*).

Une des pistes proposées, afin de battre en brèche la crainte de "*l'utilisateur-consommateur*" ou du "*client-roi*" dans sa relation de "*co-éducation*" avec le professionnel serait de faire réaliser cette enquête de satisfaction au niveau de l'échelon associatif. Une telle opportunité est à l'étude au sein de la "*Commission relations avec les Familles*" de l'O.V.E.

Parallèlement, une avancée en terme d'évaluation, par les professionnels a pu se réaliser dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'établissement.

3.2 L'EVALUATION DU SERVICE RENDU

Placer l'utilisateur au cœur du dispositif, se donner les moyens que sa parole soit prise en compte, que ses '*besoins implicites ou explicites*' puissent être satisfaits, n'exonère pas les professionnels que nous sommes, de mettre en place des outils d'évaluation nécessaires à l'accomplissement de nos missions.

Nous avons centré notre approche dans ce domaine sur la partie de l'évaluation qui est à la fois la plus délicate et la plus intéressante à mettre en œuvre, à savoir l'évaluation non pas des moyens mis en œuvre, mais des effets de ceux-ci auprès de l'utilisateur.

J.R. Loubat appelle cela '*le processus général d'appréciation des effets de l'action*'². Nous avons cherché à développer la partie opératoire de l'évaluation (et dans une moindre mesure la partie fonctionnelle qui, elle, est déjà largement en œuvre).

Quelle '*plus-value*' l'établissement a-t-il apporté à un jeune pour lui permettre de mieux s'insérer dans la vie sociale et professionnelle ? Aborder cette question, c'est se donner réellement les moyens d'évaluer le service rendu à travers ce qu'un autre auteur ayant travaillé ce domaine appelle le développement de la '*compétence sociale*'³.

3.2.1 EVALUER LES APPRENTISSAGES

Du référentiel...

La démarche du projet individualisé permet aux professionnels de recentrer leurs activités auprès de l'utilisateur dans le souci d'une amélioration du service rendu. La réussite de l'insertion sociale et professionnelle passe par une capacité à évaluer les compétences acquises par le jeune, celles qui sont en cours d'acquisition, celles qui restent à acquérir.

A ce titre, la formation professionnelle a toujours occupé une place importante dans le dispositif de l'I.M.E. Au point que, lors d'une analyse institutionnelle faite en 1990, à l'occa-

¹ Voir, à l'extrême, la corrélation entre dysfonctionnements institutionnels graves et affaires criminelles telle qu'elle est mise à jour dans *Les disparues d'Auxerre* de **HERRMANN C. et JEANNE Ph.** Ramsay, 2001.

² **LOUBAT Jean-René**, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Dunod, 1997, p. 190

³ **DUTRENIT Jean-Marc**, *La compétence sociale. Diagnostic et développement*. L'Harmattan, 1997

sion de l'une des crises qu'a traversé l'établissement, les éducateurs techniques avaient été repérés par l'organisme extérieur ayant réalisé un audit, comme le groupe professionnel dominant.

Depuis, bien des orientations ont été mises en œuvre, pour favoriser la "*liaison classe-atelier*", pour développer la concertation et la coordination avec l'équipe éducative. La crise de l'emploi et l'exclusion du marché du travail de la catégorie de jeunes les plus fragiles ont également relativisés cette "*domination des ateliers*".

Mais il s'y fait un important travail d'apprentissage, primordial pour des jeunes qui n'auront pas la possibilité d'occuper, en milieu ordinaire ou en milieu protégé, de postes hautement qualifiés.

Cela étant, le travail réalisé par l'équipe des éducateurs techniques est révélateur de celui réalisé dans l'ensemble de l'établissement. Les professionnels des ateliers sont passés progressivement de la construction et de l'utilisation d'un "*référentiel-métier*" à une "*carte-projet professionnel*". Cette même démarche est en cours et se retrouve au niveau des enseignants comme au niveau des éducateurs.

Elaborés par les professionnels eux-mêmes, avec l'aide d'un organisme extérieur, les référentiels-métiers ont permis à ces derniers de se doter d'un outil pédagogique, identique dans la forme à celui des enseignants ¹, permettant une progression mesurable des apprentissages.

Ces outils permettaient et permettent toujours de cibler les acquisitions des jeunes.

Cependant, ces référentiels ont leurs limites. Ce sont celles d'un outil basé exclusivement sur le cognitif. Celui-ci ne prend pas en compte l'ensemble des facultés ou difficultés, sociales, psycho-sociales, affectives du jeune. Il n'apportait surtout que peu d'éléments d'appréciation au niveau de la nécessaire orientation à la sortie de l'établissement : le jeune pourra-t-il intégrer le milieu ordinaire ? A quelles conditions ? Devra-t-il s'inscrire dans une démarche de formation complémentaire ? Faut-il au contraire préparer avec lui une orientation en milieu protégé ?

...aux critères d'employabilité

Pour élaborer un "diagnostic" pertinent de sortie, les professionnels des ateliers ont engagé une réflexion autour du travail déjà réalisé, de ses points forts comme de ses points faibles

et ont circonscrit trois champs de compétence : *le champ cognitif, le champ socio-affectif, le champ socio-technique.*

L'évaluation est ainsi réalisée sur 3 mois au cours de la dernière année de prise en charge.

La grille de lecture ², qui est transversale à l'ensemble des métiers de base permet de positionner chacune des compétences observables sur une échelle de 3 degrés (D1, D2, D3). Le professionnel peut, à l'issue de son observation procéder - avec le jeune - à l'évaluation de son employabilité (degré, solidité, milieu possible) et proposer ainsi une solution, une orientation au moment de la sortie.

- Citons dans le champ cognitif : *savoir vérifier la réalisation d'une tâche.*

Au niveau de l'outillage nécessaire : *vérification de visu* (degré 1), *utilisation d'un gabarit* (degré 2), *vérification théorique* (degré 3).

- Dans le champ socio-affectif : *savoir accepter l'autre.*

Au niveau de la relation et du langage : *regarder et parler sans agressivité* (degré 1), *salue* (degré 2), *échanger* (degré 3)

- Dans le champ socio-technique : *savoir préparer la tâche suivante.*

Au niveau de l'outillage et des consignes : *ranger et nettoyer le matériel* (degré 1), *s'informer de la suite* (degré 2), *lire les consignes et préparer le poste* (degré 3)

Ces éléments seront repris lors de la réunion de projet qui réunira les professionnels concernés autour du référent. L'analyse qui est ici produite est ainsi beaucoup plus fine et opérationnelle. Recoupée avec celles des éducateurs, des enseignants ainsi que de l'équipe soignante, elle permettra au jeune, à sa famille de préparer dans les meilleures conditions la sortie de l'établissement et l'entrée dans la vie active.

3.2.2 EVALUER L'INSERTION

L'insertion professionnelle

Dès sa création, et en conformité avec les textes d'agrément, l'I.M.E. s'est doté d'un service de suite. Chaque année, plus de 200 jeunes sur le département (environ 20 pour l'I.M.E. "Yves FARGE") de 18 à 20 ans sortent d'un établissement "Annexe XXIV" (I.M.E., I.R.P.).

¹ Les référentiels construits par les éducateurs techniques ont été réalisés en adaptant les référentiels des différents C.A.P. des métiers appris.

² Cf. Annexe IV

Un tiers intègre le milieu protégé (C.A.T., ateliers protégés), un tiers rejoint le milieu ordinaire. Le tiers restant se voit attribuer une reconnaissance de travailleur handicapé sans orientation professionnelle déterminée.

C'est au niveau du service de suite que se concrétise la qualité du service rendu par l'I.M.E., à savoir la meilleure insertion sociale et professionnelle pour les jeunes.

La longue expérience du service de suite a montré que les modalités d'insertion étaient "encadrées" par deux considérants incontournables :

- les difficultés particulières que connaissent les jeunes; globalement, d'année en année, on observe une aggravation de ces difficultés. La cause principale en est la politique d'intégration plus poussée vis-à-vis des jeunes les moins en difficulté (rôle des S.E.G.P.A., mise en place des Unités Pédagogiques d'Intégration (U.P.I.) au niveau de l'enseignement secondaire, programme *Handiscol*) . Les jeunes pour lesquels la C.D.E.S. préconise une orientation en établissement sont donc porteurs de difficultés plus grandes, notamment au niveau des troubles de la personnalité.
- La grande mutation du marché du travail qui, sous l'effet de la crise économique et le développement massif du chômage, a exclu du marché des emplois peu qualifiés les publics les plus fragiles, dont les jeunes sortants d'I.M.E.

Toutefois, cette même expérience a montré, qu'entre ces deux pôles, une marge de manœuvre existait et qu'un certain nombre d'orientations se devaient d'être mise en œuvre pour aider à l'insertion sociale et professionnelle de ces jeunes.

La première condition a été d'être en capacité de proposer la bonne orientation, basée sur des critères pertinents en refusant toute échelle de valeurs entre ces orientations (*celle, qui serait valorisante, du milieu ouvert et celle, qui serait moins gratifiante, du milieu protégé*).

Ainsi, la première difficulté d'évaluation dans le domaine de l'insertion a été de mesurer le degré de mobilisation et d'aide apportée par le service de suite et sa corrélation, indirecte, nous venons de le voir, avec le taux d'orientation en milieu ouvert (protégé ou non).

A cet égard, le rapport annuel d'activité apporte un éclairage intéressant en permettant de comparer le niveau de difficultés psycho-sociales (troubles mentaux, troubles de l'effi-

ciences intellectuelles, troubles associés) et les orientations à la sortie de l'établissement (pré-formation, formation, travail en milieu ordinaire sans R.T.H., travail en milieu ordinaire avec R.T.H., travail protégé). Le tableau suivant établi sur trois années permet de mesurer la "plus-value" apportée au jeune au niveau de son insertion professionnelle eu égard à ses difficultés.

Ce même tableau ne permet pas cependant de mesurer cette même plus-value, eu égard à la situation de l'emploi. Une étude sur le plus long terme, englobant le début de reprise économique constaté en 2000/2001, pourrait permettre de mieux l'évaluer.

En tout état de cause, les résultats obtenus sont un encouragement à la voie retenue ; celle qui, respectant les différents parcours d'insertion, vise à donner une priorité à chaque fois que cela est possible, à l'insertion professionnelle, avec ou sans R.T.H., en milieu ordinaire.

	DIL ¹	DIM ¹	Troubles Familiaux	Troubles environn.	TMO ¹	TMO-RTH	Milieu protégé
1998	12	5	16	10	7	2	4
1999	20	2	21	19	14	2	7
2000	21	2	18	16	14	2	8

L'insertion sociale

L'I.M.E. a une longue pratique de l'insertion professionnelle, pratique que l'on pourrait qualifier de "dominante", au regard des autres domaines,. Cette pratique répond à la fois à la demande des parents, des pouvoirs publics ainsi qu'à celle, des jeunes eux-mêmes. Trouver place dans la société, en fonction de ses capacités, afin de pouvoir subvenir à ses besoins est essentiel, que l'on soit ou non handicapé.

L'insertion dite "sociale" est tout aussi importante. Celle-ci, concernant la population que nous accueillons, ne peut qu'englober l'insertion professionnelle ; elle ne peut cependant se limiter à cette dernière.

¹ D.I.L.: déficience intellectuelle légère. D.I.M.: déficience intellectuelle moyenne. T.M.O. : travail en milieu ordinaire.

L'insertion sociale du jeune implique d'autres notions : celles de la socialisation , de l'autonomie, de la capacité que l'on a de pouvoir vivre en société. Cette capacité se décline dans différents domaines :

- le domaine affectif : capacité à nouer des relations, amoureuses, amicales, sociales
- le domaine de la santé : capacité à se préserver, à se soigner
- le domaine du logement
- le domaine des loisirs et de la culture

Dans ces domaines également, l'I.M.E. doit pouvoir rendre des comptes sur les étayages qu'il a pu construire avec le jeune, sur l'aide qu'il a pu lui apporter, pendant mais également après son passage dans l'institution.

Ces domaines sont au carrefour de tous les intervenants : éducateurs, assistante de service social, psychiatre, psychologue et soignants, éducateurs techniques et enseignants, maîtresses de maison, responsable du service de suite.

Les éléments constitutifs de cette "*compétence sociale*" ¹ se retrouvent dans les documents constitutifs du projet individualisé. Ils font l'objet d'une évaluation permanente, mais non formalisée en tant que telle :

- Le jeune est-il apte à se déplacer seul en ville ?
- Sait-il effectuer une démarche seul (caisse de sécurité sociale, autre) ?
- Peut-il tenir compte d'éléments d'éducation sanitaire reçus (sexualité, contraception, hygiène de vie, conduites addictives, ...) ?
- Quelles sont ces capacités relationnelles ?
- ...?

Un tel outil d'évaluation, embrassant tous les domaines de la vie affective et sociale est à construire. Il est difficile à réaliser, tant il renvoie aux conceptions déontologiques (professionnelles), éthiques, philosophiques de chacun. Il n'en demeure pas moins que notre æ-

¹ Dutrenit, op.cit.

tion médico-sociale gagnerait à pouvoir utiliser un tel outil. La grille élaborée par les professionnels de l'I.M.E. est un premier pas dans cette voie ¹.

3.3 VERS UNE OFFRE DE SERVICE ADAPTEE ET DIVERSIFIEE

La démarche-qualité, l'évaluation ne sont pas des objectifs en soi. Leur raison d'être, c'est la recherche de l'amélioration de la qualité de la prestation offerte aux jeunes et à leur famille ainsi que l'évolution de cette offre de service en fonction de l'évolution des besoins des usagers.

A ce titre, la démarche, la réflexion engagée avec les professionnels autour de la qualité a engagé l'ensemble des acteurs à envisager l'évolution du projet d'établissement. Cette évolution s'est concrétisée autour de deux axes : celui de l'amélioration de l'existant, d'une part; celui de la création de nouveaux services d'autre part.

3.3.1 UN I.M.E. RENOVE

Travailler autour de l'amélioration de l'existant implique une réflexion globale qui touche à tous les domaines.

La qualité de l'accueil mobilise l'ensemble des personnels administratifs et généraux. Ainsi, le décret de décembre 1997 sur l'hygiène en restauration collective a-t-il entraîné un vaste chantier autour des procédures à mettre en place (nettoyage des locaux, marche en avant, respect de la liaison chaude, contrôles de température, réception des marchandises, etc.). De ce fait, l'objectif de conserver une cuisine en interne sans faire appel à un prestataire extérieur a pu être tenu tout en améliorant la qualité des repas.

D'autres domaines ont fait également l'objet d'une recherche d'adaptation : accueil des familles, travaux d'aménagement, organisation des soins, ...

Mais s'il est un domaine où l'amélioration de l'existant a été le plus sensible, c'est celui, traditionnel dans notre établissement (et dans notre Association) de l'internat.

¹ Cf. annexe V

L'évolution de l'internat

De toutes les modalités d'accompagnement du jeune handicapé, l'internat est celle qui a le plus évolué depuis la création des I.M.E.. Conçu à l'origine comme un mode de vie alternatif au milieu familial, comme entité éducative - *"le village d'enfants"*, *"la communauté éducative"* - comme support d'une pédagogie active fondée sur le partage de la vie quotidienne, l'internat a laissé place à d'autres solutions et s'est lui-même profondément transformé.

L'indication d'internat s'est donc affinée avec des objectifs définis avec le jeune et sa famille :

- apporter une aide à des situations conflictuelles au sein de la famille
- amener le jeune à engager un processus de représentation de la permanence des liens par le jeu de l'alternance présence /absence du milieu familial
- aider le jeune à la séparation dans le cadre de relations familiales trop fusionnelles
- proposer un étayage éducatif complémentaire
- favoriser la socialisation et l'ouverture sur les autres

Cette individualisation de l'indication d'internat, variable non seulement d'un jeune à l'autre, mais aussi d'un moment à l'autre de l'année (sur la semaine, le mois ou le trimestre) est très vite apparue comme difficilement compatible avec la rigidité de l'agrément : 45 lits d'internat et 75 places de demi-internat. De plus en plus, une formule d'internat séquentiel a vu le jour : retour en famille un soir par semaine pour beaucoup, expériences limitées d'internat pour les demi-pensionnaires...

Pour répondre à cette évolution des besoins, deux initiatives ont été soumises à l'approbation de l'Association :

- La première a consisté à préparer une demande auprès de la D.D.A.S.S. d'un prix de journée unique internat / demi-pension. A l'heure actuelle, le prix de journée est respectivement de 686,66 F (104,68 €) pour l'internat et de 583,66 F (88,98 €) pour le demi-internat.

Le passage d'un statut à l'autre pour le jeune entraîne *de facto* des écarts importants sur le budget, et donc sur les moyens dont dispose l'établissement.

L'argumentation sur le fond est que la co-éducation, le retour en famille dans le cadre du projet individualisé, l'ouverture sur l'environnement mobilisent des moyens (notamment éducatifs et thérapeutiques) plus importants et que ces moyens supplémentaires s'équili-

brent avec de moindres moyens en logistique d'internat (lingerie, repas, coucher, entretien des locaux...).

A enveloppe budgétaire constante, la demande aboutit (cela va dans la logique du budget global) à un prix de journée unique de 622,29 F (94,87 €).

- La seconde initiative a consisté à réduire le plus possible, dans les indications d'internat, tout ce qui relève d'une nécessité géographique liée à l'éloignement de la famille. Nous avons constaté cette année que 9 internes sur 45, tous originaires du nord du département, n'avaient pas d'indication autre que géographique pour être en internat. Dans l'attente d'une solution pour le nord du département (les travaux autour du schéma départemental font apparaître des besoins importants à ce niveau), des modalités de transports groupés pourraient être mis en place dans des conditions tout à fait acceptables ¹.

Une étude plus poussée, sur plusieurs années, sur le coût et la faisabilité d'un service de transport semi-collectif, devraient nous amener à terme à demander une diminution du nombre de lits d'internat au profit de places en S.E.S.S.A.D. comme nous allons le voir plus loin.

Ces orientations se doivent avant tout d'être négociées dans un premier temps auprès de l'Association elle-même. Cette dernière en effet est historiquement attachée à l'internat. *"Ne perdons pas en quelques mois des lits que nous avons mis des années à ouvrir"*. Tel est le discours que l'on peut entendre de la part d'administrateurs face aux évolutions actuelles. Il convient donc de pouvoir argumenter, rassurer, et en définitive convaincre.

Nous savons que l'ouverture d'un service verra plus facilement le jour sur la base d'un ré-déploiement de moyens que sur la base de créations de poste. Cette évolution va de pair également avec l'amélioration des conditions mêmes d'accueil en internat (diminuer le nombre de jeunes par chambre, personnaliser ces dernières ²).

Sans doute la fermeté dans ces orientations doit-elle être accompagnée d'une certaine prudence permettant de moduler, dans les deux sens, cette capacité d'accueil en internat en fonction de besoins qui peuvent être conjoncturellement fluctuants.

¹ Les communes de l'Est Lyonnais sont depuis quelques années reliées à Villefranche, au nord du département par un contournement autoroutier.

² Dans le respect de la circulaire d'application de l'Annexe XXIV, les chambres sont à quatre lits. Il est intéressant de noter que, dans l'enquête C.R.A.M. citée plus haut, plusieurs familles évoquent, dans leurs souhaits, la suppression des *"dortoirs à quatre lits"*.

En tout état de cause, cette évolution de l'internat doit permettre en retour une valorisation de ce mode d'accompagnement pour certains jeunes et pour leur famille. L'apprentissage d'une vie en collectivité, en retrait du cadre familial, reste une option éducative qui peut être tout à fait bénéfique à certains.

3.3.2 DES SERVICES COMPLEMENTAIRES

La création de nouveaux services s'est très rapidement fait sentir au vu de la mise en œuvre et de l'évaluation du projet d'établissement.

Trois chantiers ont été lancés. L'un, le *Service d'Accompagnement à la Vie Sociale et Professionnelle* (S.A.V.S.P.) est opérationnel depuis deux ans mais sur des financements non pérennes. L'autre, le *Centre d'Aide par le Travail en Insertion* (C.A.T.I.) doit faire l'objet d'une présentation en C.R.O.S.S. et d'une ouverture fin 2001. Le dernier enfin, le *Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile* (S.E.S.S.A.D.) est suspendu à l'alternative évoquée plus haut quant à son financement (redéploiement et/ou création).

Le S.A.V.S.P.

A l'origine, le S.A.V.S.P. est né de la réflexion engagée par le service de suite de l'I.M.E. quant à la nécessité d'un accompagnement personnalisé du jeune sortant entre 18 et 20 ans orienté en milieu ordinaire avec une R.T.H. La longue expérience de ce service a montré combien était fragile cette première phase d'insertion en milieu "*hon protégé*", combien il était nécessaire de cumuler l'aide à l'insertion professionnelle et l'aide à l'insertion sociale dans un monde du travail où les offres d'emploi peu ou pas qualifié ont considérablement diminué.

L'opportunité de créer ce service est née de la loi du 16 octobre 1997 et du programme "*nouveaux emplois - nouveaux services*" (emplois-jeunes)

Offrant une alternative au milieu protégé, ce service a fait l'objet d'une demande de financement tri-partite sur 5 ans : financement de l'état par le biais de trois "emplois-jeunes", opérateurs d'insertion ; financement A.G.E.F.I.P.H. et financement européen par le biais du Fond Social Européen (F.S.E.).

D'emblée, le SAVSP a voulu se situer dans un cadre ouvert aux autres établissements de même type sur le département : I.M.E et I.R.P.

Un travail en réseau (avec les services sociaux de secteur, l'A.N.P.E., les missions locales pour l'emploi, l'E.P.S.R. locale¹, certains Centre de Formation d'Apprentis...) a pu alors s'engager et permettre la première année à 50 jeunes d'être soutenus et accompagnés dans leur parcours d'insertion.

Sur ces 50 jeunes, 36 sont issus de l'Est Lyonnais, faisant apparaître les besoins d'un public connaissant par ailleurs des difficultés importantes liées à ses origines sociales ou culturelles.

Pour mener à bien une telle politique d'ouverture, indispensable à l'efficacité du service et à sa pérennisation, une Charte du S.A.V.S.P. a été élaborée et proposée aux associations gestionnaires concernées.

Le 23 octobre 2000, cinq d'entre elles, gestionnaires de 7 établissements du département œuvrant toutes auprès de jeunes connaissant des profils identiques (aptés à s'intégrer en milieu ordinaire avec une R.T.H. et un soutien spécifique), ont signé la Charte.

Cette collaboration inter-associative permet de poser de façon concrète la question de l'existence à plus long terme de ce service. Dès le début, il était clair que le financement à 5 ans ne pourrait être reconduit sur le même schéma. Ces 5 années doivent être mises à profit pour démontrer l'utilité du service.

Les financeurs A.G.E.F.I.P.H. et F.S.E. ont imposé au service de tenir des objectifs chiffrés (40%) d'insertion en milieu ordinaire, sous peine de non-reconduction des crédits d'une année sur l'autre. Bien que ces objectifs aient été atteints les deux premières années et le seront sans doute également cette année, la méthode a pu paraître peu objective.

Indépendamment de la qualité du travail fourni par le service, qui pourrait affirmer que l'amélioration sensible de la conjoncture économique et du marché de l'emploi en 2000/2001 n'a pas contribué aux bons résultats obtenus (en 2000, 50% des jeunes suivis bénéficiaient au 31 décembre d'un contrat en milieu ouvert de plus de 6 mois).

¹ Les Equipes de Préparation et de Suite du Reclassement, œuvrent auprès des C.O.T.O.R.E.P. Sur le Rhône, l'E.P.S.R., de droit privé, est l'Association Départementale pour l'Insertion Professionnelle et sociale des Handicapés (A.D.I.P.S.H.)

Cela étant, ce cadre serré, préalable à une éventuelle reconduction du service avec un financement plus stable, oblige à apporter la preuve de son utilité et de la qualité du service qu'il rend. Le mode de financement (partie *Conseil Général* pour l'insertion sociale, partie *D.D.T.E.* et *Région* pour l'insertion professionnelle) sera mis à l'étude, dans le courant de l'années 2002 en vue du dépôt d'un projet en C.R.O.S.S.

Le C.A.T.I.

La volonté de créer un C.A.T.I. découle directement de l'expérience conduite depuis 1998 avec le S.A.V.S.P. Elle s'inscrit dans la logique du Projet Associatif ("*développer les actions innovantes en aval du dispositif existant*", "*développer le partenariat*") et du Projet d'Etablissement de l'I.M.E.

Le constat, par delà des résultats conformes au contrat d'objectif passé, est le suivant : un certain nombre de jeunes adultes, ayant une R.T.H., et dont l'orientation se situe à la marge du milieu ordinaire et du milieu protégé, pourrait tirer profit d'un bref passage en C.A.T. pour mieux s'insérer ensuite dans le milieu ordinaire.

Une telle structure, réservée à un public de 18/21 ans souffrant d'un handicap "léger", apte à intégrer le milieu ordinaire après un bref passage en structure protégée, n'existe pas. L'analyse des besoins, menée en collaboration avec les services de la CO.T.O.R.E.P. ont montré qu'une soixantaine de jeunes adultes, sortants d'I.M.E. ou d'I.R.P. du département pourraient bénéficier d'une orientation bénéfique en C.A.T.I.

La réflexion engagée a donc abouti au dépôt d'un dossier en C.R.O.S.S. en mai 2001:

- 24 places en septembre 2002 (10 dès septembre 2001) pour des sortants d'établissements spécialisés et d'enseignement adapté ("*déficience intellectuelle légère, avec ou sans troubles associés*")
- Décisions d'orientation par la CO.T.O.R.E.P. pour des périodes de 6 à 12 mois renouvelables (durée maximum 24 mois)
- 5 à 8 places sur site
- 6 à 12 places en détachement collectif
- 4 à 9 places en détachement individuel

Accueillant des jeunes adultes volontaires, le service rendu sera basé sur *le projet individuel* ¹ de chacun. L'activité pourra être alternée sur site, en détachement collectif ou individuel.

L'activité de production sur site sera centrée autour d'un atelier de reprographie, de Présentation Assistée par Ordinateur (P.A.O.) déjà existant au sein de l'I.M.E., et de divers travaux d'imprimerie. Les débouchés commerciaux, limité pour l'instant aux commandes de l'Association et de certains de ces établissements et services, devront être recherchés et l'équilibre financier sur la section commerciale devra être trouvé.

Des mises à disposition de travailleurs handicapés (par voie de détachements collectifs ou individuels) seront organisées et ce, dans des domaines variés de production et de service (entretien, nettoyage, manutention, etc.).

L'organigramme demandé sera celui d'un directeur-adjoint à mi-temps (l'autre mi-temps étant dévolu au S.A.V.S.P.), d'un quart de temps de secrétariat, de 2,75 E.T.P. de moniteurs d'atelier (détachements collectifs et individuels) et de 0.25 E.T.P. de moniteur d'atelier reprographiste. Les locaux seront indépendants de ceux de l'I.M.E. et situés au cœur de la zone industrielle de Vaulx en Velin. Les différents frais de fonctionnement et d'investissement, seront répartie sur deux budgets : l'un, budget principal d'activité sociale, l'autre, budget annexe de production et de commercialisation.

Le S.E.S.S.A.D.

Concernant l'accompagnement des jeunes mineurs, la question de la mise en œuvre d'une alternative à la solution "intra-muros" pour un certain nombre de jeunes, s'est trouvée posée.

Ce dispositif se devait d'être complémentaire à l'existant, intégré dans l'environnement (l'Est lyonnais), offrir la même pluridisciplinarité associant la pédagogie, l'éducatif et les soins. Il se devait d'offrir une alternative pour les enfants et adolescents en manque de solution, du fait du refus des solutions existantes (établissement, parfois hors du bassin de vie), du fait de l'absence de solution adaptée à leurs difficultés.

Le programme "*Handiscol*", annoncé par le Premier Ministre au début de l'année 2000 offre un support naturel à la démarche entreprise.

Le Contrat de Ville, dont la Convention locale a été signée par le Maire de Vaulx en Velin en décembre 2000, reprend, à partir d'un avant-projet présenté par l'I.M.E., le principe de la création d'un tel service.

La promotion de ce dernier s'appuie sur la volonté de *'passer d'une démarche curative, fondée sur l'à-priori des défaillances familiales et sociales, à une démarche préventive, fondée sur la volonté d'aider tout parent à être parent'* ².

Une étude des psychologues scolaires de Vaulx en Velin menée en juin 2000 fait apparaître une demande pour 98 jeunes en grande difficulté avec des besoins en accompagnement psychologique (67), soins (62), suivi éducatif (59), orthophonie (32), psychomotricité (7).

Au sein de l'I.M.E même, entre 10 et 15 jeunes, notamment ceux en intégration scolaire pourraient bénéficier de l'ouverture d'un tel service.

Prévu pour accueillir 45 jeunes, principalement de Vaulx en Velin, le S.E.S.S.A.D mettra à disposition de ces jeunes et de leur famille, un *'plateau technique'* apte à les aider en complémentarité avec les services offerts par l'Education Nationale, les services de santé, les services de la ville.

Ce *'plateau technique'* devrait être composé d'un chef de service, d'un assistant de service social, d'un éducateur spécialisé, d'un enseignant spécialisé mis à disposition, d'un éducateur technique (spécialisé en art-thérapie), d'un médecin-psychiatre et d'un psychologue, de personnels para-médicaux (orthophoniste, psychomotricien).

D'ores et déjà, la Municipalité, dans le cadre du Contrat de Ville, a décidé de la mise à disposition à titre gratuit de locaux situés en centre-ville.

D'un point de vue budgétaire, le coût par place, du fait notamment du rattachement à l'I.M.E., serait de l'ordre 60 000F (9 147 €) ³, ce qui rend le projet attractif pour les financeurs.

Le dossier sera présenté en C.R.O.S.S. avant la fin de l'année 2001. Il devrait recevoir un avis favorable.

¹ De l'adolescence à la vie adulte, l'accompagnement du jeune passe du *projet individualisé* conçu et élaboré avec lui, à son projet de vie, *son projet individuel*.

² In "Avant-projet de création d'un S.E.S.S.A.D.". Mai 2001

³ INFO DAS n° 96 donne un coût moyen annuel de 90 612 F (13 814 €) pour l'année 2000.

Reste la question de son financement qui, contrairement à celui du C.A.T.I. est loin d'être acquis. Un compromis devrait être trouvé entre l'Association et les autorités de contrôle sur un financement par redéploiement de places d'internat et semi-internat et par crédits nouveaux sur l'enveloppe départementale ¹.

CONCLUSION

Ainsi, à partir du service rendu par l'I.M.E., en tenant compte de l'évolution des besoins exprimés quant à l'accompagnement des jeunes présentant une déficience intellectuelle et/ou des troubles de la personnalité, j'ai relaté l'indispensable évolution de ce que l'on ne peut déjà plus appeler "*I.M.E. Yves FARGE*".

Cette évolution a été rendue possible par une série de contingences favorables, tant au niveau de l'Association, qu'au niveau de l'établissement. Mettre en œuvre une démarche-qualité avec l'ensemble des professionnels, l'ancrer dans la réalité des besoins des usagers et de leur parents, a incontestablement donné de la force et de l'assurance à ces projets de changement et d'ouverture.

L'adaptation à notre niveau de la démarche-qualité a certainement été un facteur mobilisateur et aidant : analyse des besoins, volonté d'écrire ce que l'on fait (chaque nouveau service se voit doté d'une charte, d'un livret d'accueil, d'un règlement de fonctionnement), souci d'inscrire une démarche évaluative dans les projets eux-mêmes, en d'autres termes, appropriation de toutes les phases du cycle '*Plan / Do / Check / Act* ', et notamment de la phase '*Check (évaluation)* ', trop souvent délaissée.

L'éthique de l'usager, basée notamment sur la personnalisation du service rendu, a été et reste le support indispensable à toute la démarche.

Certes, cette évolution n'est ni rectiligne, ni tranquille ; elle est semée de difficultés, de ralentissements, de doutes, parfois de phases de découragements. Le directeur est à la

¹ L'Est Lyonnais est considéré comme prioritaire, avec le nord du département pour ce qui est des établissements et services "Annexe XXIV".

charnière de toutes les contradictions qui fondent ce mouvement, que celles-ci proviennent des professionnels, de l'Association, des organismes de financement et de contrôle, des usagers et de leurs familles ... ou du directeur lui-même !

La démarche-qualité, nécessite également de trouver le bon rythme, de savoir faire la pause afin de garder intact la volonté de progresser. L'adhésion du personnel est indispensable et sans doute doit-on se permettre, pour la maintenir, de parfois se "*presser doucement*".

Le risque inhérent à toute démarche-qualité est lié à cette impérieuse nécessité au niveau de l'engagement des professionnels. Débarrassée de sa gangue libérale (la recherche *in fine* de profits et non la satisfaction en soi des besoins du client), appuyée sur l'éthique de l'usager d'un service public, la démarche-qualité est à la fois dépendante de l'implication des personnels mais aussi génératrice de cette même implication.

Entretiens d'activité, développement de la formation et du perfectionnement professionnel, recherche d'un climat de travail propice à l'épanouissement professionnel de chacun sont les obligations intrinsèques de la démarche.

Eviter le pointillisme et la bureaucratie, permettre le regard critique, éviter le piège du procédural, de la procédure pour la procédure, du temps démesuré où le "*dire*" envahit le "*faire*", tout cela doit être gardé à l'esprit du directeur.

Mais le contexte général dans notre secteur est éminemment favorable à une telle démarche. Les pouvoirs publics l'approuvent et visent à lui donner la dimension globale et générale qui pourra encourager et donner du sens aux initiatives locales. Ainsi, la discussion en février 2001 à l'Assemblée Nationale du projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale a posé le cadre de cette réforme tant attendue de la loi de 75 : "*Il (le projet de loi) pose le principe d'une évaluation permanente de la qualité du service rendu, dans un souci d'amélioration de celui-ci.*"

Ce même projet de loi pose les fondements qui en découlent, notamment au niveau de ce que l'on peut interpréter comme étant un processus d'accréditation - phase ultime de la démarche-qualité - pour notre secteur, à l'instar de l'A.N.A.E.S. pour le secteur sanitaire. Un "*Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale*", procédera régulièrement à cette évaluation "*au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles*"(article 15 du même projet de loi).

Gageons que les établissements tel l'I.M.E. "Yves *FARGE*", engagés dans une démarche-qualité, verront là, de la part des pouvoirs publics, un encouragement, une reconnaissance et une validation du travail réalisé.

En anticipant plutôt qu'en subissant, nous aurons apporté notre contribution à ce vaste chantier qui vise à réellement placer l'utilisateur au centre de nos dispositifs, à développer et à améliorer la qualité du service qui lui est rendu.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

- DE QUATREBARBES B.** *Usagers ou clients? Marketing et qualité dans les services publics.* Paris : Edition d'organisation, 1996. 391 p.
- DUCALET P., LAFORCADE M.** *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales – Sens, enjeux et méthodes.* Paris : Séli Arslan, 2000. 272 p.
- DUMOULIN B.** *L'O.V.E. : de l'enfance défavorisée à l'enfance inadaptée. 1945-1995* Doctorat en sciences de l'éducation. Université Lyon II : I.S.P.E.F., 1997. 592 p.
- DUTRENIT J-M,** *La compétence sociale. Diagnostic et développement.* Paris : L'Harmattan, 1997. 239 p.
- FOUCAULT M.** *Folie et déraison, Histoire de la folie à l'âge classique.* Paris : Plon, 1961. 672 p.
- GOGUE J.M.** *Management de la Qualité.* Paris : Economica, 1997. 110 p.
- HERRMANN C. JEANNE Ph.** *Les disparues d'Auxerre.* Paris : Ramsay, 2001. 349 p.
- JANVIER R. MATHO Y.** *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale.* Paris : Dunod, 1999. 206 p.
- JOIN J-L.,** *L'audit de la qualité dans les établissements médico-sociaux,* Toulouse : Privat, 1993. 133 p.
- LEFEBVRE P.** *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social.* Paris : Dunod, 1999. 305 p.
- LOUBAT J-R.** *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social,* Paris : Dunod, 1997. 264 p.
- MICHELET A. WOODILL G.** *Le handicap dit mental.* Lausanne : Delachaux et Niestlé, 1993. 302 p.
- MIRAMON J-M.,** *Manager le changement.* Rennes : Editions ENSP, 1996. 105 p.
- MISES R., QUEMADA N. (Présentation),** *Classification Française des troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent – Classification Internationale des troubles Mentaux et du Comportement. (3^{ème} édition).* Paris : CTNERHI, PUF, 1993. 237 p.
- MISPELBLOM F.** *Au-delà de la qualité. Démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur. 2^{ème} édition augmentée.* Paris : Syros, 1999. 303 p.

REVUES ET ARTICLES

ACTUALITES & PERSPECTIVES, revue du S.N.A.S.E.A. N° 47. "*Qualité et évaluation*". Avril 2001. Dossier p 15-31

COMMUNAUTES EDUCATIVES, revue de l'A.N.C.E. N°96. "*Les professionnels du social, acteurs d'une déontologie au service des usagers*". Septembre 1996. 77 p.

COMMUNAUTES EDUCATIVES, revue de l'A.N.C.E. N°100. "*Les professionnels du social, auteurs et acteurs d'une démarche-qualité au service des usagers*". Septembre 1997. 65 p.

LIEN SOCIAL N°477. "*Le social doit-il avoir peur de l'évaluation?*", 11 mars 1999. Dossier pp. 1-8

LIEN SOCIAL N°569. "*Consulter les bénéficiaires : est-ce si difficile?*", 22 mars 2001. Dossier pp. 1-10

SITES INTERNET

ASSOCIATION FRANCAISE POUR L'ASSURANCE QUALITE :

< <http://www.afaq.org> >

ASSOCIATION FRANCAISE DE NORMALISATION :

< [http:// www.afnor.fr](http://www.afnor.fr) >

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE :

< <http://www.anaes.fr> >

I.M.E. "YVES FARGE" :

< http://www.ove-asso.com/yves_farge >

MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LA QUALITE :

< <http://www.mfq.asso.fr> >

QUALITE ; SITE D'INFORMATION GENERALE :

< <http://www.qualite.fr> >

ŒUVRE DES VILLAGES D'ENFANTS :

< <http://www.ove-asso.com> >

LISTES DES ANNEXES

ANNEXE I	ORGANIGRAMME DU PERSONNEL
ANNEXE II	MISSION DE L'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL
ANNEXE III a	DESCRIPTION SYNTHETIQUE D'UNE PROCEDURE
ANNEXE III b	DIAGRAMME PAPIER
ANNEXE III c	DESCRIPTION SOMMAIRE DES TACHES
ANNEXE IV	CARTE-PROJET PROFESSIONNEL
ANNEXE V	FEUILLE D'EVALUATION - PROJET INDIVIDUALISE

ANNEXE I

ORGANIGRAMME DU PERSONNEL (au 01/09/2001)

<i>POSTES</i>	<i>E.T.P.</i>
DIRECTEUR	1,00
Service éducatif	17,67
CHEF DE SERVICE EDUCATIF	1,00
EDUCATEURS SPECIALISES	9,00
MONITEURS EDUCATEURS	6,67
SURVEILLANT DE NUIT	1,00
Service pédagogique	8,00
ENSEIGNANTS SPECIALISES	7,00
MONITEUR E.P.S.	1,00
Service de la formation professionnelle	9,50
EDUCATEUR TECHNIQUE CHEF	1,00
EDUCATEURS TECHNIQUES SPECIALISES	2,00
EDUCATEURS TECHNIQUES	6,50
Service de soins	3,72
MEDECIN-PSYCHIATRE	0,72
MEDECIN GENERALISTE	0,04
PSYCHOLOGUE	0,89
INFIRMIERE	1,00
ORTHOPHONISTE	0,56
PSYCHOMOTRICIEN	0,51
Service de suite	1,00
CHEF DE SERVICE (service de suite et S.A.V.S.P.)	1,00
Service social	1,00
ASSISTANTE DE SERVICE SOCIAL	1,00
Service administratif	2,50
SECRETAIRE-COMPTABLE	2,00
ECONOME	0,50
Services généraux	12,50
AGENTS DE SERVICE / MAÎTRESSES DE MAISONS	9,50
OUVRIER D'ENTRETIEN	1,00
CUISINIER	1,00
AIDE-CUISINIER	1,00
TOTAL	50,91
Nombre total de salariés	66
S.A.V.S.P. (multi-établissements)	3,00
OPERATEURS D'INSERTION (emplois-jeunes)	3,00

ANNEXE II

MISSION DE L'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

L'Assistant de Service Social est chargé d'organiser et de coordonner le réseau des relations entre l'Etablissement, les familles et leur environnement.

Domaines d'activité

L'Assistant de Service Social:

- rencontre chaque famille pour mieux la connaître, l'associer à la prise en charge de son enfant et l'aider dans certaines démarches,
- apporte, aux équipes de l'Etablissement, des éléments d'information susceptibles d'éclairer le contexte familial et l'histoire personnelle de chaque enfant,
- rencontre les jeunes pour les écouter, les aider, les conseiller,
- participe au processus d'admission, d'orientation, d'insertion et de suivi des jeunes à la sortie de l'établissement,
- assure la liaison avec les Services Sociaux extérieurs,
- prend part à l'élaboration, à la mise en oeuvre et au suivi des Projets Personnalisés; à cet effet, il consigne méthodiquement ses observations dans le dossier du jeune selon les règles du secret professionnel,
- participe avec le secrétariat à la constitution des dossiers de prise en charge administrative des enfants, particulièrement pour les cas difficiles.

Conditions d'exercice de la mission

L'Assistant de Service Social exerce sa mission sous l'autorité du directeur et conformément à son code de déontologie.

Il adhère au Projet d'établissement; il est associé à son élaboration et à son suivi; à cet effet, il rédige un document de synthèse sur les activités du Service Social.

Il se consulte régulièrement avec le directeur et les différents responsables de Service.

Il participe aux réunions de synthèse, ainsi qu'à d'autres réunions, internes ou externes, qui seraient nécessaires à l'exercice de sa mission après accord du Directeur.

Il se tient étroitement informé des évolutions de la législation sociale et de l'environnement socio-économique.

Il bénéficie d'actions de formation spécifiques pour se perfectionner dans sa pratique.

Il rédige annuellement, à l'intention du Directeur, un rapport sur les activités de son service.

Extrait du document O.V.E. *"Servir l'enfant"*

ANNEXE III a

DESCRIPTION SYNTHÉTIQUE D'UNE PROCEDURE

Domaine :

Chapitre :

Titre de la procédure :

Définition de la procédure : en quoi consiste-t-elle ?	
Finalité de la procédure : à quoi sert-elle ?	
Périodicité de la procédure : quand doit-elle être mise en œuvre ?	
Point de départ de la procédure : qu'est-ce qui la déclenche ?	
Point d'arrivée de la procédure : qu'est-ce qui indique qu'elle est terminée ?	
Personnes et services concernés : qui et avec quel niveau de responsabilité ?	
Documents éventuels	
Autres informations utiles	

Transmis	Le	Par	Visa
Avis du Responsable de la Vérification Technique			
Retourné	Le	Par	Visa

ANNEXE III b
DIAGRAMME PAPIER

Domaine :

Chapitre :

Titre de la procédure :

Page : __/__

Temps	Intervenant 1	Intervenant 2	Intervenant 3	Intervenant 4

Transmis	Le	Par	Visa
----------	----	-----	------

ANNEXE III c

DESCRIPTION SOMMAIRE DES TÂCHES

Tâche n°	Intervenant	Description
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

ANNEXE IV CARTE-PROJET PROFESSIONNEL

Nom :
Prénom :

OVE

Date et lieu de naissance :
Date d'entrée : .../.../2000 Sortie Prévue : .../.../2000

Cycle : 2
Atelier : JARDINS ESPACE VERT
Objectif Professionnel :
Date : 5/06/2004

Formation complémentaire à la sortie.

Carte Projet Professionnel

Compétences Génériques transférables		Construction de la compétence par degré de différenciation/moyens et indicateurs				Évaluation de l'employabilité (faible, progressive, stable et milieu possible)	
CHAMP	COMPÉTENCE OBSERVABLE	Moyens	D1	D2	D3	Degré et durée de l'acquisition	Employabilité
C O G N I T I F	Savoir vérifier la réalisation d'une tâche.	OUTILS GESTES MOTS	Évalue à l'œil Trace au jugé Verbalisation absente ou C'est à peu près ça : Désigne ce qu'il a fait.	Gabarit ou Model Imite le geste sans forcément comprendre Je fais la même chose : il dit répondre à la consigne	Matrisé / DT Trace avec l'outil Figure ou élabore sa méthode. Lit / dit Comment il a fait et doit faire : Reformule la consigne et explique comment ...	<i>instabilité temporaire de l'acquisition</i>	D ₃
	Savoir résoudre un problème	Les données et les questions	Ne sait pas ce qu'est un problème	Repère et extrait Quelques données.	Se représente le problème Réorganise les données pour trouver une solution		
Compétences Génériques transférables		Construction de la compétence par degré de différenciation/moyens et indicateurs				Évaluation de l'employabilité (faible, progressive, stable et milieu possible)	
CHAMP	COMPÉTENCE OBSERVABLE	Moyens	D1	D2	D3	Degré et durée de l'acquisition	Employabilité
S O C I O A F F E C I F	Savoir accepter l'autre	La relation et La communication	Accepte la présence de l'autre	Prête attention à l'autre et lui dit bonjour	Lui parle de manière courtoise, l'invite à ... <i>Parfois</i>		
	Savoir accepter les règles de travail à l'atelier	Espace Temps Tâche Production outils	Dispersé En retard / en avance Peu investie Ebauchée Vus / rejetés	Négocié Retard / juste Mode d'emploi En cours manipulés	A son poste de travail A l'heure ou récupère à la pause. Organisée / réalisée investie et réussie entretenus		D ₃
	Savoir aider un camarade à comprendre, réaliser, à finir une tâche.	La relation, ses mots et Les mots de l'autre	Reformule les mots de l'adulte, demande si son camarade les a compris.	Essaie de comprendre l'autre, écoute ce qu'il dit, et lui demande de faire comme lui.	Lui explique son erreur ou lui confirme qu'il a compris. <i>Mais n'aide le W en équipe, se la déconcentre</i>		
Compétences Génériques transférables		Construction de la compétence par degré de différenciation/moyens et indicateurs				Évaluation de l'employabilité (faible, progressive, stable et milieu possible)	
CHAMP	COMPÉTENCE OBSERVABLE	Moyens	D1	D2	D3	Degré et durée de l'acquisition	Employabilité
S O C I O T E C H N I Q U E	Savoir mettre en œuvre les conditions pour commencer une tâche en sécurité (avant)	Poste de travail consignes de la tâche matériaux, outils	Mauvais choix d'outils et ne fait pas attention. Ne reconnaît pas les matériaux	Choisir le bon outil, le tenir en mains correctement ou met en marche la machine.	Dire et avoir le geste efficace et dire ce que l'on va faire, avec quoi et comment.		D ₃
	Savoir réaliser une tâche (pendant)	Les consignes, les côtes ou le tracé, les techniques, les côtes, appareils de contrôle	Exécuter la tâche en suivant les consignes, les côtes, contrôle visuel du tracé	Vérifier le bon déroulement de la tâche, réajuster avec l'adulte	Contrôler la qualité du travail réalisé avec l'appareil adéquat finir la tâche avec l'adulte ou seul		D ₃
	Savoir préparer la tâche suivante (après)	Poste de travail outils de nettoyage, fiches d'inventaire	Nettoyer, ranger le matériel.	Rendre compte au formateur, l'informer sur des dysfonctionnements techniques	Prendre connaissance des consignes de travail pour le lendemain adapter le poste de travail		D ₃

OBSERVATION ET/OU CONCLUSION

Il a besoin qu'on lui fasse confiance.

Il fait son chemin vers le milieu ordinaire et pourtant il a encore besoin d'acquiescer de la maturité.

ANNEXE V

Feuille d'évaluation – Projet individualisé

Le projet est fait l'évaluation : _____

Norm de l'ELEVE : _____

Date de l'évaluation : _____

1 - AUTONOMIE	tenue vestimentaire
prise en charge personnelle	hygiène
	sécurité
dans l'espace	latéralisation
	se déplacer
	distances
	orientation
dans le temps	emploi du temps
	la montre
	la durée du temps
	se situer dans le temps
2 - VIE RELATIONNELLE et VIE SOCIALE	
relations aux autres	degré de dépendance
	expression
	écoute
personnalité	coopération
	humour
	caractère
	estime de soi
3 - COMPORTEMENT	
	respect de la Loi
	politesse
	punctualité
4 - FACE A LA TACHE	
les attitudes	intérêt au travail
	attention
	fatigabilité
	sécurité
les aptitudes	respect et soin
	compréhension
	organisation
	gestualité
	réalisation
	contrôle

• Atelier — Classe — Groupe — non acquis — en cours — acquis