

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**ADAPTER L'OFFRE DE SERVICE À LA DIVERSITÉ DES
SITUATIONS DE HANDICAP PRÉSENTÉES PAR LES USAGERS
DANS UN I.M.E.**

Juan GREGO

CAFDES

2007

Remerciements

A Christian, Jacques et Marie qui, professionnels de l'éducation spécialisée, m'ont accompagné, il y a maintenant plus de trente sept ans, un bout du chemin de la vie....

A Paul, François, Pierre et les autres, compagnons de mes quatre cents coups et de mes escapades.....de la Maison d'Enfants à Caractère Social dans les Landes.

A Haffida, José, Franck, Boubou.... enfants et adolescents, aux corps brisés et mutilés, qui ont appris à l'Aide Médico Psychologique que j'étais en 1984, à relativiser les petits tracés du quotidien

A Jacques. L, Emma. S, Marius. A, Michèle. D, André. B, Jean-Marie. O, enseignants, responsables de formation et d'établissements qui m'ont conseillé, encouragé et soutenu dans mon parcours professionnel et la réalisation de mon mémoire.

A Sylvie, Martine, Marc, êtres chers et amis de longue date qui ont compté et comptent aujourd'hui encore.....

Aux professionnels, enfants et adolescents de l'établissement qui durant les dix années qui viennent de s'écouler m'ont beaucoup appris sur la fonction de direction.....

Enfin, et surtout, à toi Dany et à toi Andréa !

Liste des sigles utilisés

AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
ANEJI	Association Nationale des Educateurs de Jeunes Enfants Inadaptés
ARTT	Aménagement et Réduction du Temps de Travail
ASE	Aide Sociale à L'Enfance
AVI	Agent de Vie Scolaire
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CAPSAIS	Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides Spécialisées
CAPA-SH	Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides spécialisées, les enseignements adaptés et la Scolarisation des élèves en situation de Handicap
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDES	Commission Départementale d'Education Spéciale
CIH	Classification Internationale des Handicaps
CFAS	Centre de Formation pour Apprentis Spécialisés
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé
CLIS	Classe d'Intégration Scolaire
CMP	Centre Médico Pédagogique
CCNT	Convention Collective Nationale du Travail
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDOC	Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDEEAS	Diplôme de Directeur d'Etablissement d'Enseignement Adapté et Spécialisé
DIPC	Document Individuel de Prise en Charge
ES	Educateur Spécialisé
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
ETS	Educateur Technique Spécialisé
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FO	Foyer Occupationnel
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
INSEE	Institut National de la Statistique, des Etudes et des Enquêtes

IME	Institut Médico-Educatif
IMP	Institut Médico-Pédagogique
IMPRO	Institut Médico-Professionnel
IR	Institut de Rééducation
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QI	Quotient Intellectuel
RERS	Réseau d'Echange Réciproque de Savoirs
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile
SEGPA	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis
UPI	Unité Pédagogique d'Intégration

INTRODUCTION

Si ma conception actuelle de la fonction de Direction ne s'appuie pas encore sur une pratique effective, elle ne s'enracine pas moins dans une fonction de cadre que j'exerce depuis le 15 septembre 1997 en tant que Directeur-Adjoint dans un Institut Médico-Educatif situé dans les Bouches-du-Rhône.

M'appuyant sur un travail d'observations et de réflexions tirées de mon terrain professionnel, étapes préalables à l'élaboration du mémoire, j'ai pu constater que la population reçue à l'I.M.E, a évolué depuis une dizaine d'années. Si notre établissement accueille traditionnellement des usagers présentant des déficiences intellectuelles, plus de la moitié des jeunes admis chaque année, jeunes âgés de 12 à 14 ans, viennent de Classe d'Intégration scolaire, d'Unité Pédagogique d'Intégration, de Section d'Enseignement Général Professionnel Adapté et présentent soit des troubles du caractère et du comportement, soit des troubles de la personnalité.

Compte tenu de l'évolution de la population reçue dans l'établissement, une question se pose : comment adapter les prestations proposées aux besoins et aux attentes de ces enfants et de ces adolescents ?

Comme je le développerai dans la première partie de ce document à partir de données qualitatives et quantitatives, cette évolution de la population se caractérise principalement par une diversification des problématiques présentées par les usagers. Plus hétérogène, cette population n'est donc plus seulement composée de garçons et de filles âgés de 6 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle légère, moyenne ou profonde telle que le définit l'agrément¹ de la structure.

Partant de ce premier constat, je m'attacherai ensuite à clarifier les notions de déficience intellectuelle, de trouble de la personnalité, de trouble du caractère et du comportement et enfin d'inadaptation. Ceci d'autant plus que les frontières sont parfois difficiles à tracer entre chacun de ces termes et les réalités qu'ils recouvrent.

Ma réflexion portera aussi sur l'analyse des éléments pouvant expliquer une telle évolution de la population au niveau de l'établissement en me référant aux orientations actuelles des politiques publiques en matière d'intégration scolaire des enfants et adolescents présentant un handicap.

¹ Annexe XXIV : Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les Annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 09 mars 1956 fixant les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés.

Je conclurai enfin cette première partie en montrant en quoi l'évolution de la population bouscule le cadre institutionnel voire déstabilise une partie des professionnels de l'établissement faisant dire aux uns que « ces jeunes ne sont pas pour nous » ou à d'autres, « que ce sont des cas trop lourds ».

Dans la seconde partie de mon travail, je porterai tout d'abord mon regard sur l'Association gestionnaire et l'I.M.E en en dégageant les spécificités et ceci aussi bien sur le plan des valeurs associatives, que de l'organisation et du fonctionnement de la structure.

Ceci me conduira à développer lors de cette phase de diagnostic un certain nombre de points de fragilité mis en relief par l'évolution de la population. Et parmi ceux-ci, j'insisterai plus particulièrement sur les caractéristiques de ceux qui la mettent en œuvre, à savoir les professionnels de l'établissement et sur la nature même des prestations proposées aux usagers. En effet, ces prestations peuvent avoir tendance si l'on n'y prend garde, à ne se réduire qu'à des actes reproductibles et identiques d'une situation à l'autre plutôt que de s'adapter à la problématique singulière de chacun des usagers.

M'appuyant sur le double constat de l'évolution de la population reçue dans l'établissement et du caractère souvent standardisé des prestations proposées aux usagers, je pense à cette étape de mon parcours professionnel que la conduite du changement dans un établissement ne peut être menée à bien qu'en s'appuyant sur les forces vives que représentent les ressources humaines. La qualité de l'offre de service mise en œuvre au bénéfice des usagers est par voie de conséquence fortement dépendante de la qualité même des ressources humaines dont dispose l'établissement.

Aussi, l'objet de ma réflexion sera dans la troisième partie du mémoire et à partir de ces différentes clés d'entrée, d'énoncer d'une position de directeur, ma stratégie de direction, le style de management ainsi que les axes opérationnels sur lesquels j'envisage de m'appuyer. Ceci en vue de réduire les écarts qui peuvent exister entre, d'un côté les pratiques professionnelles et de l'autre, les besoins des usagers et de tenter de répondre à deux priorités énoncées dans la Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale², à savoir : « mettre l'utilisateur au centre du dispositif et promouvoir une démarche qualité ».

² Loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'Action Sociale et Médico-sociale, publiée au J.O n° 2 du 03 janvier 2002, p.124.

1 L'EVOLUTION DE LA POPULATION RECUE DANS L'ETABLISSEMENT

Afin d'illustrer les différentes observations que j'ai pu faire au regard de l'évolution de la population, j'utiliserai des données statistiques propres à l'établissement ou des données plus générales. Pour chacun des tableaux présentés ci-dessous, l'effectif de la population à prendre en compte est de 120 usagers.

1.1 Une nouvelle dimension à prendre en compte

Hétérogénéité et complexité des problématiques, réduction du temps de prise en charge et augmentation du niveau d'efficacité des usagers sont des aspects parmi d'autres, caractérisant cette évolution de la population.

1.1.1 Des situations diversifiées de handicap

Conformément à son agrément, l'établissement reçoit des enfants et adolescents, garçons et filles âgés de 6 à 20 ans présentant des déficiences intellectuelles légères, moyennes et profondes accompagnées ou non de troubles associés.

La première observation qui peut donc être faite concerne l'évolution de la nature de la déficience intellectuelle présentée par les usagers.

Evolution de la nature de la déficience intellectuelle

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
D.I légère	35	38	42	46	50	52	56
D.I moyenne	55	50	47	44	38	38	33
D.I profonde	30	32	31	30	32	30	31

Si le nombre d'usagers présentant une déficience profonde est stable, celui concernant la déficience légère connaît une importante augmentation de l'ordre de plus de 60%, ce qui entraîne par contre coup une diminution du nombre d'usagers présentant une déficience moyenne de l'ordre de moins 40%. Le potentiel des usagers reçus dans l'établissement devient ainsi plus important chaque année sur le plan de l'efficacité intellectuelle. Certains jeunes, dans une proportion variant de 10 à 15%, ne présentent par ailleurs aucune déficience intellectuelle.

Ces données sont confirmées par les compte-rendus des examens psychologiques et psychiatriques effectués chaque année à l'I.M.E dans le cadre des réunions de synthèse et lors de l'élaboration des documents relatifs aux demandes de renouvellement de prise

en charge administrative des usagers qui sont envoyées à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées³, nouvelle dénomination de la Commission Départementale de l'Education Spécialisée depuis la Loi du 11 février 2005.

Une des premières conséquences de l'observation ci-dessus, n'est pas de modifier radicalement les caractéristiques de la population reçue dans l'établissement, ce qui sous-entendrait qu'il y a un changement de public et donc une nécessité de revoir l'agrément de la structure. Elle est par contre d'introduire une nouvelle proportionnalité dans la répartition entre les 3 catégories d'handicap mental qui caractérisent sur le plan étiologique la population reçue à l'I.M.E à savoir :

- le handicap mental d'origine organique et/ou résultant d'un retard global d'acquisitions sur le plan des apprentissages scolaires ;
- le handicap mental résultant de carences psycho-socio-éducatives ;
- le handicap mental en lien avec des troubles du caractère et du comportement, avec des troubles de la personnalité.

Ainsi et depuis une dizaine d'années, une évolution significative de la population peut-elle être notée suite à la plus grande diversité des situations de handicap présentées par les usagers.

La diversité des situations de handicaps présentées par les usagers

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Déficience intellectuelle	64	60	58	59	57	55	52
Inadaptation	48	53	51	49	53	54	55
Troubles du caractère et du comportement	3	3	5	4	3	5	6
Troubles de la personnalité	5	4	6	8	7	16	7
D.Intellectuelle	53,3%	50%	48,3%	49,2%	47,5%	45,8%	43,4%
Inadaptation	40%	44,2%	42,5%	40,8%	44,2%	45%	45,8%
T Caract/Comport	2,5%	2,5%	4,2%	3,3%	2,5%	4,2%	5%
T.Personnalité	4,2%	3,3%	5%	6,7%	5,8%	5%	5,8 %

Comme l'indique le tableau ci-dessus, la diversité des situations de handicap donnait il y a à peine 7 ans dans l'établissement les indications suivantes sur un effectif de 120

³ La C.D.A.P.H depuis la Loi du 11 février 2005 (décret n°2005-1589 du 19 décembre 2005) a compétence entre autres, pour l'orientation vers les établissements du secteur médico-social des enfants et adolescents âgés de 6 à 20 ans présentant un handicap.

usagers : déficience intellectuelle soit 53,3%, inadaptation soit 40%, troubles du caractère et du comportement soit 2,5%, troubles de la personnalité soit 4,2%.

Les nouveaux rapports de proportionnalité donnent au 31/12/2006, les éléments suivants : déficience intellectuelle soit 43,4%, inadaptation soit 45,8%, troubles du caractère et du comportement soit 5%, troubles de la personnalité soit 5,8%. Ces chiffres attestent bien d'une évolution notable de la population en terme de problématique présentée par les usagers. Un autre indicateur de l'évolution de la population reçue dans la structure concerne, au regard des admissions qui représentent de 10 à 16 usagers par an, la nature de l'établissement d'origine de l'enfant ou de l'adolescent avant son accueil à l'I.M.E. En effet, on peut constater que la grande majorité des usagers ont bénéficié d'une prise en charge en établissement spécialisé (Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile, Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique, Institut Médico-Educatif) ou venaient du milieu scolaire.

Etablissements d'origine des usagers à l'admission

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sans prise en charge	1	0	0	0	1	0	1
Etablissement spécialisé	2	4	6	5	4	3	4
Ecole Primaire	5	5	6	4	5	4	4
Collège	4	5	4	6	6	7	8

Un certain nombre d'usagers ont, antérieurement à leur admission dans l'établissement, bénéficié parallèlement à leur scolarisation d'une prise en charge à temps partiel dispensée par une institution relevant du secteur sanitaire ou psychiatrique (Centre Médico-Pédagogique, Hôpital de jour, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel).

Un nombre croissant d'entre eux quittent toutefois, chaque année le dispositif scolaire mis en place par l'Education Nationale pour les élèves en difficulté (S.E.G.P.A, C.L.I.S, U.P.I)⁴.

⁴ Les SEGPA (Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté) accueillent dans certains collèges, des élèves, handicapés ou non, qui rencontrent de grandes difficultés d'apprentissage. Les CLIS (Classe d'Intégration Scolaire) sont des classes pour enfants handicapés à l'école élémentaire. Elles sont spécialisées par type de handicap : mental (CLIS 1), auditif (CLIS 2), visuel (CLIS 3) et moteur (CLIS 4). Les UPI (Unités Pédagogiques d'Intégration) scolarisent au collège des adolescents présentant un handicap mental ou physique.

1.1.2 Des problématiques plus complexes à appréhender

Si diagnostic médical et tableau psychiatrique établis lors de l'admission de l'usager sont affinés au fur et à mesure de la prise en charge, force est aussi de constater que de nombreux enfants ou jeunes qui sont orientés vers notre établissement présentent, soit une problématique spécifique et identifiable, soit une association de 2 ou 3 problématiques (déficience intellectuelle, troubles du caractère et du comportement, troubles de la personnalité, retard global d'acquisitions sur le plan des apprentissages scolaires).

La complexité des profils est renforcée par le fait que plusieurs d'entre eux sont orientés dans l'établissement par défaut ou par manque de place dans une structure adaptée, et que d'autres présentent, une problématique telle qu'elle ne correspond à aucun établissement existant.

Si le profil des enfants et des adolescents admis à l'I.M.E s'est modifié au fur et à mesure des années sur le plan de la nature et de l'importance de la déficience, les caractéristiques de la population sont à mettre en lien avec l'évolution de la société où chômage et précarité, sont des réalités auxquelles sont confrontées des familles d'utilisateurs de plus en plus nombreuses comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Evolution des conditions socio-économiques des familles

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Emploi stable	85	83	79	73	78	74	71
Chômage ou contrat précaire	25	28	30	32	29	30	31
RMI	10	9	11	15	13	16	18
Tutelles aux prestations	7	9	12	11	12	10	13

Ces données confirment que les situations des familles des usagers se dégradent sur le plan de l'emploi et de la précarité. Ils sont à mettre en parallèle avec les derniers éléments statistiques de l'INSEE d'octobre 2006⁵ qui donnent pour les Bouches-du-Rhône un taux de chômage de 11,6% alors que la moyenne nationale se situe à 8,8% et un nombre de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté pour la région PACA de 8,9% contre 5,9% sur le plan national. Le nombre de familles bénéficiant d'un suivi au

⁵ Le Monde, décembre 2006, p 5.

niveau des tutelles aux prestations est de même en augmentation. L'évolution en pourcentage est de 86% entre 2000 et 2006.

Par ailleurs et comme l'illustre le tableau ci-dessous, l'établissement reçoit de plus en plus de jeunes relevant de mesures ordonnées par le Juge pour Enfants (Action Educative en Milieu Ouvert, mesure judiciaire ou administrative dont l'évolution en pourcentage est de 150% entre 2000 et 2006) ou d'une prise en charge dans un établissement de l'Aide Sociale à L'Enfance.

Evolution de la nature des prises en charge

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Mesures d'AEMO	4	5	6	7	7	8	10
Aide Sociale à l'Enfance	2	2	2	3	3	2	4

C'est une évolution qui n'est pas sans conséquences dans la mesure où les difficultés des familles sur le plan social, dans l'éducation de leur enfant ou dans la gestion financière des revenus du foyer, influent souvent sur les problématiques et le profil des usagers reçus à l'I.M.E.

Cette évolution de la population, s'accompagne aussi d'une admission plus tardive dans l'établissement et par conséquent d'une diminution du temps de prise en charge de l'usager.

1.1.3 Des admissions plus tardives dans l'établissement

Les admissions des usagers appartenant à la tranche d'âge des 12/16 ans sont en augmentation constante. La tranche d'âge des 12/16 ans représente en 2006 pour un effectif de 120 usagers un total de 35,5% soit 18,5% pour les 12/14 ans et 17% pour les 14/16 ans. Si l'on tient compte de la liste des usagers en attente d'une admission dans l'établissement, ce chiffre est à revoir à la hausse dans la mesure où cette même liste d'attente concerne principalement des jeunes âgés de 12 à 14 ans.

Evolution de l'âge d'admission des usagers

	1996	1998	2000	2002	2004	2006
6 / 12 ans	36,7%	34,2%	32,7%	30,5%	28,5%	26,3%
12 / 16 ans	28,2%	29,5%	31,2%	33%	34,1 %	35,5%
16 / 20 ans	35,1%	36,3%	36,1%	36,5%	37,4%	38,2%

Cette évolution en terme d'âge à l'admission, a pour conséquence directe une variation de la temporalité dans la prise en charge de l'utilisateur. Celle-ci donne les indications suivantes.

Evolution de la durée de la prise en charge dans l'établissement.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
- de 2 ans	1	0	1	0	2	0	0
De 2 à 4 ans	2	1	3	2	1	1	2
De 4 à 6 ans	23	30	35	39	37	40	45
De 6 à 8 ans	39	37	22	28	24	27	29
De 8 à 10 ans	40	33	41	31	39	33	22
+ de 10 ans	15	19	18	20	19	19	22

Pour en avoir discuté avec plusieurs responsables d'établissement du même type dans le département, cette situation n'est pas spécifique à l'I.M.E « Les Cyprès ». Cette évolution s'explique en partie, de l'avis des professionnels consultés suite aux différents stages réalisés durant la formation, en raison de la tendance au maintien dans le système scolaire et ceci le plus longtemps possible d'utilisateurs qui auparavant intégraient plus jeunes les structures de type I.M.E.

Si cette évolution de la population démontre l'efficacité des politiques publiques en matière d'intégration scolaire avec le développement par exemple des S.E.S.S.A.D et les nouvelles orientations de la Loi du 11 février 2005⁶, comme je l'aborderai plus loin, elle ne sera pas à plus ou moins court terme sans conséquences sur le profil des utilisateurs reçus à l'I.M.E et l'organisation interne de l'établissement. Ceci d'autant plus si l'on tient compte de la baisse non négligeable des utilisateurs admis à l'I.M.E entre 6 et 12 ans (32,7% en 2000 et 26,3% en 2006).

Ces admissions plus tardives entraînent donc une variation plus importante du temps de prise en charge de l'utilisateur. Une tendance forte peut y être notée. Pour les utilisateurs présentant une déficience dite légère et venant plus particulièrement de CLIS ou d'UPI, le temps de prise en charge tend à être compris désormais dans une fourchette variant de 4 à 6 ans.

⁶ Loi n°2005-102 du 11 février 2005, relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, publiée au Journal officiel du 12 février 2005.

1.2 Approches conceptuelles

Parler d'évolution de la population c'est aussi faire un détour par un certain nombre de concepts et par conséquent clarifier les notions de déficience intellectuelle, de troubles de la personnalité, du caractère et du comportement et celle d'inadaptation.

1.2.1 La notion de déficience intellectuelle

Le handicap mental concerne sur les 3,5 millions de personnes handicapées en France⁷, 700 000 personnes soit 20% d'entre elles. « Tous les ans, bien que la médecine fasse des progrès en matière de diagnostic, près de 6000 enfants naissent avec un handicap mental »⁸.

Historiquement, le terme de déficience remplace celui de débilité héritée du XIX siècle et devenu péjoratif. Cette notion a été utilisée par les médecins dès 1936 pour désigner les enfants que l'on appelait alors « anormaux ». Au sens de Piaget, la déficience repose sur un déficit intellectuel. Elle correspond à un retard dans le développement des structures de la pensée et à un arrêt à un niveau inférieur à celui de l'abstraction. Les tests psychométriques de A.BINET et T.SIMON, mis au point en 1901, ont fondé pendant de nombreuses années la distinction entre débilité légère, moyenne, profonde, rapportant chacune à un quotient intellectuel.

Ainsi, la première Annexe XXIV du décret du 9 mars 1956 reprenait les trois degrés de la débilité pour classer les « enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle ». Cette classification est abandonnée par la première classification de Philip WOOD (1975) qui sera adoptée comme Classification Internationale des Handicaps par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Cet abandon de la notion de débilité est confirmé une première fois dans la législation française par la Loi du 10 juillet 1987 (Article 9) concernant les travailleurs handicapés, puis par les nouvelles Annexes XXIV, qui n'utilisent plus que le mot de déficience, enfin par le guide-barème utilisé par les commissions d'orientation (CDES et COTOREP, Commission Technique d'Orientation Professionnelle)⁹. La déficience mentale ou intellectuelle, motrice, sensorielle y est définie comme désignant « une perte ou une altération dans les structures et les fonctions psychologiques, physiologiques ou anatomiques de la personne. »¹⁰

⁷ INSEE et SESI. Enquête Handicaps, Incapacité, Dépendance. 2005

⁸ www.unapei.org

⁹ Ces deux commissions d'orientation sont désormais regroupées depuis la Loi du 11 février 2005 au sein de la C.D.A.P.H et dans un même lieu, la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) suite au décret n°2005-1587 du 19 décembre 2005.

¹⁰ JAEGER M. Guide du secteur social et médico-social, 5eme édition. Dunod, Paris 2000, pp.104-105.

Pour la C.I.F¹¹ (Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé), qui utilise le terme de « déficience intellectuelle » au lieu de « handicap mental », la déficience correspond à : « toute perte ou anomalie au niveau psychologique, anatomique ou physiologique. » Elle s'articule autour de 3 niveaux ; corps, personnel et social¹². La définition la plus utilisée de la déficience intellectuelle est celle de l'Association américaine sur le retard mental, qui définit celui-ci comme « un état de réduction notable du fonctionnement actuel de l'individu. Le retard mental se caractérise par un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne, associé à des limitations dans au moins deux domaines du fonctionnement adaptatif : communication, soins personnels, compétences domestiques, habilités sociales, utilisation des ressources communautaires, autonomie, santé et sécurité, aptitudes scolaires fonctionnelles, loisirs et travail. Le retard mental se manifeste avant l'âge de 18 ans. »¹³

Selon le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées¹⁴, la déficience intellectuelle se définit par un quotient intellectuel (QI) inférieur à 69. Suivant cette acceptation, elle touche entre 1 et 3% de la population générale, avec une prédominance du sexe masculin. Le retard mental léger (QI entre 50 et 70) concerne 85% des déficients intellectuels, le retard mental moyen (QI entre 35 et 55) touche 10% des déficients intellectuels et enfin le retard mental profond et grave (QI inférieur à 40) concerne 5% des déficients intellectuels.

De nombreux tests psychométriques permettent d'évaluer et de distinguer les compétences verbales ou pratiques dès la prime enfance. Il en résulte un résultat global, le QI, évolutif au cours de la vie, qui mesure l'avance ou le retard d'un enfant par rapport à sa classe d'âge. La mesure du QI est souvent décisive pour l'orientation vers le milieu ordinaire, médico-éducatif, médico-pédagogique ou sanitaire.

Ces handicaps portent des noms divers : trisomie, autisme, polyhandicaps, X fragile....et se traduisent le plus souvent par des difficultés plus ou moins importantes sur le plan du langage, de la relation à soi et aux autres. Les origines du handicap mental peuvent par ailleurs être très diverses : maladies génétiques, aberrations chromosomiques (à la conception) ; radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac (pendant la grossesse) ; souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité (à la naissance) ; maladies infectieuses, intoxications, traumatismes crâniens, accidents du travail ou de la route, noyades, asphyxies (après la naissance).

¹¹ La C.I.F a remplacé en 2001, la C.I.H (Classification internationale des handicaps) révisée dès la fin des années 1980 par L'O.M.S.

¹² DALLA PIAZZA S, DAN B. Handicaps et Déficiences de l'enfant, Editions De Boeck Université, 2001, p 39.

¹³ Association américaine sur le retard mental : Définition, classification et système de soutien, Edisem, 1994, 9^e édition, 169 p.

¹⁴ www.handicap.gouv.fr

1.2.2 Les troubles de la personnalité, du caractère et du comportement

Comme l'indique le tableau en page 4 relatif à la diversité des situations de handicap présentées par la population reçue dans l'établissement, les usagers présentant des troubles de la personnalité ou des troubles du caractère et du comportement sont chaque année de plus en plus nombreux. Cette évolution de la population étant une nouvelle donnée à prendre en compte sur le plan institutionnel, il me paraît donc nécessaire de préciser maintenant ce que recouvrent ces termes.

Si je me réfère au Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM IV-TR)¹⁵, les symptômes des troubles du caractère et du comportement se classent en quatre catégories :

- conduites agressives envers des personnes ou des animaux ;
- destruction de biens matériels accompagnée ou non de violence ;
- fraudes ou vols ;
- violations plus ou moins graves des règles établies.

Ces troubles, expressions d'une souffrance des enfants que nous recevons dans l'établissement, s'expriment par des actes au cours desquels sont transgressées un certain nombre de règles sociales. Contrairement à l'idée reçue, ces mêmes troubles ne se manifestent pas uniquement à l'adolescence mais également chez l'enfant comme j'ai pu l'observer sur mon terrain professionnel. Mais comme nous l'indiquent les travaux en psychologie de l'enfant, les manifestations telles que les agressions physiques, les mensonges ou les vols d'objets, relativement fréquentes chez le petit enfant, ne deviennent « anormales » que si elles sont très fréquentes et perdurent au-delà de l'âge de 4 ans.

Un certain nombre d'autres perturbations peuvent être associées aux troubles du caractère et du comportement comme celles concernant le déficit de l'attention ou l'hyperactivité, les manifestations oppositionnelles ou de provocation, les états dépressifs ou anxieux.

Parmi les facteurs de risque susceptibles d'expliquer la survenue et l'existence des troubles du caractère et du comportement chez l'enfant et l'adolescent, les facteurs environnementaux y tiennent une place importante au niveau des usagers admis dans l'établissement. En effet, les conditions socio-économiques précaires d'un nombre toujours plus élevé de familles d'usagers ainsi que la fréquentation d'autres jeunes en grande difficulté hors de l'établissement, amènent certains adolescents que nous

¹⁵ AMERICAIN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 edition DSM-IV-TR Washington DC, American Psychiatric Press, 2000.

recevons à entretenir et à renforcer un comportement antisocial et ceci parfois en réponse à des situations de rejet et d'exclusion. L'absentéisme, les incivilités à l'école et les situations d'échec scolaire comme sur un autre point, l'exposition à la violence véhiculée par les médias sont selon moi à mettre directement en lien avec les problématiques d'une partie des usagers pris en charge à l'I.M.E. Si leur accompagnement sur le plan médico-éducatif est rendu difficile dans l'établissement c'est en partie, et comme le soulignent SOUTOU.P et GAGNEUX.M¹⁶ parce que « Ni véritables déficients mentaux, ni intrinsèquement psychotiques, ni simples cas sociaux, les jeunes souffrant de troubles du comportement se situent à la lisière de multiples domaines d'intervention et relèvent la plupart du temps, simultanément ou alternativement, de tous les types de prises en charge : sociale, éducative, médico-psychologique et parfois judiciaire. »

Concernant les troubles de la personnalité et si, je me réfère cette fois à la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA R-2000)¹⁷, ils recouvrent un certain nombre de catégories cliniques dont les plus importantes sont :

- l'autisme et les troubles psychotiques (psychoses précoces, schizophrénie, troubles délirants, troubles psychotiques aigus, troubles thymiques....) ;
- les troubles névrotiques à dominante anxieuse, hystérique, phobique, obsessionnelle ;
- les pathologies limites où prédominent des troubles de la personnalité, des troubles comportementaux.

Troubles de la personnalité et pathologies psychiatriques sont ainsi étroitement liés. L'augmentation du nombre d'usagers admis dans l'établissement et présentant des troubles de la personnalité, renvoie à ce qu'écrit Alain GILLIS¹⁸ : « En France, la prise en charge des enfants présentant des troubles psychologiques importants est assurée par deux types d'institution : les hôpitaux de jour et les instituts médico-éducatifs. Au total, ce sont près de 80 000 jeunes ou enfants qui présentent des troubles du développement associés à des traits autistiques. »

Si la psychanalyse définit la personnalité comme le résultat chez un sujet donné de l'intégration dynamique de composantes à la fois cognitives, pulsionnelles et émotionnelles, elle nous enseigne que la personnalité ne devient pathologique que lorsqu'elle se rigidifie, entraînant des réponses inadaptées, source d'une souffrance

¹⁶ SOUTOU P., GAGNEUX M. Rapport de L'IGAS n°1999006 relatif aux instituts de rééducation, 1999, p.2.

¹⁷ MISES R., QUEMADA N., BOTBOL M., BURSZTEJN C., DURAND B et coll. Nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. CFTMEA 2000. Ann Med Psychol 2002.

¹⁸ GILLIS A. La pédopsychiatrie maltraitée, Le Monde, janvier 2004, p 8.

ressentie par le sujet. Pour l'O.M.S¹⁹ (Organisation Mondiale de la Santé), la définition des troubles de la personnalité est la suivante : « Modalités de comportement profondément enracinées et durables consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. »

Comme pour les troubles du caractère et du comportement, un certain nombre de symptômes peuvent être identifiés parmi lesquels pour n'en citer que quelques uns, un sentiment de méfiance vis-à-vis des autres, des perceptions et des conduites excentriques, une difficulté à gérer ses émotions, une quête d'attention, un comportement de supériorité ou à l'inverse de soumission.

1.2.3 Le concept d'inadaptation

Historiquement, le concept d'inadaptation est né durant la seconde guerre mondiale. Il a été adopté en 1943 par le Conseil technique de l'enfance déficiente ou en danger moral et avait pour objectif d'homogénéiser un vocabulaire qui rassemblait les notions telles que « enfance coupable, en danger moral, déficiente, débile, anormale, malheureuse. »

C'est une notion que l'on a pu retrouver par ailleurs dans le sigle même d'une des grandes associations de l'éducation spécialisée, association née dans cette période tumultueuse, l'ANEJI (Association Nationale des Educateurs de Jeunes Inadaptés) ou dans l'intitulé de la Convention Collective Nationale de Travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966.

Le handicap étant vu à l'époque comme une cause d'inadaptation sociale, la première Annexe XXIV du décret du 9 mars 1956 a englobé dans l'intitulé « Enfants inadaptés » les enfants atteints de déficience intellectuelle et ceux présentant des troubles du caractère et du comportement. En 1967, le rapport BLOCH-LAINE²⁰ donnait de l'inadaptation la définition suivante : « Sont inadaptés à la société dont ils font partie, les enfants, les adolescents et les adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés plus ou moins grandes à être et à agir comme les autres. »

Par la suite, la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 n'utilise plus ce terme, et la distinction s'est faite plus clairement entre le handicap et

¹⁹ Définition donnée par L'O.M.S dans la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

²⁰ Rapport BLOCH-LAINE. Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées.

l'inadaptation sociale. On retrouve cette même distinction dans la nouvelle Annexe XXIV de 1989. L'inadaptation est une souffrance sociale. La lutte contre l'inadaptation a pour objet une action envers la personne elle-même comme sur le groupe social.

Aujourd'hui, le terme d'inadaptation est fréquemment employé accompagné d'un adjectif. On évoque ainsi l'inadaptation scolaire ou sociale d'un enfant, l'inadaptation professionnelle d'un adulte. L'inadaptation est donc une notion très large qui recouvre des causes diverses d'ordre physique, sensoriel, mental, intellectuel, voire social. Il y a notamment inadaptation par déficit de la santé, déficit de l'intelligence ou par troubles du comportement.

Selon le Dictionnaire critique d'action sociale²¹, « L'inadaptation est l'incapacité ou la difficulté d'accomplir une tâche ou encore d'assumer le rôle prévu, attendu ou prescrit par la société. L'inadaptation est donc un état général qui handicape l'être humain dans ses rapports avec les autres êtres humains et la société. Elle évoque la double inadéquation de l'individu inadapté à la société et de la société inadaptée à l'individu. » Elle désigne donc bien un processus, une articulation difficile entre une personne et son environnement large, entre un individu et son contexte de vie proche (familial, scolaire, social, professionnel). Cette définition exclue donc et à juste titre, le fait que l'individu porte à lui seul la responsabilité de ses difficultés.

Au regard de l'évolution de la population reçue dans l'établissement et si je reprends les termes mêmes de l'Article 1^{er} de l'Annexe XXIV, les frontières apparaissent donc fragiles entre les usagers « présentant une déficience intellectuelle » et ceux présentant « des capacités intellectuelles normales ou approchant la normale. » Ceci explique sans doute qu'un certain nombre de recommandations aient été formulées par le législateur dans la rédaction de la circulaire²² d'application de l'Annexe XXIV.

En effet, on peut y lire qu'il « importe toutefois de noter que l'objet des établissements et services relevant de l'Annexe XXIV n'est pas d'accueillir des enfants en difficulté sociale... Il arrive, en effet fréquemment que les troubles du comportement ou de la personnalité (par exemple refus des tests) masquent les aptitudes intellectuelles des enfants ou des adolescents...Par ailleurs l'existence d'une autonomie sociale et de vie quotidienne bien acquise en regard d'un retard des acquis cognitifs doit également faire mettre en doute une déficience intellectuelle supposée, en particulier chez les enfants issus de milieux défavorisés ou maniant mal la langue française ou, sujets à des placements itératifs. »

²¹ Dictionnaire critique d'action sociale, Bayard éditions, 1995, p.202.

²² Circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements ou services d'éducation spéciale, p.112 et 113.

Malgré ces différentes recommandations voire mises en garde et « bien que l'on s'en défende officiellement » comme le souligne J.PAPAY²³ « c'est encore bien sur la base d'un chiffre (le QI) que les orientations se font, faute de moyens, de compétences et de volonté de la part de ceux qui sont engagés dans de telles manières de faire. » Ceci produit, rajoute l'auteur « une situation très hétérogène puisque des enfants très différents se retrouvent ensemble. Certains d'entre eux sont des déficients dits harmoniques, c'est-à-dire ne posant pas de problèmes de comportement en sus de ceux du handicap cognitif. Il y a aussi des enfants qui souffrent de troubles mentaux, ce qui n'a rien à voir avec la déficience intellectuelle, il y a encore des enfants dont les troubles sont difficilement catégorisables puisque renvoyant au cognitif en même temps qu'au culturel et au développement psychoaffectif. » Je partage d'autant plus cette opinion que cette situation s'applique tout à fait à l'établissement.

1.3 Eléments d'analyse en lien avec les politiques publiques et l'évolution de la société

Depuis 1975, le contexte légal du secteur social et médico-social en France s'est profondément transformé. L'apparition de nouvelles problématiques telles que l'exclusion, la pauvreté, l'augmentation des publics en difficulté ont entraîné l'adoption d'un certain nombre de textes législatifs visant entre autres, à protéger les personnes les plus vulnérables.

1.3.1 Les orientations des politiques publiques en matière de prise en charge du handicap.

Si les deux Lois majeures du 30 juin 1975, la Loi d'orientation sur les personnes handicapées (n° 75-534) et la Loi sur les institutions sociales et médico-sociales (n° 75-535) ont amorcé la transformation que j'évoque ci-dessus, d'autres sont venues ensuite renforcer ce mouvement.

Pour n'en citer que quelques unes, ce fut d'abord en 1982, les Lois de décentralisation (Loi n° 82-231 du 02 mars 1982 et la Loi n° 83-8 du 07 janvier 1983) qui entraînèrent une nouvelle répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales ; en juillet 1986, la Loi dite particulière adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé (Loi n°86-17 du 6 juillet 1986) ; en juillet 1987, la Loi sur l'intégration professionnelle des personnes handicapées (Loi n°87-

²³ PAPAY J. Complexité et Multiréférentialité : une épistémologie pour le projet d'établissement et l'évaluation. IRTS Paca et Corse, 2004, p.17

517 du juillet 1987) ; en juillet 1998, la Loi de lutte contre les exclusions (Loi n°98-657 du 29 juillet 1998) et en juillet 2001, la circulaire n°2001-306 sur la prévention de la maltraitance en établissement.

Compte tenu des évolutions de la société, la nécessité de la refonte de la Loi n°75-535 du 30 juin 1975 semblait incontournable. Elle s'est concrétisée par la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale qui définit et met en avant un certain nombre de priorités parmi lesquelles, le droit des personnes et la qualité des organisations, l'obligation d'évaluation interne et externe, le renforcement de la cohérence des pratiques et des prestations au bénéfice de l'utilisateur par la construction de coopérations et de partenariats entre services, la professionnalisation des acteurs afin d'augmenter les qualifications et les compétences. Cette évolution législative s'est poursuivie avec la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées dont les 4 principes fondamentaux sont :

- le libre choix du mode de vie ;
- la compensation personnalisée des conséquences du handicap ;
- la participation à la vie sociale (école, emploi, cadre bâti, culture, loisirs) ;
- la simplification des démarches des personnes handicapées.

La Loi du 11 février 2005 marque de plus un tournant décisif dans la conception des prises en charge des personnes (passage d'une logique ségrégative à une logique inclusive) avec une définition pragmatique du handicap en prise avec l'environnement. Constitue un handicap « toute limitation d'activités ou restriction de la participation à la vie en société subie dans son environnement. »

Les orientations des politiques publiques dans le cadre de la prise en charge du handicap font de plus apparaître un certain nombre de points comme par exemple l'utilisation des ressources du milieu ordinaire dans la prise en compte des difficultés des personnes handicapées, la nécessité de s'appuyer sur les compétences et les capacités des usagers plus que sur leurs difficultés et leurs incapacités, l'importance des notions de projet individualisé, de diversification et de qualité de l'offre de service pour mieux répondre aux besoins des personnes.

1.3.2 Comprendre et analyser l'évolution de la population.

Si, comme l'écrit M.JAEGER²⁴ « La baisse démographique générale (taux de natalité) et les progrès de la médecine sont à l'origine de la baisse, depuis quelques

²⁴ JAEGER M. Rubrique I.M.E, option précitée n°10, p.9

années, du nombre d'enfants et d'adolescents déficients intellectuels relevant de ces instituts (I.M.E) », phénomènes qui se conjuguent avec une baisse de nombre de places créées dans ces établissements²⁵, une des explications de l'évolution de la population renvoie plus particulièrement, aux orientations des politiques publiques en matière d'intégration scolaire.

Déjà en 1975, la Loi du 30 juin affirmait le droit des enfants et adolescents handicapés « à accéder aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et à bénéficier d'une scolarité en milieu ordinaire, chaque fois que leurs aptitudes le permettent. » Les principes et les modalités de la mise en œuvre de cette obligation éducative avaient été précisés par ailleurs par les Circulaires du 29 janvier 1983, du 17 mai et du 18 novembre 1991²⁶.

Les Annexes XXIV du 27 octobre 1989 dont relève l'I.M.E « Les Cyprès » indiquent dans le même sens : « Ils (les enfants ou adolescents) sont chaque fois que possible, pris en charge à temps partiel ou à temps plein dans un établissement scolaire ordinaire. »²⁷

Aujourd'hui, il est incontestable que les politiques publiques tendent résolument à promouvoir l'intégration scolaire en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés. En effet, si l'on se réfère à la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la scolarisation en milieu ordinaire y est réaffirmée parmi les priorités de la Loi. Le terme d'éducation spéciale est par ailleurs et dans ce sens supprimé. Le devoir du service public de l'éducation est réaffirmé en vue « d'assurer une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant²⁸. » Pour la rentrée scolaire 2007, le ministre de l'Education Nationale a décidé de créer 2700 postes supplémentaires d'Auxiliaire de Vie Scolaire-Individuel (AVS-i), mesure qui concerne les enfants handicapés ayant besoin pour s'insérer dans une scolarité ordinaire d'un accompagnement particulier. Cette mesure s'ajoute par ailleurs à celle relative à la création de 200 UPI supplémentaires annoncée le

²⁵ Annexe I, tableau n° 1 : Evolution du nombre de places dans les établissements pour déficients intellectuels.

²⁶ Circulaire n°83-082 du 29/01/1983 du Ministère de l'Education Nationale relative à la mise en place d'actions de soutien et de soin spécialisé en vue de l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires des enfants et adolescents handicapés.

Circulaire n°91-125 du 17/05/1991 du Ministère de L'Education Nationale. Direction des lycées et collèges mettant en place des dispositifs de regroupements pédagogiques d'adolescents présentant un handicap, les UPI : unités pédagogiques d'intégration en collège pour les jeunes âgés de 12 à 14 ans.

Circulaire n°91-302 du 18/11/1991 du Ministère de L'Education Nationale précisant les objectifs, l'organisation et le fonctionnement des CLIS : classe d'intégration scolaire de l'école primaire pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans.

²⁷ Article 6 des Annexes XXIV, option précitée n°1, p.1

²⁸ Article 19 de la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

18 juin 2007 toujours par le ministre de L'Education Nationale, ce qui porte le nombre total d'UPI à 1119 pour la rentrée 2007²⁹.

Les orientations des politiques publiques en matière de prise en charge scolaire des enfants et adolescents handicapés donnent par ailleurs la priorité sur le plan national, régional et départemental, pour la création de places en S.E.S.A.D³⁰.

Cette nouvelle impulsion en terme d'intégration scolaire qui correspond aussi et légitimement à une forte demande parentale de maintien de leur enfant dans le circuit de scolarisation ordinaire n'est donc pas sans avoir d'incidences sur le profil des usagers reçus à l'I.M.E. Ceci d'autant plus qu'après la prise en charge scolaire en CLIS jusqu'à 12 ans et en UPI jusqu'à 14 voire 16 ans, il ne reste à l'utilisateur et à sa famille que très peu d'alternatives. En effet, compte tenu de la réalité et de l'importance souvent fréquente des lacunes sur le plan scolaire, l'orientation de l'utilisateur se fait après cet âge et dans la très grande majorité des situations vers un établissement relevant du secteur social et médico-social.

Le glissement de type de problématique présentée par les usagers reçus dans l'établissement est aussi à mettre en lien avec l'évolution de la société et plus précisément avec les difficultés sociales et économiques des familles, comme j'ai pu le souligner précédemment. Celles-ci ne sont pas sans incidences sur les phénomènes d'inadaptation et plus précisément sur le rapport de l'enfant à l'environnement scolaire.

1.3.3 Les Annexes XXIV et le cadre législatif national

Les enfants et adolescents³¹ présentant une déficience intellectuelle ou une inadaptation sont pris en charge en France dans des établissements relevant du secteur social et médico-social conformément à la Loi n°75-534 du 30 juin 1975 (Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, Chapitre II, Article 3) et à la Loi n° 2002-02 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (Chapitre III, Article 15). S'agissant d'utilisateurs mineurs, ce sont les Annexes XXIV³² suite au Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les Annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 09 mars 1956 qui fixent les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés.

²⁹ www.handicap.fr. La loi handicap, mettons-la en place pour que chacun trouve sa place.

³⁰ Annexe I, tableau n°2 : Evolution du nombre de places en SESSAD.

³¹ Les enfants et adolescents dont il est question ici, sont ceux qui, âgés de plus de 6 ans et donc soumis à l'obligation scolaire, sont pris en charge par le secteur social et médico-social.

Ces Annexes XXIV précisent dans l'Article 1^{er} concernant les Dispositions Générales: « Sont en premier lieu visés les établissements (instituts médico-pédagogiques, instituts médico-professionnels) et services prenant en charge les enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle. Cette première catégorie d'établissements et de services accueille également ces enfants et adolescents lorsque leur déficience intellectuelle s'accompagne de troubles, tels que des troubles de la personnalité, des troubles comitiaux, des troubles moteurs et sensoriels et des troubles graves de la communication de toutes origines ainsi que des maladies chroniques compatibles avec une vie collective. »

A ce titre, l'I.M.E « Les Cyprès », qui regroupe un Institut Médico Pédagogique (I.M.P) pour 52 places et un Institut Médico Professionnel (I.M.Pro) pour 58 places, répond bien à la catégorie d'établissements cités dans cet Article 1^{er} des Annexes.

Ce même article précise par ailleurs que : « Sont également visés par la présente annexe les établissements (instituts de rééducation³³) et services, distincts des précédents, prenant en charge des enfants ou adolescents dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant la normale, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité. »

Si la nouveauté des Annexes XXIV a été de ne pas se limiter à des normes techniques, mais d'affirmer un certain nombre de principes qui traduisent l'évolution du secteur médico-social : approche qualitative des déficiences (en allant au-delà des tests psychométriques), priorité au maintien en milieu ordinaire et à l'intégration scolaire par exemple, elle a été aussi de faire une distinction entre deux types de population et par voie de conséquence de structures de prise en charge.

Pour résumer, les Annexes XXIV couvrent un éventail assez important de problématiques. En effet, elles concernent aussi bien les enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle classique (déficience intellectuelle légère, moyenne et/ou profonde), comme les enfants et adolescents présentant des formes d'inadaptation se manifestant entre autres, par un important retard scolaire, des troubles de la personnalité, du caractère et du comportement, usagers dont la proportion dans l'établissement tend à augmenter chaque année comme j'ai pu le montrer précédemment.

³² Il existe quatre autres Annexes relatives à la prise en charge des enfants et adolescents suivant la nature du handicap présenté : Annexes XXIV bis pour la déficience motrice, XXIV ter pour le polyhandicap, XXIV quater pour la déficience auditive grave ou surdité, XXIV quinquies pour la déficience visuelle grave ou cécité.

³³ La nouvelle dénomination des I.R (Institut de Rééducation) est depuis le Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 est I.T.E.P (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique).

1.4 Incidences et enjeux de l'évolution de la population.

Parler de diversification des situations de handicap présentées par les usagers, c'est aussi aborder l'évolution de la population sous l'angle de ce qui la différencie de celle classiquement reçue dans l'établissement en terme de prise en charge, de difficultés et de compétences.

1.4.1 Des usagers présentant d'autres difficultés et d'autres compétences.

Si je me réfère au Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées³⁴ adopté par l'O.M.S, les déficiences intellectuelles et les difficultés de comportement de l'enfant et de l'adolescent (Section I du Guide-barème) font l'objet d'une appréciation dans un certain nombre de registres : conscience et capacités intellectuelles, capacité relationnelle et comportement, communication, conduites et actes élémentaires, capacité générale d'autonomie et de socialisation.

Concernant la déficience intellectuelle, elle se traduit généralement par des difficultés plus ou moins importantes pour la personne, de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision, difficultés qui renvoient par exemple à la capacité à mémoriser les informations orales et sonores, à fixer son attention, à se repérer dans l'espace, à connaître l'environnement immédiat ou élargi, les conventions tacites qui régissent l'échange d'informations, les règles de communication et de vocabulaire.

Si les difficultés scolaires sont régulièrement invoquées comme « motifs » d'orientation vers des établissements de type I.M.E, elles masquent souvent d'autres difficultés. Ainsi la différenciation entre la population venant de CLIS par exemple et les usagers de l'I.M.E présentant une déficience intellectuelle légère à moyenne n'est pas toujours évidente à effectuer. Les capacités comportementales et adaptatives sont bien souvent des éléments décisifs lors de la décision de maintien ou non de l'élève dans un établissement scolaire plutôt que dans une structure relevant du secteur médico-social comme l'I.M.E.

Aujourd'hui, et au regard de l'évolution de la population, force est aussi de constater que les jeunes arrivant directement du milieu scolaire (CLIS et UPI) ne présentent pas les mêmes difficultés. En effet, si celles décrites ci-dessus se manifestent aussi à des degrés divers, elles n'ont pas la même prégnance et disparaissent à plus ou moins brève échéance. Par contre, ce qui différencie plus particulièrement la nouvelle population, ce sont des difficultés qui font apparaître de façon plus accentuée une prédominance des

³⁴ Décret n°93-1216 du 04 novembre 1993, paru au JO du 6 novembre 1993.

troubles affectifs qui prennent la forme d'une instabilité, de réactions coléreuses face à l'échec, d'une intolérance à la frustration ou au contraire d'une inhibition, d'une certaine forme d'inertie et de conformisme. Ces usagers ont par ailleurs et très souvent une image d'eux-mêmes dévalorisée, des difficultés à se percevoir comme détenteurs de savoirs et de savoir-faire.

Ces diverses difficultés sont pour la plupart d'entre eux, autant d'éléments à mettre en lien avec un passé familial souvent douloureux et traumatique, un vécu de rejet et d'exclusion. S'ils ont pour une grande majorité, d'importants retards au niveau des compétences scolaires, ils n'en possèdent pas moins de réelles « capacités générales d'autonomie et de socialisation » si je reprends l'item du Guide-barème cité plus haut. Ces capacités concernent par exemple le fait de se déplacer seul, de prendre les transports en commun, de s'intégrer dans des lieux de socialisation comme les clubs sportifs ou les centres de loisirs. Et à l'inverse, des usagers présentant une réelle déficience intellectuelle, ils possèdent des capacités intéressantes d'expression et de compréhension, d'élaboration, d'abstraction, de généralisation, une relation au langage plutôt investie. Autant d'éléments qu'il est important de prendre en compte dans l'offre de service qui leur est proposée.

1.4.2 Une population qui interroge et bouscule les professionnels.

Si comme je viens de l'évoquer, la plupart d'entre eux ont d'importants retards au niveau des compétences scolaires et ont donc besoin d'être stimulés, encouragés et motivés, la première observation qui peut être faite est que ceux-ci ne présentent pas la même « docilité » et « malléabilité » que les usagers classiquement admis dans l'établissement. Il en est de même, mais pour d'autres raisons, pour les jeunes présentant des troubles de la personnalité.

De fait la nouvelle population reçue dans l'établissement et en particulier celle relevant d'I.T.E.P ou d'Hôpital de jour, si elle correspond toujours à l'agrément de l'I.M.E, dérange et bouscule les habitudes. Le professionnel confronté à un usager, pré-adolescent à l'I.M.P et adolescent à l'IMPro plus efficient sur le plan intellectuel, moins conformiste et par conséquent plus réactif sur le plan du comportement, doit repenser le contenu et la finalité des prestations proposées.

Par ailleurs, la cohabitation d'une population présentant une déficience intellectuelle moyenne à profonde avec celle présentant une déficience intellectuelle légère accompagnée de troubles du caractère et du comportement n'est pas sans poser de difficultés en terme d'organisation de la prise en charge.

Cette population bouscule d'autant plus les professionnels en poste que ces pré-adolescents ou adolescents bien que fragiles sur le plan psychologique, n'en gardent pas moins ce qui caractérise fréquemment cette étape du développement de l'individu, à savoir la turbulence et l'opposition à l'autorité de l'adulte.

Certains d'entre eux présentant des troubles du caractère et du comportement, et en particulier ceux vivant dans des milieux sociaux en grande difficulté, s'ils sont peu nombreux (de 4 à 5 jeunes chaque année pour un effectif de 120 usagers) et correspondent à ce que j'évoquais précédemment en parlant « d'orientation par défaut », nécessitent une grande vigilance de la part des professionnels afin que les autres usagers et en particulier les plus vulnérables ne soient pas victimes de violences physiques ou verbales, de pressions psychologiques diverses voire de racket.

L'évolution de la population reçue dans l'établissement, qu'il s'agisse d'usagers venant de CLIS et d'UPI, d'usagers présentant une déficience intellectuelle résultant de carences psycho-socio-éducatives ou en lien avec des troubles de la personnalité sur le versant psychiatrique, se traduit parfois sur le terrain par des manifestations telles que :

- une remise en cause voire un détournement des règles de vie en collectivité ;
- des phénomènes d'agressivité verbale et/ou physique plus ou moins importants et fréquents accompagnés par des dégradations multiples de matériel ;
- une difficulté à investir l'offre de service proposée par l'établissement mais surtout à accepter « le placement » à fortiori dans un I.M.E en raison de la cohabitation qu'il implique avec des usagers présentant des déficiences intellectuelles moyennes à profondes.

Un certain nombre de ces manifestations interrogent ainsi le cadre institutionnel. Comme l'écrit dans ce sens T.GALLAT³⁵ : « Les questions des enfants portent souvent et essentiellement sur ce qui les différencie des autres enfants de leur âge : être dans une autre école que les copains et copines du quartier, être soumis à un rythme scolaire différent, être transporté par des taxis ou les véhicules de l'établissement. Ces éléments constituent un marqueur de l'anormalité et sont à l'origine de souffrances particulièrement vives pour certains enfants, notamment pour les enfants présentant une déficience légère voire très légère et une adaptation sociale plus proche de la norme. »

Si certaines de ces manifestations bousculent de nombreux professionnels qui en appellent souvent à la direction pour prendre des sanctions, elles mettent aussi en relief un certain nombre de points de fragilité institutionnelle comme je l'aborderai plus loin dans la partie consacrée au diagnostic de l'établissement.

³⁵ GALLAT T. D'une logique de filière à une logique de parcours : pour un accompagnement personnalisé à partir d'un I.M.E. Mémoire CAFDES.ENSF, Rennes, 2005, p.33

1.4.3 Des écarts qui se creusent entre besoins des usagers et réponses fournies

Comme le rappelle la circulaire³⁶ d'application de l'Annexe XXIV, « L'éducation des adolescents doit tenir compte de leurs aspirations à l'autonomie et à la maîtrise des risques. » Si les pré-adolescents et adolescents que nous accueillons dans l'établissement véhiculent souvent un fort sentiment d'échec et ont besoin de retrouver une image positive d'eux-mêmes, ils ont tout autant besoin et dans le même temps de vivre des expériences nouvelles, en prise directe avec la réalité et reposant, pour reprendre les termes de l'Annexe XXIV, sur « des méthodes actives et individualisées », sur une éducation spécialisée « en harmonie avec les objectifs d'intégration scolaire, sociale et professionnelle et préparant autant que possible la vie en milieu ordinaire ».

Les Articles 2 et 5 de cette même Annexe précisent par ailleurs que la prise en charge de l'utilisateur « tend à assurer son intégration dans les différents domaines de la vie, la formation générale et professionnelle », en mettant en œuvre entre autres, « une pratique éducative qui s'appuie sur des méthodes actives. »

Si les usagers les plus en difficulté sur le plan de l'efficacité intellectuelle sont assez malléables et dociles quant aux propositions d'activités qui leur sont faites, avec le risque sous-jacent d'une certaine toute puissance de la part du professionnel, il n'en est pas de même pour les usagers venant de CLIS, d'UPI et pour ceux présentant des troubles du comportement ou de la personnalité. Ceux-ci revendiquent à juste titre des activités plus en rapport avec leur statut de pré-adolescent, d'adolescent et pour certains de jeune adulte, comme la possibilité d'utiliser les transports collectifs, de ne pas être astreint à une présence durant les périodes de vacances scolaires, voire de bénéficier d'une réorientation ou d'une autre orientation que celle prévue par les professionnels.

Il est ainsi fréquent d'observer dans l'établissement que les usagers dont le comportement ne se plie pas à un dispositif préétabli de prise en charge sont « stigmatisés » par l'équipe. Cela se traduit souvent par une exclusion de la classe ou de l'atelier. Les difficultés comportementales ou relationnelles du jeune sont alors mises en avant par le professionnel qui avance comme raisons pour éloigner le jeune en question, son incapacité à s'adapter, son manque d'investissement, sa passivité, son comportement « inacceptable. »

³⁶ Circulaire n°89 -17 du 30 octobre 1989, p.119, option précitée n°22, p.14

Du fait de l'évolution de la population, les intervenants se trouvent face à des jeunes plus efficaces sur le plan intellectuel et donc capable d'exécuter et de réaliser des activités plus complexes que celles qui peuvent être proposées à des usagers présentant une déficience moyenne à profonde. Ils sont par ailleurs moins conformistes, interrogent le sens voire remettent en cause le contenu même de l'activité et ceci parfois de manière bruyante.

L'évolution des potentialités des usagers nécessite donc que les prestations proposées le soient à partir des intérêts et des capacités de chacun, et qu'elles s'inscrivent plus en lien avec l'environnement, le monde actuel. Ceci rejoint deux points préconisés dans l'Article 5 de la Loi du 02 janvier 2002, à savoir mettre en œuvre des « Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociale et professionnelle, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail », ainsi que des « Actions contribuant au développement social et culturel et à l'insertion par l'activité économique. »

L'idée d'intégration des personnes handicapées n'est de fait pas nouvelle . L'Article 1^{er} de la Loi 75-534³⁷ dispose que « ... l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale » et plus loin, « A cette fin, l'action poursuivie chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et leur milieu familial le permettent, vise l'accès du mineur et de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie. »

Si, je prends par exemple l'insertion professionnelle des usagers, il est clair que le poids de la situation économique extérieure n'est pas sans avoir d'incidences sur la dynamique de prise en charge des jeunes.

Certes, l'insertion en milieu ordinaire de travail est de plus en plus difficile à réaliser. Un des enjeux sur le plan institutionnel concernant l'orientation professionnelle des usagers reste ainsi selon moi, la mise en place d'un partenariat avec des structures d'emploi ou de formation. Ceci dans le but de privilégier la logique de parcours plutôt que la logique de filière à savoir, le passage quasi systématique de l'I.M.E à l'E.S.A.T (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) quand bien même ce secteur apparaît de plus en plus exigeant sur les capacités et la performance des jeunes qui y sont orientés. C'est un aspect sur lequel je reviendrai dans la partie de mon mémoire consacrée à la mise en œuvre de mon plan d'action.

³⁷ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 dite Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées publiée au J.O du 30 juin et du 1 juillet 1975.

Dans un autre registre, il existe une situation paradoxale dans l'établissement dans la mesure où ce sont souvent, les usagers les plus en difficulté sur le plan du comportement ou de la personnalité, qui ont le moins de suivis en orthophonie, en psychomotricité ou dans le cadre de psychothérapie, sous prétexte qu'ils ne montrent pas d'investissement ou de motivation pour « leur prise en charge. » Ceci constitue un cercle vicieux dans la mesure où l'usager rejetant l'institution, est rejeté par celle-ci ou ses représentants (les professionnels) ce qui alimente de nouveau son rejet de l'institution.

Si les réponses aux besoins des usagers passent par la prise en compte de la singularité de chacun d'eux, il est important d'autre part de faire une distinction entre l'emploi du temps individuel de l'usager et la notion d'emploi du temps personnalisé. Le premier est bien souvent dans l'établissement « un copié-collé », reproduit à l'identique pour tous les usagers du même groupe éducatif ou atelier pré-professionnel. Le second qui renvoie au sujet et qui met en avant les dimensions d'altérité, peine la plupart du temps à avoir une réalité effective.

Je pense que ma responsabilité de directeur est au regard des deux situations précédemment évoquées non seulement de tout mettre en œuvre pour que la déficience intellectuelle ne devienne une justification des non-progrès du jeune ou que ses troubles du comportement ne soient une légitimation de l'exclusion, mais aussi d'éviter la réponse linéaire à ses besoins, la standardisation des pratiques professionnelles aux dépens de la nécessaire innovation et création.

L'évolution de la population décrite plus haut s'inscrit bien comme une nouvelle donnée à prendre en compte pour le directeur et ses collaborateurs. Si elle se caractérise par plusieurs traits marquants comme la plus grande diversité des situations de handicap, l'augmentation du niveau d'efficience intellectuelle des jeunes en particulier de ceux qui sortent de CLIS et d'UPI, la réduction globale du temps de prise en charge de la personne impliquant pour le professionnel une autre gestion de la temporalité, cette évolution de la population ne peut manquer d'interroger les prestations proposées aux usagers.

Ceci à fortiori dans le cadre d'un accompagnement éducatif qui se doit d'être adapté aux difficultés mais aussi et surtout aux compétences des enfants et des adolescents comme nous y invitent les orientations actuelles des politiques publiques.

Celles-ci développent en effet, depuis la Loi du 02 janvier 2002, une pluralité de logiques :

- une logique de projet garantissant la qualité du service rendu, projets soumis à évaluation interne et externe;
- une logique de contractualisation de l'action avec les usagers notamment par le biais d'outils nouveaux tels que le contrat de séjour ;
- une logique de professionnalisation afin d'augmenter la qualification et les compétences des acteurs de l'action sociale et médico-sociale.

2 REGARDS SUR L'ASSOCIATION GESTIONNAIRE ET L'ETABLISSEMENT

Cette évolution de la population ne peut manquer de questionner les réalités de mon terrain professionnel dans la mesure où elle met en relief un certain nombre de points de force et de ressource mais aussi de fragilité et d'incertitude.

2.1 L'Association Gestionnaire : une logique de protection de l'usager.

La conception qu'à l'Association de la prise en charge de la personne handicapée mentale s'appuie, comme je me propose de le développer maintenant, sur une logique de protection de l'usager. Si celle-ci est légitime, elle présente l'écueil de se faire parfois au détriment des dimensions d'ouverture sur le monde extérieur et d'insertion sociale.

2.1.1 Une Association de parents.

Association relevant de la Loi 1901, affiliée à l'UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents et Amis des Personnes Handicapées Mentales), l'Oeuvre Familiale de Défense et de Protection de l'Enfance Déficiante Mentale est une Association de parents. Les derniers statuts en date du 26 novembre 1993 précisent notamment à l'Article 18 que: «Le Président de l'Association doit être parent d'un enfant ou d'un adulte handicapé » L'Association emploie 205 salariés et gère 7 établissements ou services situés dans la même ville, pour une capacité de prise en charge de 300 usagers.

Ceci se matérialise pour le secteur enfant par un I.M.E de 120 places auquel est rattaché un S.E.S.S.A.D de 10 places et pour le secteur adulte par 5 structures qui sont successivement un E.S.A.T de 105 places auquel est rattaché un Foyer d'hébergement de 25 places, un Foyer occupationnel de 40 places, une Entreprise Adaptée de 10 places et enfin un F.A.M (Foyer d'Accueil Médicalisé) de 25 places.

Il existe ainsi une configuration géographique particulière de l'Association dans la mesure où celle-ci a fait le choix d'avoir son siège social sur le même site que 3 de ses établissements à savoir, l'I.M.E, l'E.S.A.T et le F.A.M. Cette réalité de terrain n'est pas sans influencer sur l'offre de service proposée à l'usager comme je l'aborderai plus loin.

Comme toute structure, l'Association gestionnaire s'inscrit dans une histoire et dans le cas présent de bientôt un demi siècle compte tenu de la date de création de son premier établissement, l'I.M.E en 1958. La naissance de l'Association prend racine aussi dans un contexte, celui de la base militaire de Salon de Provence réputée pour son école de formation des pilotes. En effet, le père fondateur de l'Association est un ancien colonel de l'Armée de l'Air, parent d'un enfant déficient intellectuel qui avec d'autres parents,

s'étaient vus refuser en 1958 la scolarisation de leur enfant dans une classe ordinaire de l'Education Nationale.

En réponse à ce refus et devant je cite, « la lenteur prise par l'administration à avaliser notre projet de création d'une structure d'accueil pour nos enfants, nous décidâmes avec les parents les plus déterminés pour mener ce combat, de passer à l'action »³⁸.

C'est donc une véritable « déclaration de guerre » que ce colonel lança avec ses hommes à l'administration de l'époque. Les militaires étant souvent formés à développer une capacité à l'auto-organisation, ils ont fourni durant les premières années de fonctionnement de l'établissement aussi bien le matériel nécessaire à la prise en charge des usagers (mobilier, fournitures diverses) que du personnel pour l'encadrement. Ces derniers ont par ailleurs avec le soutien des familles et la participation des usagers, construit une partie des bâtiments actuels.

Si cette démarche qui reposait sur le volontariat et « l'élan du cœur », a pu accélérer l'ouverture de l'établissement, elle n'a pas été sans conséquences pendant de nombreuses années et encore aujourd'hui sur le fonctionnement de l'I.M.E.

En effet, cette capacité à s'auto-organiser évoquée ci-dessus a pu faire oublier aux membres fondateurs de l'Association gestionnaire la nécessité de professionnaliser la prise en charge des usagers par la présentation aux Autorités de Tarification et de Contrôle, de projets permettant de doter sur le long terme l'établissement en moyens humains et financiers. Sur le plan de la gestion financière par exemple, en construisant en interne une partie des bâtiments, la section d'investissement de l'établissement a été de fait fortement fragilisée durant de nombreuses années par une absence de dotation aux amortissements des immobilisations corporelles et de provision pour dépréciation de ces mêmes immobilisations.

2.1.2 Une absence de projet associatif.

Compte tenu des évolutions importantes que connaît actuellement le secteur social et médico-social sur le plan législatif et budgétaire suite entre autres, à la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale³⁹, l'Association gestionnaire connaît actuellement des difficultés à se maintenir à la croisée des 2 axes que constituent les dimensions, politique et stratégique. Ceci est renforcé par la complexité des situations

³⁸ Propos recueillis en décembre 2006 auprès du fondateur de l'Association des Papillons Blancs de Salon de Provence, aujourd'hui âgé de 79 ans.

³⁹ Loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002, option précitée n°2, p.2

rencontrées sur le terrain en matière par exemple de gestion du personnel (judiciarisation de la société, modification des règles et du temps de travail) ou de gestion financière (restriction budgétaire, notion d'enveloppe limitative opposable...).

Pouvant être qualifiée, si l'on se réfère à J.AFCHAIN⁴⁰, d'Association gestionnaire plusieurs facteurs concourent de fait à la fragiliser :

- le vieillissement des administrateurs ;
- l'absence de projet associatif ;
- un déséquilibre important concernant la représentativité au niveau des instances de l'Association (Conseil d'administration et Bureau), des familles des usagers reçus dans les divers établissements ;
- l'absence de représentants du monde civil au sein de l'Association et d'une culture des cadres des différents établissements qu'elle gère. L'ensemble du personnel ayant un statut de cadre dans l'Association représente 18 salariés dont 12 cadres décisionnels et 6 fonctionnels.

Compte tenu de la dimension familiale de l'Association, il existe par ailleurs au sein de celle-ci une charge affective plus ou moins importante avec le risque pour certains adhérents de personnaliser leur fonction « au point de faire bénéficier l'Association de leur notabilité, de leur réseau de relations et de leur crédit personnel, mais au point aussi de rendre tout renouvellement des bénévoles dirigeants impossible et de réduire la réflexion associative à la perception qu'ils ont des besoins des personnes handicapées »⁴¹ et plus particulièrement de leur propre enfant.

De plus, on peut noter que l'Association n'a pas anticipé sur l'évolution des attentes des nouvelles générations de parents d'enfants handicapés et n'a pas su préparer sa relève. « Dans ces Associations, les valeurs sont occultées par la personnalisation de la direction de l'Association et son assimilation aux pères fondateurs. Elles ne peuvent plus mobiliser les adhérents et répondre à leurs besoins d'identité »⁴².

L'action associative semble s'être structurée au coup par coup, sans réflexion anticipatrice et à fortiori sans projet associatif. La perte de militantisme de ses membres est d'autant plus réelle qu'il y a une absence de projet et que les instances de l'Association ont d'importantes difficultés à intégrer les parents des usagers récemment pris en charge dans un de leur établissement et en l'occurrence à l'IME.

Celui-ci apparaît d'autant plus comme « le parent pauvre » de la réflexion des membres de l'Association gestionnaire que leurs préoccupations concernent plutôt le devenir de

⁴⁰ AFCHAIN J. Les Associations d'Action Sociale : outils d'analyse et d'intervention, Paris. Dunod, 2001, p 270.

⁴¹ UNAPEI. Etude IMPRO, 1995, p.35

⁴² Ibid., p.37

leur enfant qui après avoir été pris en charge par l'I.M.E est aujourd'hui soit un adulte travaillant à l'E.S.A.T soit un usager pris en charge au Foyer d'Accueil Médicalisé en raison de la dégradation de son état de santé.

Cela pose d'une position de directeur, en dehors de la question de la pérennité de l'Association, le problème plus délicat de la représentativité des familles et de la prise en compte des besoins des usagers de l'IME.

On comprend de fait mieux, la difficulté qu'il y a pour des parents à adhérer à une ou des idées quand celles-ci ne sont pas connues, explicitées, ne font pas l'objet d'une diffusion. Concernant le projet et comme l'écrivent à juste titre J.HOUDIN et F. PLAZANET⁴³ : « Ainsi il est très difficile pour un établissement de concevoir et rédiger un projet d'établissement ou de service si l'Association gestionnaire, la collectivité ou la direction générale ne se sont pas elles-mêmes dotées d'un projet associatif ou général, solide et médiatisé. C'est-à-dire un document mis à disposition allant plus loin que les seuls statuts associatifs, un règlement intérieur ou une charte associative, mettant en avant des valeurs trop souvent floues ou évidentes. »

L'absence de projet associatif ne peut de mon point de vue, que rendre plus difficile le travail du directeur dans son établissement et tendre à amoindrir la portée des actions menées en interne mais aussi à l'externe. Ceci nuit de plus à l'image de l'Association auprès des instances de financement et de contrôle même si elle répond aux besoins de prise en charge des personnes handicapées repérés dans le cadre du schéma départemental.

2.1.3 Une prise en charge de l'usager dans la durée.

Si l'Association gestionnaire n'est pas dotée d'un projet formalisé, elle n'en possède pas moins comme toute structure relevant de la Loi 1901, des statuts. Ainsi, les missions de l'Association telles qu'elles sont définies dans ce document sont entre autres :

-« D'assurer l'avenir et le devenir des enfants et adultes handicapés mentaux par des actions d'intégration, de socialisation favorisant leur autonomie et leur insertion professionnelle » ;

-« De venir en aide aux familles en leur apportant un appui moral et matériel, en les incitant à participer aux diverses actions de l'Association » ;

⁴³ HOUDIN J., PLAZANET F. La stratégie : Le jeu du directeur. Revue Management, mai 2001, n°4, p.5

-« De répondre aux besoins des enfants, adolescents et adultes au fur et à mesure que ceux-ci se présentent par des projets adaptés. »

Cette dimension de prise en charge dans la durée est à mettre en lien avec le vieillissement des personnes handicapées mentales qui nécessite la mise en œuvre de nouveaux dispositifs de prise en charge⁴⁴. Elle est d'autant plus légitime que beaucoup de parents d'usagers, en particulier de l'E.S.A.T, sont eux-mêmes vieillissants.

Enfin, cette dimension est importante pour de nombreuses familles que je reçois en entretien lorsqu'il s'agit d'aborder la question de l'orientation de leur enfant, dans la mesure où elle réactive pour beaucoup d'entre elles, une souffrance mais aussi une forte inquiétude quant à l'avenir, à «l'après» I.M.E.

Le dispositif de prise en charge de l'utilisateur proposé par L'Association gestionnaire et mis en œuvre par les professionnels des différentes structures, repose ainsi sur une logique que j'ai qualifié de « protectrice ». Logique dont le moins que l'on puisse dire est qu'elle est en contradiction avec certaines des missions de l'Association telles qu'énoncées précédemment et qu'elle tend à inscrire l'utilisateur dans une voie tracée comme je l'aborderai en évoquant plus loin le risque d'effet filière.

2.2 L'I.M.E "Les Cyprès" : une logique d'établissement.

Après l'Association gestionnaire, une autre dimension est à interroger. Il s'agit de mon terrain professionnel dont le fonctionnement et l'organisation ne sont pas sans incidences sur l'offre de service et la prise en charge de l'utilisateur.

2.2.1 Cadre historique et législatif.

En janvier 1959, l'Institut Médico-Pédagogique est créé pour 20 garçons et filles, déficients intellectuels âgés de 5 à 14 ans (Arrêté Préfectoral en date du 5 janvier 1959). L'extension de la capacité d'accueil de l'I.M.P de 20 à 45 places est réalisée en 1962. Deux ans plus tard en 1964, l'Institut Médico-Professionnel ouvre et reçoit 55 adolescents, filles et garçons de 14 à 20 ans.

⁴⁴ Le foyer d'accueil médicalisé est un de ces dispositifs de prise en charge pour les adultes handicapés vieillissants. Ainsi le nombre de places dans ce type d'établissement est passé sur le plan national de 6286 en 1998 à 10551 en 2005 soit une augmentation en masse de 4265 places et en pourcentage de 67,84%. Ce

En 1971, un internat pour 20 garçons de 8 à 20 ans vient compléter le dispositif de prise en charge. Rattaché à l'I.M.E, un S.E.S.S.A.D pour 10 garçons et filles présentant des déficiences intellectuelles ou des troubles du caractère et du comportement est mis en place en 1993.

Un nouvel Arrêté Préfectoral⁴⁵ en date du 26 avril 1993 définit l'organisation de l'I.M.E en 3 Sections et un service pour une capacité totale d'accueil de 130 places dont 20 places en internat (à partir de 1995, la structure d'internat devient mixte et reçoit 15 garçons et 5 filles) et 10 places en S.E.S.S.A.D se répartissant comme suit :

- 100 places pour l'accueil de jeunes, garçons et filles de 6 à 20 ans, déficients intellectuels légers à moyens.
- 30 places pour l'accueil de jeunes, garçons et filles de 6 à 20 ans présentant un retard mental profond avec troubles associés.

L'I.M.E est un établissement relevant du secteur médico-social dont la définition même est de regrouper un Institut Médico Pédagogique et un Institut Médico Professionnel.

Il a pour cadre légal et réglementaire les Annexes XXIV du décret 9 mars 1959 modifié en 1989 et la récente Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui vient de modifier en profondeur la Loi de 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

L'autorité de tarification et de contrôle est la D.D.A.S.S (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) des Bouches du Rhône. Concernant le financement de l'établissement, le prix de journée est fixé par le Préfet et pris en charge par l'organisme de Sécurité Sociale dont relève l'enfant : CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), MSA (Mutuelle Sociale Agricole), SNCF (Société Nationale des Chemins de Fer).

Le personnel de l'établissement est régi par la Convention Collective Nationale du Travail du 15 mars 1966.  budget est établi conformément aux nouvelles modalités de gestion budgétaire prévues par la Loi du 2 janvier 2002⁴⁶.

L'orientation de l'usager âgé de 6 à 20 ans est réalisée par la C.D.A.P.H. Son maintien à l'I.M.E au-delà de l'âge de 20 ans est effectué au titre de l'amendement CRETON⁴⁷.

qui souligne l'importance de ce phénomène du vieillissement des adultes handicapés et donc la nécessité de prendre en compte ces nouveaux besoins. (Source : DRASS. Enquête ES –FINESS, données au 01.01.2005)

⁴⁵ L'autorisation de fonctionner a été délivrée par le Préfet en conformité avec l'article 11 de la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁴⁶ Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Titre IV, chapitre I, Articles 120 à 124).

⁴⁷ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 modifiée par la Loi n°89-18 du 1 janvier 1989 (Article 22).

2.2.2 Spécificités et modalités de fonctionnement de l'établissement.

Une capacité d'accueil de 130 places, l'I.M.E fonctionne de 203 à 207 jours par année civile. La prise en charge des jeunes pour le semi-internat (100 places) et le S.E.S.S.A.D (10 places) est assurée du lundi au vendredi de 9h00 à 16h30 et pour l'internat (20 places) du lundi soir au jeudi matin. Le secteur de recrutement de l'établissement s'étend de Salon de Provence au nord par la limite du département du Vaucluse, à l'ouest par la limite du département du Gard, à l'est jusqu'à Aix en Provence et au sud par la limite de l'étang de Berre.

Le transport des enfants, adolescents et jeunes adultes est assuré conformément aux Annexes XXIV par l'établissement. L'admission prononcée par le responsable de l'établissement, suite à la réception de la notification d'orientation de la C.D.A.P.H, se fait sur avis du médecin psychiatre et du médecin pédiatre de l'I.M.E.

Compte tenu de l'agrément de l'établissement, de ses moyens tant matériels qu'humains⁴⁸, les enfants présentant une déficience mentale sévère ou profonde associée à une déficience motrice entraînant une réduction extrême de l'autonomie (enfant polyhandicapé relevant des Annexes XXIV ter) ne peuvent être admis dans l'établissement. L'admission d'un enfant à l'I.M.E comme sa sortie de l'établissement ne sont pas soumises à l'accord de l'Association gestionnaire.

Une des particularités de l'établissement est de posséder en son sein une véritable école suite à la convention entre l'Education Nationale et l'établissement signée en 1962. Cette même convention est relative à la mise à disposition de 7 instituteurs spécialisés titulaires du CAPA-SH (Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides spécialisées, les enseignements adaptés et la Scolarisation des élèves en situation de Handicap)⁴⁹ et à la Direction de l'établissement. Celle-ci ne peut être assurée que par un professionnel titulaire du D.D.E.E.A.S (Diplôme de Directeur d'Etablissement d'Enseignement Adapté et Spécialisé).

Les avantages de cette convention signée avec l'Education Nationale n'ont pas été négligeables à l'époque sur un plan financier par la diminution qu'elle a entraîné sur le compte de charges de personnel.

En effet, ce sont 8 salaires dont celui de la direction qui n'étaient pas pris en charge par le budget de l'établissement lors de la création de la structure. Un des impacts les plus importants de la signature de cette convention a sans aucun doute été de conférer à

⁴⁸ Annexe II : Le plateau technique de l'établissement au 31/12/2006.

⁴⁹ Le CAPA-SH remplace depuis le 5 janvier 2004, le CAPSAIS (Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides Spécialisées) suite au décret n°2004-13 et à l'arrêté du 5 janvier 2004. Circulaire n°2004-103 du 24 juin 2004.

l'I.M.E une image de sérieux et de respectabilité aux yeux des familles des usagers. La mise en avant de la dimension pédagogique a eu toutefois l'inconvénient majeur de faire passer au second plan celles d'éducation et de soin attachées à ce type d'établissement.

S'il n'est pas dans mon intention, dans le cadre de cet écrit, de remettre en cause la présence de l'école dans l'établissement⁵⁰, présence qui aux yeux des familles des usagers est plutôt rassurante, je pense toutefois que cette scolarisation en interne a entraîné un fort phénomène de repli de l'établissement sur lui-même.

Aussi, ce qui me paraît aujourd'hui le plus préjudiciable au fonctionnement institutionnel est, compte tenu de l'évolution de la population, que cette réalité de terrain qui a plus de 40 ans d'existence, a façonné parmi l'équipe des modalités de travail peu ouvertes sur le monde extérieur et sur l'idée de partenariat.

Force est de constater que les notions d'intégration scolaire comme celle d'insertion sociale et professionnelle bien que partagées sur le plan théorique par une partie de l'équipe, ne trouvent donc pas ou peu à s'exprimer dans la réalité. La culture institutionnelle apparaît ainsi plutôt ancrée dans le passé que tournée vers l'avenir.

Par ailleurs et en raison de la localisation géographique de l'établissement qui est situé au nord du département des Bouches du Rhône, de la taille même du département⁵¹ et de l'importance du secteur du recrutement de l'I.M.E, le temps de transport de l'utilisateur, domicile des parents/établissement et vice versa, peut varier en durée de 30 minutes à 3h30 par jour. Si la ligne « transports » représente le deuxième poste budgétaire après les charges du personnel, la durée des trajets est une donnée qui n'est pas sans conséquences sur la qualité de la prise de l'utilisateur.

Ceci constitue un point de fragilité important de l'établissement, d'autant plus que l'utilisateur dont il est question, est réputé selon l'expression utilisée dans le jargon du secteur médico-social « être en difficulté, en souffrance » et que les orientations des politiques publiques nous rappellent à juste titre, la nécessité que l'utilisateur soit toujours au centre du dispositif. Ce point que je développerai dans la troisième partie de mon mémoire, renvoie enfin au positionnement éthique du directeur comme étant le garant que l'intérêt et le bien-être de l'utilisateur doivent être prioritaires face aux réalités et aux fonctionnements institutionnels.

⁵⁰ Annexe III : L'enseignement scolaire dans les établissements du secteur médico-social.

⁵¹ Données INSEE pour l'année 2005 : population = 1.845.719 habitants, superficie= 5087 km².

2.2.3 Les objectifs généraux de la prise en charge.

L'I.M.E est défini dans le projet d'établissement « comme un lieu de soin, d'éducation et d'enseignement. » Les objectifs généraux tel qu'énoncés dans ce document qui vient de faire l'objet d'une réactualisation pour répondre aux obligations de mise en conformité énoncées par la Loi du 2 janvier 2002, sont d'augmenter la capacité de l'enfant et de l'adolescent :

- à faire seul un certain nombre d'actions concrètes dans l'espace et le temps ;
- à établir des relations harmonieuses avec les autres ;
- à respecter les procédures et les conventions sociales ;
- à adapter ses conduites à différentes situations prévisibles ou non.

Conformément aux Annexes XXIV⁵², les missions de l'I.M.E sont éducatives et thérapeutiques, pédagogiques et sociales ainsi que de préparation à l'insertion sociale et professionnelle.

C'est à travers le projet individualisé  le partenariat avec la famille que ces objectifs généraux prennent tout leur sens comme le souligne l'Article 3 de ces mêmes Annexes qui fait obligation aux établissements :

- de promouvoir « une approche unifiée de l'enfant ou de l'adolescent se traduisant par l'élaboration d'un projet éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisé auquel participe l'ensemble des personnels » ;
- d'inscrire leurs actions de façon partenariale avec la famille qui « doit être associée autant qu'il est possible à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet personnalisé de son enfant. »

Comme le rappelle la circulaire⁵³ d'application de l'Annexe XXIV, « L'éducation spéciale a pour but de répondre, après les avoir reconnus aux besoins communs à tout enfant. Elle doit tenir compte des différentes étapes qui modulent le développement de l'enfant. »

Pour BRAZELTON.T.B et GREENSPANN.S.I.⁵⁴, il existe 7 besoins fondamentaux participant au développement de l'enfant :

- le besoin de relations chaleureuses et stables ;
- le besoin de protection physique, de sécurité et de régulation ;
- le besoin de situations prenant en compte les différences individuelles ;
- le besoin d'expériences adaptées au développement ;

⁵² Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989, option précitée n°1, p.1

⁵³ Circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989, p.119, option précitée n° 22, p.14

⁵⁴ BRAZELTON T.B., GREENSPANN S.I.Ce dont chaque enfant a besoin, Marabout 2004, pp.185-187

- le besoin de limites, de structures et d'attention ;
- le besoin d'une communauté stable, de son soutien et de sa culture ;
- le besoin de protection de son avenir.

A partir des 3 axes du projet d'établissement que sont le soin, l'éducation et l'enseignement, l'I.M.E regroupe 3 unités appelées sections et se présente de la façon suivante :

- une section de 32 places pour garçons et filles déficients intellectuels légers à moyens âgés de 6 à 14 ans dont 5 internes et 27 semi-internes ;
- une section de 30 places pour garçons et filles, déficients intellectuels présentant un retard mental profond avec troubles associés, âgés de 6 à 20 ans dont 5 internes et 25 semi-internes ;
- une section d'initiation et de première formation professionnelle de 58 places pour garçons et filles, déficients intellectuels légers à moyens, âgés de 14 à 20 ans dont 10 internes et 48 semi-internes.

Pour les 3 sections précédemment citées, l'établissement organise une prise en charge basée sur :

- des activités éducatives reposant sur des activités d'apprentissage de l'autonomie, de socialisation, des activités physiques et récréatives (piscine, escalade, équitation, randonnée pédestre) ;
- des activités pré-professionnelles et de préapprentissage à partir d'ateliers techniques (Employé Technique de Collectivité, Entretien des Locaux et du Linge, Menuiserie, Espaces Verts, Cuisine et Restauration, Polyvalence, Peinture et Bâtiment) ;
- des activités pédagogiques portant sur l'apprentissage de la lecture, de l'écriture, du calcul (L'enseignement regroupe 6 classes dont 4 classes correspondant au cycle des apprentissages premiers et 2 classes au cycle des apprentissages fondamentaux) ;
- des actions thérapeutiques axées sur des rééducations individuelles ou de groupe en psychomotricité et en orthophonie, des suivis psychologiques ou psychothérapeutiques, des suivis médicaux réguliers (kinésithérapie, traitements, soins).

Une convention a par ailleurs été signée entre l'I.M.E et la C.R.A.M (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) en 1996, relative à la prise en charge financière de vacations pour la kinésithérapie (rééducations réalisées dans l'établissement pour des jeunes internes ou semi-internes).

2.3 Les points de force et de fragilité de l'établissement

Comme toute structure relevant du secteur social et médico-social, l'I.M.E dispose sur le plan matériel, financier et humain, comme je vais le développer maintenant, d'un certain nombre d'atouts mais présente aussi des points de faiblesse.

2.3.1 Un cadre institutionnel verdoyant et rassurant

L'établissement étant situé en zone rurale, à 3 km au sud ouest d'une ville de 45 000 H environ, il bénéficie d'un cadre verdoyant. Il a été en effet construit en 1958 dans un espace à l'époque essentiellement agricole et devenu aujourd'hui résidentiel. Partageant avec 2 autres structures gérées par la même Association un parc de 7 hectares, composé de grandes prairies arborées, l'établissement séduit le visiteur et plus particulièrement les familles des usagers lors des visites d'admission. Ceci constitue sans aucun doute un point fort de la structure dans la mesure où la situation géographique d'un établissement situé de surcroît dans le sud de la France peut à elle seule être vue comme ne pouvant être que bénéfique pour l'utilisateur et plus particulièrement pour sa santé.

Si l'environnement naturel n'est pas sans influences et sans conséquences sur le développement de l'enfant, cette conception « hygiéniste » de la prise en charge héritée des années d'après le premier conflit mondial n'a fort heureusement plus cours aujourd'hui dans la mesure où cette « mise au vert » des individus, visait aussi à les éloigner voire à les exclure de toute vie sociale.

A l'inverse, les politiques publiques tendent à juste titre depuis plus de trente ans à partir de la Loi de 1975 entre autres, à réaliser le mouvement inverse d'intégration et d'inclusion des individus en difficulté vers le tissu social ordinaire.

Si le cadre verdoyant entourant l'établissement séduit comme je l'écris plus haut, familles d'usagers, visiteurs ou professionnels et permet de mener des activités sportives et récréatives utilisant et s'appuyant directement sur le milieu naturel, cette implantation géographique ne va pas sans générer et poser quelques problèmes de fonctionnement institutionnel.

En effet la situation de l'établissement en zone rurale ne facilite pas pour les usagers le nécessaire apprentissage de l'autonomie dans les déplacements en particulier en direction du milieu urbain. Ceci est renforcé par l'absence de desserte de transports en commun et ce, malgré le fait que l'Association gestionnaire assure la prise en charge sur un même site de 280 usagers. Ainsi et pour revenir au fonctionnement institutionnel concernant par exemple, la mise en stage des jeunes de l'IMPro qui représente environ 1000 journées par an, celle-ci relève parfois de montages compliqués tant au niveau de l'accompagnement éducatif que des articulations horaires.

Compte tenu de l'évolution de la population qui tend à amplifier et à accélérer la mise en stage, il me paraît important de ne pas occulter cette dimension. Celle-ci a de fait une influence sur la dynamique institutionnelle et sur les pratiques à l'œuvre au regard de l'insertion professionnelle. En effet, une des conséquences les plus directes des complications qu'entraîne inmanquablement l'isolement de l'établissement par rapport à la mise en stage des usagers peut être de réduire celle-ci à l'établissement le plus proche qui est en l'occurrence l'E.S.AT géré par l'Association sur le même site et qui est distant de seulement quelques centaines de mètres de l'I.M.E.

Cette tendance à fonctionner à l'économie, au plus simple et au plus facile, existe dans l'établissement et nécessite de rester vigilant. En effet, si je me réfère au nombre de journées de stages réalisées chaque année par les usagers, j'observe une part importante et croissante de celles-ci à l'E.S.A.T de l'ordre de 40% en moyenne.

Lorsque le niveau fonctionnel de l'institution et la dimension organisationnelle de la prise en charge prennent le dessus sur le projet individualisé de l'utilisateur, la cohérence et la pertinence de l'offre de service sont mises à mal. La responsabilité du professionnel, de l'équipe, du directeur, cette « responsabilité au visage de l'autre » selon l'expression du philosophe allemand HANS JONAS⁵⁵, ne peut être à ce moment là qu'engagée, à des niveaux certes différents, mais bien réels.

2.3.2 Quand ancienneté professionnelle rime avec expérience mais aussi usure.

Dans le secteur social et médico-social, l'outil de travail humain (le personnel) est prépondérant par rapport à l'outil de travail matériel (les immobilisations). Le coût de l'utilisation de l'outil de travail humain est par ailleurs souvent élevé (70 à 80% du budget sont consacrés aux rémunérations, aux charges sociales et fiscales).

Comme dans de nombreux Instituts Médico-Educatifs, si je me réfère aux résultats de l'étude du CREDOC⁵⁶, l'ancienneté du personnel est une donnée non négligeable à prendre en compte et souvent dans le même établissement. En ce qui concerne mon terrain professionnel, l'ancienneté moyenne du personnel⁵⁷ est de 12,6 ans. Ce ratio est légèrement supérieur à l'ancienneté moyenne du personnel travaillant dans le secteur de l'enfance et de l'adolescence handicapées qui est de 12,2 ans, chiffre déjà important si l'on se réfère aux autres secteurs d'activités de la branche associative sanitaire, sociale et

⁵⁵ JONAS H. Le Principe Responsabilité, 1979, Collection Champs Flammarion, 1998.

⁵⁶ CREDOC. Enquête-établissement 2001, ASH du 07 mai 2004, pp 26-27.

⁵⁷ Annexe IV, tableau n° 1 : Moyennes de l'âge et de l'ancienneté du personnel.

médico-sociale à but non lucratif⁵⁸. Il existe ainsi comme le montre l'étude citée, un vieillissement des équipes dans le secteur social et médico-social. Dans l'établissement, les professionnels se renouvelant peu, la pyramide des âges est peu équilibrée.

Même si cela résulte de causes différentes (féminisation, difficultés économiques, proximité de la famille, convention collective, absence d'actualisation des connaissances) l'étude fait apparaître au sein des équipes la même absence de renouvellement que dans les conseils d'administration des associations gestionnaires.

Comme on peut le lire, dans le document de l'UNAPEI⁵⁹ précédemment cité, « Cette ancienneté et ce vieillissement se sont rarement révélés être des atouts. En effet, la plupart des personnels paraissent usés, leurs connaissances n'ont pas évolué. La formation de base des équipes éducatives, centrée sur la relation, ne leur a pas fournies les outils pour prendre le recul nécessaire par rapport aux personnes handicapées qu'elles prennent en charge. »

Il existe ainsi un double écueil dans la relation éducative, relation qui peut être à dominante fusionnelle, gommant toute distance critique entre l'adulte et le jeune ou à dominante mimétique, cette deuxième tendance se surajoutant généralement à la première. J'ai pu observer ainsi dans l'établissement que le professionnel vivant au rythme des jeunes présentant une déficience intellectuelle moyenne à profonde, dans la répétition et le rituel, pouvait finir par perdre toute référence à la norme sociale. Je pense que ce phénomène d'usure peut menacer une équipe voire un établissement dans leur fonctionnement et donc à fortiori nuire à la qualité de l'offre de service.

En effet et comme l'écrit à juste titre J.R LOUBAT, « De nombreux conflits, traversant actuellement des établissements, se jouent ainsi sur une fracture générationnelle, non pas que l'âge constitue en soi un facteur d'inertie car l'expérience représente un capital précieux, mais que des phénomènes d'usure se mettent à frapper des professionnels devenus parfois désabusés. »⁶⁰

L'évolution de la population et ce qui plus précisément la caractérise en terme d'attitudes et de comportements, entraîne ainsi pour de nombreux opérateurs de la prise en charge :

- un sentiment de dépassement voire de découragement, en particulier du personnel éducatif sur lequel repose une part importante du temps de l'accompagnement de l'utilisateur (en moyenne 70% sur une journée de 7H30), devant les difficultés à gérer les différentes facettes de la complexité⁶¹ (complexité des étiologies, complexité de

⁵⁸ Ibid, option n°56 précitée p.37

⁵⁹ UNAPEI : Etude I.M.Pro, janvier 1995, 53 p, p 39.

⁶⁰ LOUBAT J R. Manager les compétences. Les enjeux. Les Cahiers de l'Actif n° 338/341, p.50

⁶¹ PAPAY J, option précitée n°23, p.15.

l'organisation et du fonctionnement interne, complexité de l'environnement et des interactions avec les acteurs extérieurs) ;

- une difficulté à individualiser la prise en charge de l'usager ou à gérer le groupe compte tenu de l'élévation du niveau de compétences des individus qui le composent.

Ces difficultés sont d'autant plus aiguës que les professionnels sont pour certains régulièrement confrontés aux refus de jeunes de participer à l'activité proposée. D'autres personnels ayant toujours travaillé avec des usagers présentant une déficience intellectuelle moyenne à profonde, n'ayant pas d'autres expériences professionnelles (pour plus de 60% du personnel éducatif, il s'agit de leur première expérience de travail post diplôme) ont du mal à se positionner face à ces « nouveaux usagers ». Actuellement dans l'établissement, ce phénomène d'usure se traduit entre autres et aussi par une augmentation régulière du nombre de jours d'absence du personnel.⁶²

Où puiser, dans ce contexte, des réponses aux phénomènes d'usure et de démobilisation d'une partie du personnel de l'établissement ?

Si la réponse à cette question est complexe, mon expérience professionnelle de cadre de direction m'a amené à constater que ce phénomène se développe d'autant plus quand les salariés ne sont plus acteurs dans leurs pratiques mais de simples exécutants.

2.3.3 Du personnel qualifié mais des compétences souvent obsolètes

Si le personnel de l'I.M.E est qualifié à plus de 95%, ce qui est un atout non négligeable dans le cadre de la prise en charge des usagers, en revanche, une fois acquis le diplôme nécessaire à l'exercice de la fonction, les compétences des personnels⁶³ évoluent peu. Aussi les écarts entre les compétences acquises et les compétences requises compte tenu de l'évolution du public reçu, se sont-ils creusés au fur et à mesure des années par absence de politique de formation du personnel.

Je pense plus particulièrement à la prise en charge des jeunes présentant des troubles de la personnalité (traits autistiques ou psychotiques) qui, comme je l'ai indiqué dans l'étude de la population, sont de plus en plus nombreux et pour lesquels il est nécessaire de mettre en œuvre une certaine technicité.

⁶² Annexe IV, tableau n°2 : Evolution du nombre de jours d'absence par catégorie de personnel.

⁶³ Annexe IV, tableau n°3 : Evolution du nombre des salariés ayant demandé et /ou bénéficié d'une formation.

« Enfin, et c'est le plus important » comme l'écrit D.GENELOT⁶⁴ « le service repose en majeure partie sur des comportements humains. C'est ce qui en fait tout à la fois sa difficulté et sa fragilité, mais aussi son intérêt : le service n'est pas prédéterminé, c'est véritablement une oeuvre humaine. Devant les nombreux aléas qui l'assaillent, devant les comportements et les demandes imprévisibles du client, la personne qui fournit un service doit avoir l'intelligence de la situation, adapter son comportement, inventer des réponses, réorienter la demande du client, percevoir l'évolution de son besoin. »

De fait dans l'établissement, la formation n'est pas utilisée comme un outil au service de la gestion des ressources humaines. C'est un axe de la GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) qui me paraît à privilégier dans un poste de direction pour faire évoluer les compétences des professionnels.

2.3.4 Une équipe pluridisciplinaire mais cloisonnée

Une des premières observations qui peut être faite concerne l'organisation du travail qui a été fragilisée par le passage aux 35 heures en janvier 2000 suite à la Loi relative à la réduction du temps de travail⁶⁵. Le déficit d'échanges en équipe pluridisciplinaire qui était déjà auparavant une réalité institutionnelle pour l'I.M.E (3H00 de temps de réunion mensuelle), a été encore aggravé par la réduction du temps de travail et les choix qui ont été faits par l'employeur lors de la négociation de l'accord signé en juin 1999. Le temps de réunion est seulement aujourd'hui de 1H30 par mois pour les équipes éducatives de l'IMP et de 2H00 pour celles de l'IMPro.

Cette réduction du temps de réunion a renforcé le cloisonnement de l'équipe et comme l'écrit, J.MARIGNIER⁶⁶ n'est pas sans conséquences sur la prise en charge de l'utilisateur. « Tous les intervenants n'assistant pas aux réunions d'équipe hebdomadaires, certains d'entre eux sont parfois déconnectés des événements vécus, des décisions prises et de leur portée, bref d'informations qui leur permettraient de faire du lien entre leur pratique, le projet du service et le projet personnalisé des jeunes auprès desquels ils interviennent. »

⁶⁴ GENELOT D. Manager dans la complexité, réflexions à l'usage des dirigeants. Insep Consulting Editions, PARIS 2001, p.330.

⁶⁵ Loi n°2000-37 du 19 janvier 2000 relative à l'aménagement et à la réduction du temps de travail. L'accord ARTT est issu d'un accord de la branche sanitaire et médico-sociale à but non lucratif du 05 février 1999 et d'un accord relatif à la seule convention collective de 1966, du 12 mars 1999. Le protocole d'entreprise a été signé le 25 juin 1999.

⁶⁶ MARIGNIER J. Rénover l'organisation d'un I.M.E pour favoriser l'intégration de jeunes handicapés mentaux en milieu ordinaire. Mémoire CAFDES, ENSP, 2004, p.32.

Si la participation de l'ensemble de l'équipe est rendue plus difficile du fait des nouvelles modalités de répartition du temps de travail, le remplacement du personnel peut aussi entraîner une perte d'information, une rupture dans la circulation de l'information, un recentrage du professionnel sur le groupe éducatif au détriment de la dynamique collective et ainsi fragiliser le tissu institutionnel et rendre plus aléatoire le sentiment d'appartenance.

« Entre les congés annuels et trimestriels et les RTT, il y a moins de personnel disponible au même moment » note, Michel GAUDIN⁶⁷. « Ce qui nuit, en premier lieu, aux espaces d'élaboration et de rencontre entre les salariés, dans des métiers où le collectif est indispensable pour préserver un sens à l'action menée. »

Par ailleurs, compte tenu de l'hétérogénéité du personnel (personnel relevant du secteur privé et personnel de l'Education Nationale), il existe des variations importantes de temporalité de travail qui accentuent encore un peu plus le cloisonnement des équipes. En effet, cette temporalité n'est pas identique au niveau de la prise en charge des usagers :

-sur le plan annuel (144 jours de travail pour le personnel enseignant et 203 jours en moyenne pour le personnel de statut privé) ;

-sur le plan hebdomadaire (24 heures pour les enseignants, réparties sur le lundi, mardi, jeudi et vendredi ; 37 heures pour le personnel éducatif, réparties du lundi au vendredi).

Cette variation importante du temps de présence, entre le personnel pédagogique et éducatif complexifie d'autant plus l'organisation de la prise en charge de l'utilisateur que s'y ajoutent les temps partiels de travail du secteur médical et para-médical et que sont à prendre en compte les absences du personnel tous secteurs confondus et en particulier celles non remplacées du personnel de l'Education Nationale (hormis pour les absences de longue durée).

« Ainsi n'est-il pas rare d'observer » comme l'écrit C.BEAUCOURT⁶⁸ « l'existence de plannings différents selon les catégories de personnels, avec une absence de coordination et de concertation dans les prises en charge des patients. Ce désordre structuré n'est pas sans produire certaines formes de déresponsabilisation. »

Si la coopération entre les divers professionnels d'une institution est souvent posée comme une nécessité, mon expérience du terrain m'a aussi montré, qu'elle peut être aussitôt démentie par les faits, chaque spécialiste pouvant succomber au désir de penser que les progrès de l'utilisateur sont dus uniquement à la technique qu'il utilise. Sans parler

⁶⁷ GAUDIN M. Dossier réalisé par Marion LEOTOING. Mission : mobiliser le personnel. Revue Direction n°30, mai 2006, p.21

⁶⁸ BEAUCOURT C. Richesses et paradoxes du management dans les entreprises sociales. Les Cahiers de l'Actif n° 314-317, p 42.

pour autant de choc des cultures, il existe à l'I.M.E de fortes différences d'approches entre par exemple le secteur pédagogique et éducatif, entre le secteur médical et paramédical et ces deux derniers. Ainsi, il n'est pas rare de voir s'affronter dans l'établissement lors de temps formalisés ou non et ceci d'autant plus que l'évolution de la population bouscule les habitudes de travail, des représentations divergentes de l'utilisateur, de ses difficultés et de ses compétences en fonction de la discipline et de la formation dont les professionnels sont issus et des techniques qu'ils mettent en œuvre. Si ces échanges attestent de l'existence d'un débat au sein des équipes, signe d'une certaine richesse, ils peuvent et bien souvent le font, rigidifier le fonctionnement dans la mesure où chacun peut être tenté de camper sur ses positions.

Je partage l'idée émise par Patrick LEFEVRE qui établit une distinction entre la notion d'équipe et le travail en équipe. « L'équipe, concept englobant ou traduisant la différenciation, « l'équipe éducative », « l'équipe médicale », montre l'existence d'une représentation associée à une identité professionnelle, fondée sur la réalité d'un corps disciplinaire ou d'une catégorie d'acteurs réunis par une même qualité ou ayant une socialisation commune. Au sein d'une institution, elle est un élément de distinction, de communion, et /ou de collaboration. De l'équipe au travail d'équipe, un pas est à franchir qui conjugue pratique de l'engagement et responsabilisation des acteurs, [...]. Ce rapport, constant entre engagement individuel et contrôle collectif de l'action, garantit à l'utilisateur une prise en compte de ses besoins, de ses projets. »⁶⁹

Ce passage de l'équipe au travail d'équipe, à fortiori si elle est hétérogène comme dans l'établissement (personnel relevant du secteur privé et du secteur public), reste pour en faire régulièrement l'expérience un exercice difficile.

A cette étape de ma réflexion, je pense que plus que de gérer des ressources humaines, le directeur a à animer un collectif de professionnels. Dans sa relation à l'équipe, le directeur doit prendre en compte, utiliser, mettre en valeur la richesse du groupe due à l'hétérogénéité des parcours et des histoires individuelles, des compétences professionnelles. Il doit de plus mener cette action tout en gérant les dysfonctionnements, les contradictions, les tensions qui inévitablement traversent tout groupe, témoignant de sa vie propre et lui conférant une certaine coloration.

⁶⁹ LEFEVRE P. Guide de la fonction de Directeur d'établissement social et médico-social. Paris. Dunod, 1999, pp. 218-219.

2.3.5 Des pratiques professionnelles autocentrées et standardisées

L'offre de service actuelle repose à l'I.M.E sur une triple dimension : le soin, l'éducation et la pédagogie conformément au projet d'établissement. Elle est mise en œuvre par une équipe pluridisciplinaire composée de 46,16 ETP (Equivalent Temps Plein)⁷⁰. L'établissement propose aux usagers des prestations qui se déroulent alternativement sur des mi-temps de classe et d'activité éducative ou d'atelier pré-professionnel, mi-temps entrecoupés par des prises en charge thérapeutiques ou rééducatives.

Si chacune de ces dimensions, le soin, l'éducation et la pédagogie, requiert de la part des professionnels des compétences spécifiques, les obstacles principaux à la qualité des prestations proposées tiennent d'une part au fait que celles-ci sont souvent insuffisamment différenciées en fonction des besoins et attentes de chaque usager et d'autre part au fonctionnement cloisonné des équipes comme nous avons pu le voir précédemment, cloisonnement qui ne permet pas la cohérence des pratiques autour du projet individualisé. L'usager devant entrer dans un dispositif quasi standardisé, le risque est que l'organisation prime sur la réponse à ses besoins et ceci au détriment d'une prise en charge et d'un accompagnement individualisé de qualité.

L'évolution de la population avec ses traits les plus marquants (augmentation du niveau d'efficacité intellectuelle des usagers et réduction du temps de prise en charge) ne peut donc manquer d'interroger les prestations proposées aux usagers.

* Une prise en charge morcelée

Une des conséquences les plus manifestes des diverses variations de temporalité de travail du personnel comme je l'ai évoqué, est de fragiliser la prise en charge de l'usager par les nombreux découpages, ruptures et modifications qu'elle peut générer au quotidien. Sur une seule et même journée, le nombre d'intervenants ou de prises en charge différentes peut ainsi parfois varier de 2 à 6.

P.DUCALET et M. LAFORCADE évoquent dans un de leur ouvrage⁷¹ un risque majeur et défavorable au travail d'équipe dans les institutions sanitaires et sociales qu'ils nomment « la balkanisation des pouvoirs et des compétences. » Ils expliquent que tout établissement est en danger potentiel de morcellement de la prise en charge de l'usager. « Une nouvelle version de la malédiction de la tour de Babel est alors en marche, chaque professionnel mettant en avant son propre savoir disciplinaire, sa culture identitaire et au

⁷⁰ Annexe II : Le plateau technique de l'établissement.

⁷¹ P.DUCALET et M.LAFORCADE : Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, PARIS, Seli Arslan, 2000, 272p, p.68

bout du compte...sa propre langue. Chacun est souverain dans sa discipline et s'interdit d'empiéter sur celle des autres. Or toute connaissance partielle d'un individu est mutilante », écrivent ces deux auteurs.

Le morcellement de la prise en charge de l'utilisateur a été en partie accentué par l'effet ARTT (Aménagement et Réduction du Temps de Travail) qui a eu un impact important non seulement sur le cloisonnement des équipes, mais aussi sur les pratiques et les usagers.

En raison de la multiplicité des intervenants suite aux remplacements du personnel en congé (12 jours de congés supplémentaires ont été octroyés au personnel éducatif à plein temps suite à la mise en place de l'ARTT), il y a de fait une discontinuité dans la présence des adultes référents qui explique que les parents, ont parfois du mal à savoir avec quel professionnel a été leur enfant et la nature de l'activité pratiquée.

En effet, il existe souvent des écarts plus ou moins importants entre ce qui était prévu (l'emploi du temps individualisé de l'utilisateur) et ce qui est effectivement réalisé. L'utilisateur passe successivement d'une prise en charge à une autre, sans organisation préalable. C'est un point sur lequel j'insiste fréquemment lorsque j'anime par exemple une réunion d'équipe pour éviter la banalisation de tels phénomènes.

Ceci me paraît d'autant plus important à souligner que lors du bilan annuel de la prise en charge de l'enfant ou l'adolescent (réunion de synthèse), il est rarement fait l'analyse des conséquences de cette situation sur l'évolution de la personne.

S'il était prévu par exemple que l'utilisateur bénéficie d'un temps d'enseignement annuel de 300 heures et que dans la réalité il n'a pu bénéficier que de 200 heures en raison d'une absence d'un enseignant non remplacé, il me semble qu'une équipe ne peut en faire l'économie sans se tromper lourdement concernant l'évolution du jeune.

L'autre conséquence qui n'est pas sans poser d'interrogation sur le plan éthique pour un directeur d'établissement de services à la personne, est lorsque cette situation devient tellement fréquente, qu'elle se transforme peu à peu en une modalité de fonctionnement à laquelle l'utilisateur doit s'adapter.

* Une prise en charge standardisée.

La prise en charge de l'utilisateur en I.M.E compte tenu de la fragilité et de la malléabilité de la population que ce type de structure reçoit traditionnellement peut présenter d'autres écueils. Parmi ceux-ci, il en est deux qu'il me paraît important de relever.

Le premier concerne le fait que la déficience voire les difficultés que présente l'utilisateur, ne deviennent un alibi, justifiant une réponse institutionnelle à minima, réponse peu

ambitieuse en terme d'avenir pour la personne dédouanant le professionnel de toute responsabilité quant à ses actes.

Le second renvoie à tout ce qui s'apparente à une certaine forme de familiarité et d'infantilisation de l'utilisateur par le discours et par les propositions d'activités qui lui sont faites.

Si l'ancienneté professionnelle renvoie à l'expérience, elle peut aussi être génératrice d'immobilisme et de pratiques routinières. Elle a un impact sur l'engagement et l'implication des professionnels sur le terrain, sur leurs capacités à être créatifs et innovants dans ce qu'ils proposent. Si j'essaie autant que possible, d'aider équipes et professionnels à ne pas tomber dans les deux écueils précédemment cités, il est un fait que dans l'établissement, comme le souligne J.MARIGNIER⁷², « Les professionnels ont construit durant ces longues années de cohabitation, des habitudes de travail. Celles-ci, en favorisant une prévisibilité des rapports interpersonnels, constituent un des ingrédients de la sécurité des acteurs institutionnels. »

On peut par ailleurs s'interroger sur ce que j'appellerai les bénéfices secondaires pour le personnel à travailler dans un I.M.E du fait de la répartition horaire du temps de travail (9h00-16H30) et du nombre de semaines de congés (de 10 à 12 en moyenne).

Sans parler de fonctionnariat, il existe dans l'établissement une certaine tendance à fonctionner à l'économie.

Ce qui peut conduire à des pratiques peu innovantes mais à l'inverse redondantes, répétitives, à la mise en place d'activités que je qualifierai d'occupationnelles.

Au niveau éducatif et scolaire par exemple et ce malgré l'évolution de la population reçue en terme de compétences, l'outil informatique n'est pas utilisé et a fortiori tout ce qui à trait aux nouvelles technologies de communication comme Internet. Les pratiques professionnelles restent donc sur ce point très classiques et l'organisation de la prise en charge de l'utilisateur s'appuie sur la notion de groupe d'âge plus que de niveau. Ce qui entraîne qu'un jeune ayant plus de compétences sur le plan scolaire, ce qui est le cas bien souvent des usagers qui sortent de CLIS ou d'UPI, est dans le même groupe qu'un autre ayant plus de difficultés.

Par ailleurs, dans la mise en œuvre des activités, le niveau organisationnel prend le dessus le plus souvent sur les besoins particuliers de la personne. Ainsi, la grande majorité des jeunes sont, au niveau de la prise en charge pré-professionnelle, c'est-à-dire

⁷² J.MARIGNIER, p.33, option précitée n°66, p.40

à partir de l'âge de 14 ans, inscrits dans des ateliers sans concordance avec leurs attentes et leurs capacités.

L'individualisation de la prise en charge de l'utilisateur reste de fait très limitée dans la mesure où le cadre apparaît pré-établi et les moyens utilisés peu innovants. La référence à l'écrit reste en effet très dominante dans l'établissement sur le plan scolaire ou éducatif. Peu nombreux sont les professionnels qui utilisent par exemple l'audiovisuel ou des manifestations culturelles dans le cadre de leur travail. Parler de prise en charge standardisée, c'est aussi évoquer comme l'écrit Christel BEAUCOURT⁷³ « La perte du sens caché des choses » qui « peut conduire à un activisme dévorant (avec inefficacité) ou à l'absence d'espoir (avec désimplication. »

* Une prise en charge peu lisible et enfermante

Le cloisonnement des équipes évoqué précédemment n'est pas sans incidences sur l'articulation entre des espaces, l'espace de travail du professionnel et l'espace « à vivre » de l'utilisateur. D'une position de cadre et de responsable, il me semble difficile de faire l'économie d'une réflexion sur les deux articulations que sont celles de l'individuel et du collectif sur le plan du fonctionnement institutionnel et plus particulièrement dans la prise en charge de l'utilisateur. Cela me paraît essentiel, pour sauvegarder à la personne en difficulté sa zone de liberté face à l'emprise toujours possible d'une équipe pluridisciplinaire qui serait trop coordonnée.

En effet, au nom du projet individualisé élaboré par l'équipe et qui prévoit un nombre d'interventions parfois conséquent, j'ai pu observer qu'au niveau de l'établissement l'espace de l'utilisateur avait parfois tendance à se rétrécir au bénéfice de l'espace des professionnels qui « s'organisent », en fonction de leurs seules actions ou de leur emploi du temps de travail. Je pense en particulier et par exemple aux rencontres qui peuvent parfois s'enchaîner entre des professionnels et un même utilisateur en vue de la préparation de la réunion de synthèse.

La conduite du projet de l'utilisateur demande donc une vigilance de chaque instant sous peine de ne plus trouver sa place dans le projet d'établissement créant ainsi un déséquilibre important dans les rapports entre l'utilisateur et l'institution, risque souligné dans leur ouvrage par M.DUCALET et M.LAFORCADE⁷⁴.

⁷³ C.BEAUCOURT, p.41, option précitée n°68, p. 41

⁷⁴ M.DUCALET et M.LAFORCADE, p.76, option précitée n°71, p. 43

« L'utilisateur-objet appartient à l'institution, c'est un usager « pour soi » voire « son usager à soi », que l'on s'attachera le cas échéant à conserver le plus longtemps possible à l'intérieur d'une filière institutionnelle ou à l'inverse dont on se débarrassera au plus tôt dès qu'il n'est plus utilisable, c'est-à-dire qu'il cesse d'être générateur de ressources. C'est un usager utile, instrumenté, utilisé, argumenté, captif, monopolisé, objet d'une production quasi standardisée à l'intérieur de laquelle il lui est demandé de se conformer, de s'adapter, d'être compréhensif...»

Au niveau de l'établissement, l'offre de service apparaît souvent peu lisible et transparente en raison :

- d'un certain flou autour des pratiques éducatives et pédagogiques. Le terme de classe pour désigner les lieux d'activités (qu'ils soient scolaires ou non) reste fortement ancré dans le langage de nombreux professionnels et ceci quelle que soit leur fonction;
- d'une absence de mesure de résultats et d'outils d'évaluation ;
- d'une grande difficulté pour le personnel à se situer entre les différents modèles et courants éducatifs, pédagogiques qui existent dans le travail social compte tenu de l'imprécision des valeurs communes auxquelles l'équipe se réfère.

Par ailleurs, la prise en charge de l'utilisateur peut apparaître d'autant plus enfermante que les actions des intervenants se situent dans le temps présent. Si la durée moyenne de la prise en charge sur un groupe éducatif ou dans un atelier pré-professionnel est de deux à trois ans, les professionnels ont pour beaucoup d'entre eux, du mal à établir un projet pour le jeune. La question du devenir de l'utilisateur, de son orientation après l'I.M.E ne fait pas l'objet d'un travail d'anticipation.

Ces pratiques quelques peu figées sont à mettre en lien avec une forme de culture de protection qui occulte bien souvent toute l'importance qu'il y a à travailler sur le devenir, la promotion de la vie future de l'utilisateur.

Il existe ainsi dans l'établissement des difficultés pour certains professionnels à prendre en compte l'évolution en âge de la population en continuant à appeler les usagers de 18 à 20 ans « les petits » et à adopter des attitudes ne favorisant pas leur autonomie, et pour d'autres à modifier leur façon de faire et à diversifier leurs pratiques en raison cette fois de l'évolution de la population, non plus en terme d'âge mais de compétences et d'efficacité intellectuelle.

L'évolution de la population ayant, comme j'ai pu le souligner dans la première partie de mon mémoire, entraîné aussi une réduction du temps de prise en charge de l'usager suite à une admission plus tardive de celui-ci dans l'établissement, il s'agit à mon sens de réintroduire de l'objectivité dans les pratiques professionnelles et de se saisir du temps comme un cadre et un levier pour l'action. La répétitivité, la redondance et le flou sont autant d'écueils à éviter avec des enfants et des adolescents que ceux-ci présentent, des déficiences intellectuelles, des troubles de la personnalité ou des troubles du caractère et du comportement.

Le directeur, suivant ma conception actuelle de la fonction, est précisément sur ce point non seulement garant de la continuité et de la qualité de la prise en charge mais aussi et surtout du fait que, quelles que soient les difficultés ou problèmes que pose l'usager, ceux-ci ne seront pas mis en avant comme la seule explication possible de ses « non progrès » constatés par le professionnel.

2.3.6 Un fort risque d'effet filière

Malgré l'évolution de la population reçue dans l'établissement et comme l'écrit à juste titre, J.MARIGNIER⁷⁵ : « La logique de protection de l'usager trouve sa concrétisation dans l'élaboration d'un parcours structuré que traduit parfaitement l'idée de filière. Ainsi, chaque jeune aura-t-il à assumer ce paradoxe d'un projet singulier, voire autonome, dans la permanence de la collectivité, réduisant par la même ses possibilités d'accéder au milieu ordinaire. »

Comme je l'ai abordé plus haut en présentant l'Association gestionnaire, l'effet filière est implicitement renforcé par la localisation sur le même site des 3 établissements que sont l'I.M.E, l'E.S.A.T et le F.A.M, chacun d'eux ayant vocation à répondre aux besoins des usagers au fur et à mesure de leur avancée en âge.

Si les responsables de l'Association ont créé légitimement et au fur et à mesure des années, les établissements susceptibles d'apporter une réponse concrète et matérielle à la prise en charge de leur enfant, on peut en effet imaginer qu'une personne entrant à l'âge de 6 ans à l'I.M.E ait un destin tracé par la filière associative. En effet, elle peut se

⁷⁵ J.MARIGNIER, p.12, option précitée n°66, p.40

retrouver à partir de l'âge de 20 ans à l'E.S.A.T et après une carrière professionnelle plus ou moins longue en milieu de travail protégé, être prise en charge au F.A.M. A cette date, ce sont plus de 80% des adultes de l'E.S.A.T qui ont été suivis précédemment par l'I.M.E situé sur le même site.

Ceci va à l'encontre, au nom de la réponse au besoin d'accueil, des dimensions d'ouverture sur le monde extérieur et d'insertion sociale mises en avant dans les statuts associatifs et dans les orientations des politiques publiques en matière d'intégration et d'insertion de la personne handicapée dans la société.

Cette conception de la prise en charge dans un espace unique peut à l'inverse apparaître réductrice pour les personnes et renforcer le fait de vivre dans un monde clos. Cette voie tracée de l'I.M.E à l'E.S.A.T qui est bien souvent la seule proposition des professionnels au regard de l'orientation de l'utilisateur, apparaît aujourd'hui de moins en moins pertinente, compte tenu de l'évolution du public en terme de compétences et de capacités.

Elle reste encore toutefois la plus fréquemment utilisée en terme d'orientation⁷⁶. En effet, chaque année, les sorties de l'établissement qui concernent de 12 à 15 jeunes en moyenne, se font pour la majorité d'entre elles à partir de l'âge de 20 ans suite à des orientations réalisées en E.S.A.T. Les orientations en milieu de travail ordinaire, compte tenu de la conjoncture économique et de la situation de l'emploi sont quasi inexistantes. A titre indicatif, trois orientations de ce type ont pu être réalisées depuis 1997. Ces intégrations professionnelles restent très fragiles dans la mesure où l'établissement ne répond pas, par absence de moyens en personnel, comme d'autres structures par ailleurs à l'obligation « d'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle de l'adolescent à sa sortie sur une durée minimum de trois ans »⁷⁷.

Ceci qui ne peut manquer de soulever pour ma part des interrogations sur le plan éthique quant à la finalité d'une prise en charge de l'utilisateur qui se contenterait de fournir à une structure comme l'E.S.A.T les « bons éléments » de l'I.M.E ou d'une prise en charge qui ne privilégierait que la notion de travail au dépens de la notion d'activité excluant une forme d'accompagnement éducatif qui vise à satisfaire au droit des usagers et qui, pour les jeunes les plus en difficulté, contribue à leur épanouissement et à leur intégration sociale.

⁷⁶ Annexe V. L'orientation des usagers dans le cadre de l'IMPro.

⁷⁷ Article 8 du Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989, option précitée n°1, p.1

Si la prise en charge en milieu de travail protégé peut, pour de nombreux usagers, être une réponse satisfaisante en terme d'orientation professionnelle, il me semble que pour d'autres, elle ne doit être mise en œuvre que quand toutes les autres pistes ont été explorées et ont échoué.

Il y a de fait à l'I.M.E un risque qui nécessite de rester en permanence vigilant à savoir, celui d'une réponse linéaire aux besoins de la personne, d'instrumentalisation et de standardisation des pratiques professionnelles. La réactualisation, l'adaptabilité, l'évolutivité et l'évaluation de l'offre de service peuvent seules garantir le maintien du sens et de la cohérence des actions.

Je pense qu'il appartient au directeur de veiller à ce que les actions mises en œuvre par les professionnels ne soient pas de simples actes mécaniques mais prennent en compte de manière pluridisciplinaire la globalité des attentes et des besoins des usagers. Ceci me paraît d'autant plus nécessaire qu'il s'agit d'aller à contre courant du caractère trop souvent préétabli de la destinée sociale des personnes porteuses d'un handicap et plus précisément de contrebalancer l'effet filière évoqué précédemment.

Le diagnostic réalisé plus haut a fait apparaître un certain nombre de points de force comme entre autres :

- le niveau de qualification du personnel et l'existence d'une réelle prise de conscience de celui-ci tous secteurs professionnels confondus, de la nécessité de faire évoluer les pratiques pour mieux répondre à l'évolution de la population.

Ce diagnostic a de même mis en relief plusieurs points de fragilité qu'il est important de prendre en compte dans la mise en œuvre de mon projet d'adaptation de l'offre de service à la diversité des situations de handicap présentées par les usagers de l'établissement :

- il existe d'une part des phénomènes d'usure, de démotivation, de déperdition des compétences du personnel de l'établissement, phénomènes qui sont préjudiciables à la qualité de la prise en charge de la personne ;

- le fonctionnement cloisonné de l'équipe éducative, pédagogique, médicale et paramédicale ne permet pas d'assurer comme il se doit, la cohérence des pratiques autour du projet individualisé de l'enfant ou de l'adolescent.

3 PASSER D'UNE LOGIQUE DE FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL A UNE LOGIQUE DE SERVICE A LA PERSONNE

Comme j'ai pu le souligner lors du diagnostic il s'agit maintenant, d'une position de directeur, de conduire un projet d'intervention sociale⁷⁸ visant à adapter l'offre de service à l'évolution de la population reçue dans l'établissement.

Comment passer d'une logique de fonctionnement d'établissement à une logique de service à la personne ?

Telle est la question à laquelle je me propose, à cette étape du mémoire, de répondre.

3.1 Repenser les pratiques professionnelles.

Repenser les pratiques professionnelles, c'est s'interroger sur tout ce qui semble aller de soi, c'est penser la prise charge de l'usager « avant, pendant et après », c'est poser la question de leur sens et de leur adéquation aux besoins de la personne.

3.1.1 Sortir de l'empirisme et rendre lisible les pratiques

Un établissement relevant du secteur social et médico-social ne se réduit pas à des prestations, il s'inscrit dans une logique de service à la personne. Les pratiques des professionnels de l'I.M.E ne peuvent selon moi tirer leur légitimité et leur justification du simple fait qu'elles existent. Deux exemples me permettront d'illustrer mon propos.

Le premier concerne l'insertion sociale et professionnelle des usagers. Je pense que si l'insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire reste au niveau de l'I.M.E, fragile et exceptionnelle à fortiori celle visant le milieu ordinaire, l'orientation des usagers se faisant principalement vers des structures de travail protégé de type E.S.A.T, il peut y avoir un risque de gestion des individus en terme de circuits ou de réponses pré-construites. Pour sortir de la linéarité des réponses institutionnelles en matière d'orientation professionnelle il est donc important, d'introduire ou de réintroduire parmi les professionnels l'idée de « défi à relever » afin que celle-ci quand elle se fait vers le travail protégé, ne soit plus vue comme une voie toute tracée, une fatalité pour les usagers les plus en difficulté ou une garantie de sécurité d'emploi pour les jeunes les plus performants.

Une mise en adéquation des pratiques professionnelles de l'IMPro avec la réalité actuelle du monde du travail ordinaire est sans aucun doute sur ce point à engager. Je sollicite

⁷⁸ Annexe VI. Echancier de mon plan d'action: facteurs de risques, de réussite et points de vigilance.

régulièrement dans cette perspective les professionnels de l'IMPro afin qu'ils aillent avec les jeunes de leur atelier visiter des entreprises. Rénover en interne les méthodes de travail, se doter de référentiels professionnels de type CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle) adaptés au public d'I.M.E, se former aux nouvelles techniques et technologies sont autant de pistes de réflexion à explorer pour créer une dynamique positive de formation professionnelle au bénéfice de l'utilisateur.

Mon deuxième exemple concerne la prise en charge pédagogique de l'utilisateur dans l'établissement.

Si la présence d'une véritable école dans l'établissement a pu rassurer et rassure encore de façon tout à fait légitime les familles, c'est en partie me semble-t-il par ce que sa dimension normalisatrice reste forte dans notre société même s'il n'y a plus comme cela a pu l'être dans un passé encore récent, de correspondance quasi automatique entre le niveau d'études scolaires et l'insertion professionnelle de la personne.

La valorisation de l'école au sein de l'établissement pèse ainsi de tout son poids dans le discours de certains administrateurs de l'Association gestionnaire qui, rappelons-le est une Association de parents. Elle a surtout fait naître parmi les familles des usagers beaucoup d'attentes voire d'exigences et d'espoirs sur le plan des apprentissages scolaires. Aujourd'hui encore et de façon assez fréquente, certains parents d'utilisateurs non seulement utilisent le terme d'école pour désigner l'établissement, mais lient la fréquentation de l'établissement par leur enfant à la présence ou non des enseignants.

La présence « instituée » de l'école dans l'établissement n'est pas toutefois sans soulever d'interrogation au regard des politiques sociales qui tendent aujourd'hui résolument et à juste titre, à promouvoir l'intégration scolaire en milieu ordinaire comme j'ai pu le souligner dans la première partie de mon mémoire⁷⁹.

En effet, si l'on se réfère à la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁸⁰, la scolarisation des personnes handicapées en milieu ordinaire y est réaffirmée parmi les priorités de la Loi. Le terme d'éducation spéciale est par ailleurs et dans ce sens supprimé. Le devoir du service public de l'éducation est réaffirmé en vue d'assurer une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant⁸¹.

⁷⁹ Eléments d'analyse en lien avec les politiques publiques et l'évolution de la société, p.15

⁸⁰ La Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, option précitée n°6, p.8

⁸¹ Article 19 de la Loi du 11 février 2005.

Sortir de la linéarité des réponses en matière de prise en charge pédagogique c'est de mon point de vue, ne pas se satisfaire de la seule scolarisation de l'utilisateur en interne. C'est utiliser cet outil à l'inverse comme une opportunité donnée de créer ou recréer du lien entre l'enfant et l'école, comme un tremplin visant à impulser ou à rendre de nouveau possible quand les premières tentatives ont échoué, une dynamique d'intégration scolaire en milieu ordinaire en complémentarité de ce qui se réalise dans une structure de type S.E.S.S.A.D.

Sortir de la linéarité des réponses en matière de prise en charge pédagogique, c'est éviter de faire le constat comme l'écrit T.GALLAT⁸² que « L'établissement se pensant comme une école, comme apportant une réponse totale en interne, il n'a donc pas besoin de s'ouvrir à l'extérieur. Ainsi la question de l'intégration scolaire, revendication d'une part croissante de familles d'enfants handicapés, bientôt relayée par des dispositifs et dispositions d'ordre légal, comme celle de l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées, ne pénètre-t-elle pas l'établissement qui leur restera relativement étranger. »

3.1.2 Diversifier les réponses aux besoins et personnaliser la prise en charge.

La Loi du 2 janvier 2002 indique que doivent être assurés dans l'établissement « une prise en charge et un accompagnement individualisé (de la personne) de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé.. »⁸³

Il s'agit de passer de l'utilisateur « objet » de la prise en charge à l'utilisateur « sujet et acteur » de celle-ci. Comme le souligne Anne DUSART⁸⁴, « On ne peut plus considérer que les prestations spécialisées s'appliquent à une personne prise comme « objet » passif d'un « traitement » et dépourvue de toute prérogative. Au contraire, l'utilisateur doit pouvoir formuler lui-même le problème qu'il rencontre, énoncer l'aide qu'il attend, et contribuer à évaluer la réponse qui lui est apportée afin qu'elle s'ajuste à ses besoins. »

Etre à l'écoute des besoins et attentes des usagers, promouvoir ses droits (participation, expression, citoyenneté) et la qualité de la prise en charge sont de mon point de vue autant de facettes de la responsabilité du directeur.

⁸² T.GALLAT, p.15, option précitée n° 35, p. 22

⁸³ Article 7, Section 2, Loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁸⁴ Anne DUSART. La méthodologie et les outils au service de la qualité. Panorama non exhaustif des outils existants. Les Cahiers de l'Actif N° 350/353, p 221.

Deux outils majeurs existent concernant la définition et l'élaboration de réponses personnalisées aux besoins singuliers de chaque usager. Il s'agit du projet individualisé qui renvoie aux Annexes XXIV et du Contrat de Séjour ou du Document Individuel de Prise en Charge (D.P.I.C) qui se réfère à la Loi du 2 janvier 2002.

Une des priorités des Annexes XXIV a résidé dans l'affirmation de la nécessité d'une individualisation de la prise en charge et une invitation à adapter les moyens de l'établissement aux besoins de chaque personne. L'Article 3 du décret du 27 octobre 1989 précise que « la famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel pédagogique éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation. »

Le Contrat de Séjour, établi entre l'établissement et l'usager ou son représentant légal, définit les modalités et la nature de la prise en charge. Cette disposition requiert la participation de la personne accueillie ou de ses représentants.

Si ces documents que sont le Contrat de Séjour ou le D.I.P.C, visent à rendre plus lisibles et transparentes les modalités de l'offre de service tant au niveau de ses objectifs que de ses moyens, ils peuvent ne se résumer à une formalisation écrite de ce que l'on pense « bon et bien » pour la personne et doivent être suivis de faits dans la réalité.

Le passage du projet d'établissement ou de service (dimension collective) vers le projet personnalisé (dimension individuelle et contractuelle), de l'écrit au faire et le retour sur l'écrit sont à n'en pas douter des exercices difficiles si je me réfère à ce qui se pratique dans l'établissement.

En effet, l'appropriation de ces documents par les professionnels en vue d'étayer, de modifier, d'améliorer la prise en charge de l'usager ne s'effectue pas ou peu au point que ces mêmes documents sont vus pour beaucoup et en particulier le Contrat de Séjour comme des contraintes ou une charge de travail supplémentaire. Mon rôle est souvent de veiller à ce que le projet de l'usager prime sur celui de la structure et ne se fasse pas pour répondre à des obligations administratives.

Ceci m'apparaît être une des conditions sine qua non de la prise en compte de la dimension de citoyenneté, « citoyenneté » dont nous dit J.M MIRAMON⁸⁵, qu'elle « nécessite de ne pas inscrire les acteurs dans un projet tout fait, dans un kit à la mode contemporain, dans un projet totalisant et clos, mais dans un projet où la parole fait trou, ouverture et espace pour des sujets de désir. »

Diversifier la prise en charge de l'usager, c'est aussi comme nous y invite le législateur, faire preuve de souplesse et d'adaptation selon les besoins et les projets de la personne.

⁸⁵ MIRAMON JM. Manager le changement dans l'action sociale. Rennes, ENSP, 1996, 105p, pp. 6-7

Je pense en particulier au fonctionnement actuel de l'internat de l'établissement et plus particulièrement au développement de forme d'hébergement non plus à temps complet mais partiel, alterné. Il est important de prendre en compte à chaque fois que possible ces demandes fréquemment formulées par les familles des usagers voire d'être sur ce point force de propositions, si cette modalité d'hébergement peut être bénéfique pour la personne.

Personnaliser l'accompagnement de l'utilisateur renvoie à ce qu'écrit à juste titre J.R LOUBAT⁸⁶ à savoir, que « le recentrage sur la promotion de la personne, et le fait de produire un projet personnalisé à partir de ses besoins, modifient la perception que l'on a de la personne, la relation avec elle, ainsi que la teneur des pratiques professionnelles. » Concernant la mise en œuvre du projet personnalisé, les termes de réunion de projet et d'accompagnateur de projet me semblent dans cette perspective plus porteurs que ceux fréquemment utilisés de réunion de synthèse et de référent.

L'inadaptation de la prise en charge ne constitue-t-elle pas un indicateur parmi d'autres d'une certaine forme de maltraitance institutionnelle, maltraitance dite « en creux » par opposition à celle dite « en bosse » faite de violences physiques, psychologiques ou sexuelles, qui est de fait plus facilement détectable ?

3.1.3 Développer le partenariat et s'ouvrir sur le monde environnant.

Un des objectifs prioritaires du travail institutionnel est, si l'on se réfère à la mission principale des établissements du secteur social et médico-social telle que définie dans la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 et dans la Loi du 02 janvier 2002, autant que faire se peut de « favoriser l'accès du mineur et de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien un cadre ordinaire de travail et de vie. »⁸⁷ Ceci d'autant plus qu'aucun établissement social ou médico-social ne peut selon moi, exister indépendamment de l'environnement dans lequel il évolue.

S'agissant de personnes en situation de fragilité, de vulnérabilité, un des enjeux se situe à mon avis dans la capacité de l'établissement de prendre en compte les évolutions extérieures et la volonté de l'équipe de préserver ou de reconstruire les liens des usagers avec la communauté ceci afin de garantir la pleine citoyenneté de chacun d'eux.

⁸⁶ LOUBAT JR. Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale. Paris, Dunod, 2002, 258 p, pp.197-198.

⁸⁷ Article 1 de la Loi n° 75-534, option précitée n°37, p.25

Si, établir un partenariat est un acte qui engage, ce qui a pu faire écrire à DHUME.F⁸⁸
« Le partenariat, c'est difficile de faire sans, mais c'est difficile de faire avec », il ne saurait y avoir selon moi d'insertion sociale véritable des usagers accueillis dans un établissement sans que l'insertion même de l'établissement dans l'environnement qui le supporte ne soit réalisée.

J'attache dans le cadre de mon travail une grande importance à faire vivre cette dimension en maintenant des liens et des contacts réguliers avec les partenaires de l'établissement que sont entre autres, les différents responsables des terrains de stage des jeunes de l'IMPro.

Inscrire l'action de l'établissement dans une logique de coopération et de partenariat me paraît d'autant plus salubre que déplacer son regard vers l'extérieur permet souvent de mieux percevoir ce que l'on fait en interne.

Etre dans l'environnement, c'est créer de la porosité, de la fluidité entre l'établissement et le monde environnant, c'est rendre présente l'institution en dehors mais c'est aussi faire venir dans l'institution de « l'extériorité ». J'entends par cette expression, solliciter conseils et appuis techniques par exemple de la C.R.A.M, de la Médecine du Travail sur le document unique et la prévention des risques professionnels, inviter la D.D.A.S.S pour une présentation concrète de l'établissement (prendre connaissance sur le terrain à la fois de ses points faibles et de ses points forts), oser s'exposer au regard d'autres professionnels en favorisant les rencontres inter-établissements voire les détachements professionnels. J'ai dans ce sens impulsé et animé des rencontres régulières entre les professionnels du secteur éducatif de divers établissements du département afin d'échanger sur les pratiques et les idées. Et je pense, sans me tromper, pouvoir dire que cela a été très enrichissant pour chacun des participants. Actuellement et compte tenu de mon engagement dans la formation, ma participation à ces réunions a été interrompue.

Le partenariat, c'est aller chercher des compétences là où elles se trouvent quand l'institution ne peut répondre seule aux besoins de l'utilisateur par manque de connaissance de sa problématique. Je pense en particulier au cas des enfants dyslexiques dans le cadre de la prise en charge pédagogique et l'absence d'outils des enseignants dans ce domaine.

Le partenariat c'est aussi faire venir et intégrer, comme l'écrit Dominique GENELOT, « des personnalités porteuses d'autres logiques et d'autres valeurs » dans la mesure où ceci peut favoriser en interne le développement des compétences du personnel.

⁸⁸ DHUME F. Du travail social au travail ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales. Paris, Editions ASH, mars 2001, p.15

« Un corps social sain doit savoir se laisser questionner de l'extérieur. » rajoute à juste titre l'auteur⁸⁹.

Faire venir de l'extériorité dans l'établissement peut être un moyen parmi d'autres, de lutter contre la routine et l'usure professionnelle que j'ai évoquée comme des points majeurs de fragilité lors du diagnostic de l'établissement. A ce titre, en tant que responsable de l'accueil des stagiaires, j'envisage très prochainement d'effectuer des démarches dans le but que l'établissement devienne un site qualifiant et formateur pour les étudiants en travail social. Ceci m'apparaît être parmi d'autres, un outil pertinent dans le cadre d'un partenariat avec les centres de formation du secteur.

La situation géographique de l'établissement, l'I.M.E est situé en zone péri-urbaine, est certes une donnée à prendre en compte. Elle ne doit pas toutefois être un frein à la mise en œuvre d'actions visant l'insertion des usagers dans le tissu urbain ou le partenariat avec d'autres structures. Je pense en particulier, à l'utilisation qui pourrait être faite du mur d'escalade de l'établissement, du terrain de foot par les clubs sportifs, les structures scolaires de la ville ou au niveau de la formation pré-professionnelle à la mise en place d'un restaurant d'application à partir de l'actuel atelier cuisine-restauration de l'IMPro.

Par ailleurs, s'ouvrir sur l'environnement c'est aussi s'inscrire, dans une démarche de renouvellement et d'innovation des pratiques professionnelles. Favoriser la reconnaissance de l'établissement et sa coopération avec les partenaires locaux (professionnels ou non du secteur social et médico-social) c'est jeter des ponts, établir des passerelles entre des entités aux objectifs souvent différents (le monde du travail, la formation scolaire et professionnelle, le secteur du loisir, du sport et de la culture).

Il me semble difficile dans une position de directeur de faire l'économie d'une réflexion sur l'idée de mutualisation des moyens entre structures telle que nous y invite le législateur⁹⁰ avec l'outil que représente par exemple le G.C.S.M.S⁹¹ (Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale) dont les idées maîtresses sont : « d'exercer ensemble des activités dans les domaines de l'action sociale et médico-sociale; de faciliter ou d'encourager les actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de l'activité et de la qualité des prestations »⁹².

⁸⁹ D.GENELOT, p.199, option précitée n° 64, p.40

⁹⁰ Article 21 de la Loi du 02 janvier 2002.

⁹¹ Décret n° 2006-413, 6 avril 2006.

⁹² D.LAROSE. Coopération sociale et médico-sociale : les atouts du GCSM, TSA Hebdo, 15 septembre 2006.

En effet dans la mesure où cette idée est partagée et maîtrisée, elle ne peut qu'en démultipliant les ressources propres de l'organisation, être un « plus » pour l'utilisateur et pour la mise en œuvre des compétences des professionnels.

Comme l'écrit T.GALLAT⁹³, « Le partenariat consiste en la recherche d'un rapport de complémentarité et de solidarité entre des institutions associant leurs missions et leurs complémentarités. Il permet de faire face à des situations exigeant un regard renouvelé et une pluralité d'acteurs. »

Au regard de l'orientation professionnelle, cela passe sans aucun doute par un développement d'un partenariat avec les structures d'emploi ou de formation quand bien même celui-ci peut être difficile à mettre en œuvre, comme je l'ai évoqué en présentant l'évolution de la population. J'ai rencontré à ce sujet plusieurs responsables de structures afin d'avoir plus d'informations sur l'outil C.F.A.S (Centre de Formation pour Apprentis Spécialisés) et la mise en œuvre d'un « CFAS relais » au niveau de l'établissement.

En effet, ces pistes de travail me paraissent d'autant plus intéressantes qu'elles ne peuvent qu'influer positivement sur la dynamique d'insertion de l'établissement ce que j'ai pu constater en visitant des établissements qui travaillaient en étroite collaboration avec un centre de formation d'apprentis. Ceci par la recherche et la mise en œuvre d'autres réponses institutionnelles en matière d'insertion professionnelle pour l'utilisateur en vue de contrebalancer l'effet filière que j'évoquai lors du diagnostic de l'établissement.

Je pense sur ce point, que plus l'établissement noue des contacts avec les acteurs de l'environnement, plus la dynamique d'insertion sociale et professionnelle peut être importante pour les usagers et qu'à l'inverse, l'absence de chiffres et d'analyse qualitative de l'orientation des jeunes peut avoir des effets démobilisateurs sur les professionnels.

Tisser et entretenir des liens avec les acteurs locaux sur le plan social, politique et économique me semblent d'autant plus nécessaire dans une fonction de direction que cet axe stratégique permet d'inscrire les actions déployées par une institution tant en interne qu'en externe dans une logique de production de sens.

La mise en œuvre des idées développées ci-dessus nécessitant l'adhésion et l'enrichissement des compétences des opérateurs de la prise en charge, mon expérience professionnelle me conduit à penser qu'une attention toute particulière doit être portée par le directeur vis-à-vis de ses collaborateurs.

⁹³ T.GALLAT, p.53, option précitée n° 35, p. 22

3.2 Gérer et être attentif aux ressources humaines

La gestion du personnel est de mon point de vue un domaine clé et délicat du métier de directeur. Elle se réfère en effet à de multiples fonctions, relationnelle (dialoguer, écouter, communiquer, comprendre), pédagogique (expliquer, motiver, se faire comprendre, convaincre) et négociatrice (négocier, discuter pour parvenir au consensus, à l'accord même provisoire). Elle est un enjeu d'autant plus important que les ressources humaines représentent plus de 70% du budget de l'établissement.

3.2.1 Prendre en compte les difficultés du personnel.

Comme je me suis attaché à le souligner lors du diagnostic de l'établissement, les difficultés du personnel tous secteurs confondus se traduisent sur le terrain par un certain nombre de phénomènes : sentiment de dépassement voire de découragement, difficulté à individualiser la prise en charge de l'utilisateur ou à gérer le groupe compte tenu de l'élévation du niveau de compétences des individus qui le composent.

S'il existe de l'incertitude dans la gestion des ressources humaines, une équipe de direction ne peut ignorer cette situation, sans prendre le risque de compromettre la qualité même de la prise en charge de l'utilisateur.

Parmi les pistes de travail visant à transformer les incertitudes en ressources, à mieux prendre en compte les difficultés du personnel et à développer leur motivation, je fais le choix de privilégier deux d'entre elles dont j'ai impulsé la mise en œuvre dans l'établissement : une rencontre régulière avec chaque professionnel et l'analyse de la pratique.

Toutefois et avant de développer ces deux points, je me propose de revenir sur cette notion de motivation dont Nicole AUBERT⁹⁴ nous dit qu'elle « concerne l'aspect dynamique de l'entrée en relation d'un sujet avec lui-même et avec le monde », « l'approfondissement des motifs qui nous poussent à agir et l'étude du processus qui nous met en mouvement ».

Je pense en effet que l'entretien et le développement de la motivation du personnel est pour le directeur un des nombreux défis du management. Comme l'ont montré les travaux de F.HERZBERG⁹⁵, sur les sources de satisfaction et d'insatisfaction

⁹⁴ AUBERT N. Diriger et motiver : art et pratique du management. Collection manuels EO/FP. Editions d'organisation, 2002, 355 p, pp.15-16.

⁹⁵ F.HERZBERG, psychologue américain, célèbre pour ses travaux sur l'enrichissement des tâches au travail.

au travail, il existe deux catégories de facteurs indépendants aux fondements de la motivation :

-les facteurs d'hygiène qui sont sources d'insatisfaction lorsqu'ils ne sont pas pris en considération mais sans effet positif sur la motivation lorsqu'ils sont seuls à être satisfaits (salaire et avantages sociaux, conditions de travail, la politique en matière de gestion du personnel) ;

-les facteurs moteurs (satisfaction génératrice de motivation comme la reconnaissance au travail, l'autonomie et la responsabilité, l'ambiance entre les collègues). Le contenu de la tâche est donc bien un facteur de motivation.

Il est un fait établi dans le champ du secteur médico-social et plus particulièrement à l'œuvre dans certains types de structures comme les I.M.E à savoir que, la répétitivité du quotidien, peut décentrer les pratiques de leur objet, le service à la personne. Pour lutter contre ce phénomène, je pense qu'il est important que les professionnels disposent de fenêtres d'initiatives.

J'adhère ainsi tout à fait à l'idée défendue par Victoire LEGALFOUX⁹⁶ à savoir que « Pour améliorer les performances individuelles, il faut d'abord provoquer la motivation de chacun : laisser éclore ce qu'il y a de mieux en lui. La plupart des salariés donnent le meilleur d'eux-mêmes lorsqu'ils ont l'impression de faire quelque chose d'utile à leur travail, qu'ils sont respectés pour ce qu'ils y font, qu'ils y acquièrent de nouvelles compétences et de nouvelles expériences ».

Je pense que la motivation des salariés passe non seulement par leur capacité à investir ou réinvestir leur espace de travail et à comprendre les finalités de leurs actions mais aussi par leur capacité à affronter et à dépasser les situations de crise. Sur ce point, le soutien apporté par la direction est d'autant plus fondamental que chaque personnel peut s'imaginer être à un moment à autre de son parcours professionnel et institutionnel, à la place de son collègue « en difficulté ».

Parmi les moyens pour lutter contre la démotivation et l'usure du personnel, il est important d'activer des éléments comme la prise en compte de la parole du professionnel lors des temps de réunion ce qui revient à valoriser le travail effectué, la reconnaissance de ses compétences par un management fondé sur la délégation ce qui revient à lui donner une capacité d'initiative et d'autonomie, point que je développerai dans la partie intitulée « Promouvoir la participation et le responsabilisation du personnel ».

⁹⁶ V. LEGALFOUX. Les 7 défis du management de demain. Revue MAITRISER, décembre 1999, pp.19 -21.

Enfin l'institution de la mobilité interne peut aussi être pensée, à condition qu'elle soit discutée et non imposée, comme un outil de management visant à remobiliser un professionnel voire une équipe après une phase de déstabilisation et d'instabilité.

Pour entretenir et développer la motivation des professionnels, je fais donc le choix de privilégier deux pistes de travail.

* Une rencontre régulière avec chaque professionnel⁹⁷

Cette rencontre qui porte parfois le nom d'entretien annuel de progrès ou d'évaluation vise à permettre une appréciation, une mise en perspective des performances, des pratiques, des comportements, des relations en situation de travail.

Écouté, le salarié peut déjà se sentir compris et reconnu. De ce point de vue et pour avoir conduit plusieurs entretiens, même si cet outil reste encore au niveau de l'établissement en réflexion, c'est un aspect fort en terme de motivation qui par voie de conséquence, accroît la qualité du service. Occasion pour le salarié d'un retour sur son travail et d'une réflexion sur son projet professionnel, il peut être aussi intéressant pour l'établissement par la plus value d'idées qu'il peut générer.

Comme l'écrit D.GENELOT⁹⁸, « Les entretiens professionnels devraient toujours comporter un volet consacré aux suggestions et aux idées. Les objectifs devraient aussi inciter les collaborateurs à exprimer leurs idées et leurs projets. Enfin les managers devraient avoir explicitement dans leur définition de mission l'objectif de favoriser l'expression de leurs collaborateurs sur les idées d'innovation. »

Parmi les facteurs humains de la satisfaction au travail, la considération tient une place centrale comme élément de motivation et d'implication de l'individu dans son travail. « L'absence de perspectives est un facteur essentiel d'usure professionnelle. » écrit par ailleurs J.R LOUBAT⁹⁹.

De plus, et compte tenu que « Les résultats du travail effectué sont difficilement palpables », je partage le point de vue de Valérie LANGEVIN¹⁰⁰ qui rajoute : « Il est donc très important que les professionnels bénéficient d'une reconnaissance régulière de leur travail. Un retour qui peut se faire au cours des réunions ou, de manière plus informelle, au jour le jour, et pas seulement au cours de l'entretien annuel d'évaluation ! ».

⁹⁷ Annexe VIII. Deux outils au service de la gestion des ressources humaines. Méthodologie pour la conduite de l'entretien individuel.

⁹⁸ D.GENELOT, p.322, option précitée n°64, p. 40

⁹⁹ J.R LOUBAT. Manager les compétences. Les enjeux. Les Cahiers de L'Actif n° 338/341, p.50

¹⁰⁰ V.LANGEVIN, p.26, option précitée n°67, p. 41

Il est clair que le nombre de salariés, à l'I.M.E l'effectif est de 56 personnes, est un élément à prendre en compte comme l'est le nombre des personnes composant l'équipe de cadre (3 professionnels), dans la conduite et le suivi des entretiens.

*L'analyse de la pratique

Quand bien même échanger des informations, confronter des points de vue, analyser des actions peuvent parfois être vécus par certains professionnels comme stériles ou difficiles, je pense que réfléchir sur sa pratique professionnelle, sur celle de l'équipe, sur le fonctionnement institutionnel, c'est outre questionner les projets et les raisons qui les sous-tendent, permettre à un individu ou à un collectif de professionnels de résister à l'usure et de pouvoir verbaliser ses difficultés.

« En effet, les pratiques ne se limitent pas à leurs dimensions opératoires et si elles sont difficiles à présenter, à rendre lisibles, c'est qu'elles ne se réduisent pas aux actes, au faire ou au dire, qu'elles sont des objets sociaux abstraits et complexes et ne sont pas des données brutes immédiatement perceptibles. Elles ne peuvent se comprendre et s'interpréter que par l'analyse » écrit Anne DUSART¹⁰¹.

Plus qu'à apporter des réponses c'est à ouvrir des questions, à en faire apparaître des nouvelles que doit être consacré cet outil qui représente selon moi, un espace indispensable de réflexion clinique sur la pratique, d'élaboration théorique.

Si l'attente des salariés concerne souvent le comment faire, l'analyse des pratiques vise à aider les professionnels à clarifier le pourquoi faire, le sens des actions, à refuser les évidences.

Ceci est d'autant plus nécessaire que l'évolution de la population bouscule les habitudes des professionnels comme j'ai pu l'évoquer précédemment. L'analyse de la pratique nous dit J.M MIRAMON¹⁰² est donc bien en cela « une condition indispensable de repérage des évolutions, des difficultés, des solutions, des effets d'échelle possibles. Elle ne se confond pas avec la formation mais contribue aussi, pour une part importante au développement et à l'analyse des compétences disponibles et souhaitables.» L'analyse de la pratique permet de réaliser un mouvement de va et vient entre la pensée et l'action par la distance et la prise de recul qu'elle implique. En cela, elle est un outil aussi bien pour les opérateurs directs de la prise en charge de l'utilisateur que pour les cadres d'un établissement quand bien même les modalités peuvent en être différentes.

¹⁰¹Anne DUSART citant BEILLEROT.J in L'analyse des pratiques professionnelles : pourquoi cette expression ? , BLANCHARD-LAVILLE.C , FABLET D, L'Harmattan, Paris, 1998, Les Cahiers de l'Actif n° 350/353, p 201.

¹⁰² J.M.MIRAMON. Les compétences dans le secteur social et médico-social. Evolutions et injonctions. Les Cahiers de L'Actif n° 338/341, p.16.

Elle est un des moyens de progresser dans sa fonction, dans une démarche de réflexion collective ou individuelle. L'intercompréhension est nécessaire quand bien même chacun des professionnels ne peut répondre du même engagement ou de la même implication. Elle met au travail la relativité des points de vue et nous rappelle que les bonnes intentions en matière d'éducation ne sauraient suffire.

Prendre en compte les difficultés du personnel implique pour le directeur d'avoir une position d'écoute active de l'environnement interne. Ceci renvoie selon moi, à son rôle de leader en capacité d'entraîner et de susciter la motivation et la mobilisation de son équipe.

3.2.2 Décloisonner les secteurs professionnels

Si, comme le souligne D.GENELOT¹⁰³, « tout individu importe dans l'entreprise à laquelle il collabore sa propre complexité, sa vision du monde, ses projets personnels, ses conduites imprévisibles, ses stratégies, sa dynamique d'évolution. », une question se pose alors :

Comment faire agir de concert des personnes possédant des trajectoires, des valeurs, des pratiques, des objectifs professionnels qui peuvent être très divers ceci afin de rendre opératoires les orientations de l'Association et de répondre à la mission de l'établissement au regard des politiques publiques ?

La collaboration entre les acteurs de la prise en charge de l'utilisateur n'est ni un phénomène inné, ni un état de fait qui puisse se décréter. Aussi je pense que le découloisonnement des différents secteurs de l'établissement que sont l'éducatif, le pédagogique et le thérapeutique, passe entre autres, par une clarification des rôles et des missions de chacun et par la construction de finalités partagées ceci d'autant plus qu'il existe au sein de l'établissement des cultures professionnelles différentes. Ces deux aspects s'appuient pour le premier sur l'élaboration de fiches de poste et pour le second renvoie à la mise en œuvre d'actions transversales et à la circulation des idées.

* L'élaboration de fiches de poste¹⁰⁴

Toute fonction pose la question de ce qui la caractérise et donc la distingue de celles assumées par d'autres intervenants, au sein d'un même secteur de travail. Toute fonction relève d'un champ d'intervention et s'appuie sur des axes de travail qui, élaborés et identifiés, en garantissent les limites et le contenu. Il s'agit d'éviter l'écueil de la confusion

¹⁰³ GENELOT.D, p.187, option précitée n°64, p. 40

des fonctions et non de nier les différences au risque de provoquer des résistances de la part des professionnels.

Comme l'écrit Pierre LONGIN¹⁰⁵ « Une fiche de définition de fonctions décrit les missions et les attributions attendues et met en évidence les délégations de responsabilité. C'est l'outil qui permet de répondre aux questions : Qui fait quoi? Comment chacun se situe-t-il par rapport à l'aval et l'amont de sa fonction? Par rapport aussi à ses collègues ? »

Je pense en effet que l'importance des fiches de poste est souvent sous-estimée dans le secteur médico-social alors qu'elle est un outil essentiel pouvant favoriser une meilleure gestion du personnel. L'élaboration de fiches de poste est donc une tâche à laquelle je me suis attelé dans l'établissement après avoir suivi une formation dans ce domaine car je pense que ce qui est préjudiciable dans le fonctionnement d'équipes de travail, est précisément le flou dans les missions et responsabilités de chaque professionnel alors que les spécificités sont très diverses dans notre secteur et en font par la même sa richesse.

Il n'y a rien de pire à mon sens, quand dans une institution, on ne repère plus de façon claire les missions de chacun, l'on ne sait plus « qui » fait « quoi ». Le flou dans ce domaine, la confusion sont générateurs de dysfonctionnements dans les équipes et par voie de conséquence de phénomènes d'incompréhension et de tension. Ils ne favorisent pas l'unité de l'équipe, la connaissance et reconnaissance des compétences de chacun des membres par chacun mais au contraire l'éclatement et le morcellement, la division et la dispersion.

Sur ce point la mission première du directeur est avant tout chose de veiller à ne pas gaspiller les énergies humaines de l'établissement. Elles sont un bien trop précieux qu'il s'agit à l'inverse de faire fructifier, de fédérer en vue de les optimiser.

Toute fonction ayant par nature des limites, la fiche de poste permet de poser un cadre de travail possédant des points de repères et des bornes précises. Il ne s'agit pas bien entendu de transformer ce cadre de travail en un carcan rigide qui enfermerait le professionnel dans les seules fonctions qui lui sont attribuées et empêcherait ainsi toute marge de manœuvre, toute initiative, toute création. Bien au contraire, comme tout document de travail puisqu'il s'agit à mon avis de cela, la fiche de poste ne doit pas être figée dans le temps une fois pour toutes, mais avoir un caractère évolutif, modifiable en

¹⁰⁴ Annexe VII. Deux outils au service de la gestion des ressources humaines. La fiche de poste

¹⁰⁵ LONGIN P. Développer la compétence des acteurs. Les Cahiers de L'Actif n°338/34, p.101.

fonction des changements qui concernent aussi bien la personne (nouvelle qualification) ou l'établissement (nouvelle orientation de travail).

La clarification des responsabilités découlant des fonctions énumérées dans le profil de poste est d'autant plus importante que chaque salarié doit rendre des comptes sur son travail.

La fonction de contrôle du directeur consiste selon moi et à cette étape, à verbaliser au professionnel que son travail est ou n'est pas en adéquation avec les objectifs du projet de l'établissement qui est la référence commune. Demander à un professionnel de vous rendre compte de son travail, c'est aussi pour le directeur signifier à la personne que ce qu'il réalise a une valeur, lui reconnaître des compétences et une importance au sein du dispositif de prise en charge de l'usager et plus globalement en tant que participant à la bonne marche de l'établissement.

* La transversalité des pratiques et la circulation des idées.

Dans le travail social « la production » si l'on peut utiliser ce terme, n'est pas quantitative mais qualitative. La mise en relation en interne est aussi sous-tendue par l'idée du nécessaire développement d'actions transversales au sein même de l'institution d'un groupe éducatif à l'autre, voire d'un service (le scolaire) vers un autre service (l'éducatif).

Il s'agit ainsi pour le directeur quand bien même la tâche n'est pas facile, comme j'ai pu en faire l'expérience lorsque par exemple j'ai dû assumer l'intérim de la direction de l'I.M.E (entre décembre 1999 et septembre 2000), de faire naître au sein de l'équipe des valeurs partagées, de créer une dynamique incitant les individus à se réunir, à se découvrir, à agir ensemble, à se parler d'une façon qui n'existe pas spontanément, c'est-à-dire au-delà du discours théorique qui peut être un écueil des réunions de synthèse.

Je pense que chaque professionnel est susceptible de créer des ressources pour le collectif et qu'il est important d'intégrer de l'altérité pour favoriser la dynamique dont je parle plus haut.

Comme l'écrit D.GENELOT¹⁰⁶, « L'entreprise doit devenir un lieu de construction de sens, de finalités partagées, où chacun peut à la fois développer son autonomie personnelle et contribuer au projet collectif. » Il rajoute un peu plus loin, « L'entreprise doit savoir créer un climat propice à l'éclosion de ces idées novatrices, les responsables doivent savoir les susciter en organisant le croisement des idées, le décroisement des spécialités, l'ouverture sur l'extérieur et la réflexion prospective. »

¹⁰⁶ D.GENELOT, p.207, option précitée n°64, p. 40

Repérer ce qui fait lien et agrégat dans une équipe, créer ce que les Anglo-saxons appellent du capital social relèvent bien selon moi d'une fonction de direction.

L'implication de chacun à partir de la place qu'il occupe, la transparence, la compréhension et la complémentarité des actions dans un établissement peuvent de plus si une politique de communication existe, permettre d'amoindrir les zones d'ombre et le stockage d'informations, créateurs de féodalités et de stratégies contradictoires.

Le décloisonnement des différents secteurs professionnels renvoie à un des rôles majeurs du directeur à savoir, celui de coordinateur, à sa capacité à établir des liens et des articulations entre les hommes et les structures, à favoriser la communication et la régulation interne, en bref à créer un climat social favorisant l'engagement professionnel de chacun des membres de l'équipe.

3.2.3 Développer et mettre en réseau les compétences

Il me paraît important de techniciser et de spécialiser la prise en charge pour sortir des approches empiriques. Ceci d'autant plus qu'il existe plusieurs facteurs à l'I.M.E qui se conjuguent et peuvent amoindrir la qualité de l'accompagnement de l'utilisateur par le professionnel, parmi lesquels :

- l'absence de références théoriques ;
- la présence d'une culture orale forte au détriment d'une culture de l'écrit ;
- l'importance de la dimension affective dans la prise en charge des usagers.

Ainsi, méconnaître le fait qu'un usager fréquentant un atelier de l'IMPro et ayant subi une atteinte cérébrale ne puisse réaliser certains gestes techniques comme planter des clous droits par exemple ou sous-estimer la souffrance physique d'un jeune présentant une déficience intellectuelle sévère, souffrance qui se manifeste parfois par une forte agitation corporelle, peuvent amener le professionnel à n'être que dans le constat de ce que la personne ne sait ou ne peut pas faire plus que d'en rechercher et d'en analyser les causes possibles.

La connaissance et les savoir-faire professionnels sont au service du projet d'établissement qui est lui-même, au service de la population accueillie dans la structure. Ils lui confèrent une part de sa légitimité car ils sont en quelque sorte la garantie que l'exécution du travail ne sera pas faite au hasard.

C'est de mon point de vue la tâche la plus ardue pour un directeur que de rassembler, de faire fructifier, les compétences des divers professionnels d'un

établissement et ceci quelle que soit la fonction occupée par chacun d'eux. Ceci d'autant plus que si chaque institution produit du savoir-faire, de la culture, il existe aussi des phénomènes d'érosion, de déperdition qui peuvent appauvrir la qualité de la prise en charge.

Si les exigences de qualification dans le secteur social et médico-social ont été réaffirmées pour le personnel d'encadrement et de direction par la Loi du 2 janvier 2002, il y a de mon point de vue une nécessité de développer les compétences des professionnels pour répondre aux besoins des usagers et plus particulièrement à leur évolution.

Les écarts entre les compétences acquises et les compétences requises peuvent être d'autant plus importants qu'il y a, comme je l'ai souligné dans la première partie de mon mémoire, un glissement de la population reçue dans l'établissement et que les formations de base n'ayant pas été réactualisées, il y a un risque d'appauvrissement des pratiques voire de décalage entre les besoins des usagers et les réponses fournies, l'ignorance créant de mon point de vue de « la non qualité ».

Comment réduire ces écarts pour rendre un service de qualité à l'utilisateur est une question dont on ne peut faire l'économie dans une position de cadre dirigeant. L'accroissement des qualifications, la réactualisation des pratiques professionnelles comme le prévoit la Loi du 04 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie¹⁰⁷ est ainsi un enjeu important concernant la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. La notion de compétence est par ailleurs à mettre en lien avec l'idée de la nécessaire évaluation des « bonnes pratiques professionnelles » telles qu'elles sont énoncées dans la Loi du 02 janvier 2002¹⁰⁸.

*Développer les compétences des collaborateurs par la formation.

Un des enjeux actuels pour l'établissement est, compte tenu de l'évolution de la population, de disposer de compétences professionnelles afin de réaliser un travail de qualité au bénéfice des usagers. Il s'agit donc bien d'éviter une certaine forme de routine des pratiques qui ne peut que conduire à l'inadaptation de l'organisation et à l'inadéquation de l'offre de service au regard des besoins des personnes et de promouvoir à l'inverse une dynamique de réflexion prospective.

Si interroger les compétences peut créer un réflexe de défense, « Il ne faudrait pas oublier en effet » comme l'écrit Jean Luc JOING¹⁰⁹, « que si la qualification permet

¹⁰⁷ Loi n° 2004-391 du 04 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie

¹⁰⁸ Article 22 de la Loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002

¹⁰⁹ JOING J L. Le management des compétences... Clé de voûte de l'architecture du système qualité et éthique. Les Cahiers de L'Actif n° 338/341, p.76.

d'accéder à un emploi, un grade, un niveau de rémunération, la compétence permet de tenir un poste, de rendre le service attendu, de conduire le changement et de faire progresser l'organisation. »

Le développement des compétences qui représentent l'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir être que mobilise une personne en situation professionnelle, ne peut être pensé sans un cadre qui va pouvoir les mettre en oeuvre. J'invite ainsi régulièrement les professionnels qui évoquent leurs difficultés dans le travail à se former et j'essaie autant que possible de les soutenir dans cette démarche que certains d'entre eux perçoivent comme exigeante et compliquée. S'il existe des outils à l'initiative de l'employeur ou du salarié pour favoriser le développement des compétences comme le plan de formation, le droit individuel à la formation, la validation des acquis de l'expérience, je pense en accord avec Marion LEOTOING¹¹⁰ que « La formation fournit » par ailleurs « aux personnels les outils pour agir et leur épargne ainsi un sentiment d'impuissance et de vulnérabilité face aux usagers ». Celle-ci peut avoir de plus, d'autres effets positifs puisque la formation comme le rajoute l'auteur « est aussi l'occasion pour le personnel de se valoriser, à la fois dans ses propres pratiques, auprès des collègues et de la hiérarchie ».

Le repérage, la valorisation, la reconnaissance de ces mêmes compétences étant de la responsabilité de l'équipe de direction, impliquent de fait une attitude d'ouverture, d'imagination et d'observation et nécessitent que soient pris en compte plusieurs facteurs :

- celui du développement des compétences polyvalentes et non plus monovalentes ;
- celui de la création de compétences collectives et non uniquement individuelles ;
- celui de leurs articulations avec les pratiques des professionnels, les projets individualisés des usagers et le projet de l'établissement ou du service.

* Mettre en réseau les compétences

La mise en réseau des compétences professionnelles au bénéfice de l'utilisateur, vise à accroître les coopérations inter-institutionnelles. L'inter-partenariat dans une institution se manifeste donc par une capacité à exercer ses compétences en relation avec un autre professionnel, à en mesurer les répercussions réciproques. Il s'appuie aussi sur une volonté délibérée de travailler autant que possible de manière transversale. L'échange des compétences en particulier sur le plan éducatif, à l'image des idées développées dans le cadre des Réseaux d'Echanges Réciproques de Savoirs¹¹¹, peut être une façon pertinente de dynamisation des équipes.

¹¹⁰ Revue Direction, pp.25 -27, option précitée n°67, p. 41

¹¹¹ Le Réseau d'Echange Réciproque de Savoirs dont l'initiatrice en France est Mme HEBER SUFFRIN repose sur l'idée que précisément les savoirs, les compétences peuvent s'échanger entre les personnes, l'une apprenant à l'autre ce qu'elle connaît ou sait faire. Ainsi à la différence de l'échange fiduciaire (X donne

Cette mise en réseau peut aussi concerner l'externe. Elle renvoie à ce qu'on appelle dans la culture japonaise le « benchmarking » dont les deux temps forts sont l'observation et l'action. Pour reprendre D.GENELOT¹¹², « Le benchmarking ou comparaison avec ses concurrents, est une méthode qui se pratique de plus en plus. L'élargissement de la vision et l'ouverture d'esprit qu'elle entraîne sont générateurs de multiples innovations. »

Il s'agit en fait de repérer les compétences développées par un établissement et d'adapter celles-ci à son établissement. Ce qui est recherché dans cette démarche, ce n'est pas la reproduction à l'identique, mais la ré-appropriation des idées en vue d'une utilisation différente.

La mise à disposition de personnes compétentes en interne au sein de plusieurs établissements gérés par une même Association ou en partenariat, sont à n'en pas douter des pistes à explorer dans le cadre de la gestion des ressources humaines.

A défaut d'être générateur de solutions prêtes à l'emploi aux questions et aux problèmes posés par la prise en charge des usagers, je pense qu'une équipe se professionnalise par l'accroissement des compétences de ses membres et par les échanges et modifications que cela induit au niveau institutionnel.

Partant de l'idée que la conduite d'un projet dans un établissement ne peut être menée à bien qu'en s'appuyant sur les forces vives que représentent les ressources humaines, ma responsabilité en tant que directeur est donc bien d'optimiser et de valoriser ces mêmes ressources humaines et ceci d'autant plus que la qualité de l'offre de service mise en œuvre au bénéfice des usagers en est fortement dépendante.

3.3 Accompagner le changement

Si l'esprit humain a la capacité de penser le changement, s'il est dans la nature de l'homme d'aller vers « le mieux », faut-il encore laisser le temps effectuer son travail pour que la pensée s'élabore, se construise et joue un rôle fédérateur. Le changement ne se décrète pas et nécessite donc de prendre en compte un certain nombre de résistances légitimes de la part de ceux à qui l'on va demander de modifier leurs façons de faire. J'en fais régulièrement l'expérience lorsqu'en réunion éducative, j'interroge l'équipe sur les finalités de certaines activités proposées aux enfants et aux adolescents.

un euro à Y et Y donne un euro à X, chacun se retrouvant au bout de cette opération avec un euro), l'échange de savoirs et de compétences enrichit chacun des protagonistes (X enseigne un savoir à Y et Y enseigne un savoir à X, chacun se retrouve au bout cet échange non plus avec un seul mais deux savoirs).

¹¹² D.GENELOT, p.319, option précitée n°64, p.40

Cet accompagnement du changement est à mettre en lien avec la fonction institutionnelle et stratégique du directeur qui implique pour la première, de maintenir l'équilibre, l'ordre, la stabilité, la sécurité, d'être garant de la qualité du projet et de son articulation avec le projet personnalisé et associatif et pour la seconde d'inscrire le projet dans le cadre d'une mission d'intérêt général et d'utilité sociale¹¹³, du schéma départemental¹¹⁴ et en interaction avec l'environnement.

3.3.1 Anticiper les évolutions et manager le changement

Si un certain nombre de leviers peuvent être actionnés par le directeur dans une institution, je pense qu'il s'agit tout autant d'anticiper les évolutions que d'accompagner le changement en optant résolument pour un management qui ouvre des perspectives.

Cet aspect est à mettre en résonance avec le rôle d'entrepreneur du directeur à savoir, adopter une position d'innovateur actif et d'anticipateur capable de prévisions et de projets.

Comme le soulignent J.HOUDIN et F. PLAZANET¹¹⁵, « Diriger un établissement consiste à le conduire quelque part. Pour cela il convient de déterminer un itinéraire, de le valider, le baliser, l'indiquer, se donner la logistique indispensable au parcours, l'entretenir et le protéger durant le trajet ».

Je compléterai les propos de ces deux auteurs en rajoutant que cette capacité à mettre en synergie les différentes composantes de l'établissement (structure, culture, interrelations avec les acteurs, environnement) nécessite par ailleurs pour le directeur d'avoir selon une expression courante « toujours une longueur d'avance ».

Le style de management à adopter concernant la gestion des ressources humaines doit de mon point de vue être adapté à l'environnement, aux professionnels et à leur niveau d'autonomie. Si les principales causes de la résistance au changement que celles-ci soient individuelles, structurelles, conjoncturelles ou collectives sont aujourd'hui connues, je pense que la tâche est d'autant plus difficile que le management s'apparente fréquemment à un art, « celui d'orienter les comportements et de prendre les mesures qui permettent d'atteindre les objectifs collectifs définis pour une organisation »¹¹⁶, tout en tenant compte des contraintes du réel et de la complexité des rapports humains.

¹¹³ Article 5 de la Loi du 02 janvier 2002.

¹¹⁴ Article 18 et 19 de la Loi du 02 janvier 2002.

¹¹⁵ HOUDIN J., PLAZANET F. La stratégie. Le jeu du directeur. Revue Management n°4, mai 2001, p.4.

¹¹⁶ FEVRE L. Caractéristiques du management en travail social. Les Cahiers de L'Actif n°314/317, p.81

A cette étape de mon parcours professionnel et de ma réflexion personnelle, ma conception du management des ressources humaines me conduit à penser que manager c'est réduire les incertitudes, optimiser des ressources, qu'encadrer une équipe c'est lui permettre de travailler et non l'y enjoindre à tout prix.

Etre à l'écoute, proposer et parfois imposer, inciter mais aussi diriger, sont des moyens parmi d'autres, de créer une dynamique au sein d'un collectif, de faire que les individus aient le désir d'aller de l'avant, de rassembler des personnes pour atteindre un objectif commun. Ceci n'exclut pas bien au contraire que le directeur soit amené vis-à-vis de l'équipe à prendre position. Le salarié s'il a besoin d'être soutenu et encouragé dans son travail, n'en a pas pour le moins un rôle à tenir, une mission à remplir vis-à-vis de l'utilisateur. Cette situation renvoie au pouvoir et à la prise de décisions qui caractérisent la fonction de direction.

A ce titre, je pense que décider c'est définir des règles du jeu, c'est remédier aux relations entre les acteurs en étant vigilant toutefois à ne pas confondre « le pouvoir de », pouvoir réglementaire et disciplinaire du directeur en tant qu'il est le représentant de l'employeur et « le pouvoir sur » qui s'apparente à ce que j'appellerai l'abus de pouvoir et qui peut consister par exemple à mettre en difficulté un professionnel, à vouloir « tout faire » ou faire « à la place de », provoquant ainsi le « subir » plutôt que « l'agir » du salarié ou de l'équipe.

Anticiper les évolutions et manager le changement, c'est équilibrer les temps de la réflexion, de l'action et de la décision. « Il faut agir en homme de pensée et penser en homme d'action » écrivait en son temps le philosophe français Henri BERGSON¹¹⁷. Cette citation me semble tout à fait appropriée à ce qu'implique une fonction de direction. En effet, réflexion, action et décision y tiennent une place importante dans la mesure où il s'agit :

- d'anticiper les évolutions, de mettre au travail les questions et problèmes nouveaux que peut poser l'accueil dans l'établissement d'utilisateurs présentant des situations de handicap très diverses ;
- d'élaborer des outils pour agir et si possible remédier aux dysfonctionnements ;
- d'améliorer régulièrement la qualité de la prise en charge médico-sociale délivrée à l'utilisateur.

¹¹⁷ H.BERGSON, philosophe français et diplomate, auteur entre autres de l'ouvrage : L'évolution créatrice (1907).

Ceci d'autant plus, que comme l'écrit J.M MIRAMON¹¹⁸, « L'institutionnalisation est un risque permanent pour toute organisation dans la mesure où le poids des traditions, des mythes fondateurs, ne porte pas à interroger des équilibres anciens, mais à reproduire dans le temps et l'espace des structures figées et des comportements stéréotypés ».

Si je reprends la formulation du constat posé dans l'introduction de mon mémoire à savoir : « l'existence d'écarts entre l'offre de service délivrée par la structure et mise en oeuvre par les professionnels et la ou les réponses apportées aux attentes et besoins des usagers », il est clair que ma fonction et ma responsabilité de directeur ne peuvent que me conduire à la réflexion, à l'action et enfin à la décision pour réduire précisément ces écarts.

Si la fonction de réflexion, n'est pas fort heureusement l'apanage du directeur, sa position de recul en favorisant une vue d'ensemble du fonctionnement institutionnel peut rééquilibrer ce qui relève de l'action et de la réflexion, faire que l'urgence ne prenne trop vite le pas sur la décision, sur l'improvisation.

L'expérience de l'intérim de la direction de l'établissement sur une durée de 9 mois m'a amené, à constater qu'équilibrer les aspects d'organisation, de programmation, de régulation, les temps de la réflexion, de l'action et de la décision c'est exercer une fonction de pilote du projet institutionnel et de garant de la qualité de la prise en charge de l'utilisateur.

3.3.2 Inscrire l'action dans le cadre des orientations du schéma départemental, de la politique associative et des politiques publiques.

Inscrire l'action dans le cadre des orientations du schéma départemental, de la politique associative et des politiques publiques, c'est gérer l'équilibre entre la dimension politique (mettre en œuvre des orientations, répondre à des missions) et la dimension technique (assurer le bon fonctionnement de l'établissement, offrir à l'utilisateur une prestation adaptée à ses besoins). Un travail d'aide technique est ainsi à réaliser par le directeur auprès des membres de l'Association dans la mesure où il s'agit, dans la situation présente, de passer d'une logique d'entraide (conception familiale de la prise en charge de la personne) à une logique de compétence, de professionnalisation, de service à la personne.

Inscrire l'action dans le cadre des orientations du schéma départemental, de la politique associative et des politiques publiques, c'est ne pas se limiter dans les relations avec les

¹¹⁸ MIRAMON J M. Promouvoir le changement. Les Cahiers de L'Actif n° 314/317, p.213

partenaires institutionnels ou non à des impératifs fonctionnels mais ouvrir la réflexion, partager des préoccupations, se positionner en partenaire potentiel de projet à venir.

A ce titre, faire savoir et faire valoir les actions engagées par l'établissement, c'est aussi un des moyens pour le directeur de répondre à un impératif de lisibilité des pratiques, d'assurer pour l'établissement une meilleure connaissance de ses limites et de ses difficultés par les partenaires, une reconnaissance de ses compétences et de sa spécificité par les organismes de tarification, de contrôle et d'orientation.

Comme l'écrit, T.GALLAT¹¹⁹, « Il est impératif d'établir une relation régulière avec ces organismes qui ne se limite pas à la dimension de gestion du budget immédiat et du quotidien, mais qui permette d'évoquer l'avenir plus lointain, les perspectives. »

3.3.3 Le projet d'établissement : un outil de pilotage de l'offre de service.

Les Annexes XXIV définissaient déjà en 1989 le projet ainsi : « Après concertation menée avec l'ensemble des personnels placés sous son autorité, le directeur propose au conseil d'administration, un projet d'établissement fixant les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques du centre ainsi que les modalités de leur réalisation et l'évaluation de leur résultat. »¹²⁰

Aujourd'hui, l'Article 12 de la Loi du 2 janvier 2002 précise que : « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du Conseil de la Vie Sociale.... »

Le personnel d'un établissement du secteur social et médico-social, étant comme je l'ai abordé plus haut une valeur clé du bon fonctionnement d'une entreprise de service à la personne, la Loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en rendant désormais obligatoire ce document lui a conféré selon moi une double dimension à savoir d'être un outil de management des ressources humaines et de pilotage de l'offre de service.

Au regard du management des ressources humaines, je suis totalement en accord avec M.LAFORCADE¹²¹ qui écrit, que le projet « est l'occasion d'engager une réflexion

¹¹⁹ T.GALLAT, p.59, option précitée n°35, p.22

¹²⁰ DUPONT-LOURDEL : Genèse des Annexes XXIV. Publications du CTNERHI, 1992.

¹²¹ LAFORCADE M. Le directeur à l'épreuve de la qualité. Le nouveau Mascaret, 1998, n°54, pp.13-19

stratégique et d'échapper par la même à la dictature du court terme », qu'il « est aussi un outil de communication qui permet de décroisonner et de rassembler », qu'il « est enfin le cadre de référence à la disposition de tous ».

Concernant le pilotage de l'offre de service, je pense que le projet d'établissement comme je l'ai schématisé dans une des annexes jointes¹²², du fait d'une temporalité maintenant définie, oblige à revisiter régulièrement les fonctionnements et à repenser les pratiques professionnelles.

Impliquer le personnel autour d'une réflexion commune sur l'adéquation de l'offre de service aux besoins des usagers n'est donc pas du temps perdu. Dans la situation que connaît actuellement l'établissement, à savoir une évolution de la population caractérisée par une plus grande variété des problématiques présentées par les usagers, c'est de mon point de vue un axe stratégique nécessaire dans le cadre du pilotage de l'offre de service. De nombreuses réunions en équipe pluridisciplinaire sont consacrées à ce travail de réflexion. Il s'agit d'utiliser les ressources de l'établissement, de renforcer sa lisibilité et sa cohérence dans la perspective de créer de la compétence collective, résultante de l'adhésion et de la participation des professionnels à la mise en œuvre du projet d'établissement.

Je pense, telle est du moins une de mes options de travail, que le projet peut faire naître ce comportement synergique de l'équipe et servir une dynamique de changement des pratiques. Il représente un outil à utiliser à bon escient et sans modération plus qu'une fin en soi. Je sais aussi que cette démarche faite de technicité et de prévenance, de vigilance par rapport aux besoins et attentes des personnes bénéficiaires de l'offre de service, reste fragile, difficile et demande du temps.

3.4 Evaluer l'offre de service

Les Annexes XXIV et plus récemment la Loi du 2 janvier 2002 dans son Article 1er précisent que l'action sociale et médico-sociale repose sur une évaluation continue des besoins et attentes des personnes handicapées. Cette même Loi fait obligation aux établissements de procéder « à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent ... »¹²³

¹²² Annexe IX : Le projet d'établissement comme outil de pilotage de l'offre de service.

¹²³ CSAF, Art. L. 312-8.

Aussi, il me paraît difficilement concevable de dissocier la stratégie de direction de la démarche d'évaluation. Occasion donnée de réfléchir en équipe pluridisciplinaire aux finalités et au sens des actions mises en œuvre par l'établissement, elle est un moteur et un levier de changement et d'amélioration des pratiques professionnelles dont nous avons vu précédemment qu'elles apparaissaient souvent standardisées et normatives. Dans ce sens, l'établissement a engagé récemment un important travail d'élaboration d'outils d'évaluation interne, outils qui devraient pouvoir être opérationnels très prochainement.

Ainsi, évaluer l'offre de service c'est aller vers une diversification de celle-ci et s'engager dans une démarche à multiples facettes : marque de respect de l'utilisateur concerné au premier chef par les actions mises en œuvre dans l'établissement, volonté de transparence et de lisibilité des pratiques professionnelles, recherche de la qualité et enfin garantie d'une cohérence institutionnelle. L'évaluation s'inscrit de plus pour ma part comme un outil de prévention de la maltraitance¹²⁴, de l'usure du personnel, de l'arbitraire, de la toute puissance du personnel sur l'utilisateur.

3.4.1 Passer de la réalité à la qualité de la prise en charge

Si parler d'évaluation, c'est mettre l'utilisateur au centre du dispositif d'accompagnement comme nous y invite la Loi du 02 janvier 2002, c'est aussi s'interroger sur la concordance qui existe ou non entre d'un côté, la prestation réalisée par la structure et de l'autre, le besoin qui a été au préalable identifié. L'évaluation est une phase de déconstruction de ce que l'on fait, pour aller à contre courant des évidences, de ce qui fonctionne, de ce que l'on pense. Evaluer, c'est interroger la brillante du cadre, ce qui semble aller de soi.

Aussi pour ne pas se résumer à de bonnes intentions, à des postures de principes, à des pratiques sans réel contenu, un certain nombre de déclarations comme posséder des documents de communication, faire des projets personnalisés, consulter les parents, posséder des règles de vie, doivent être soumises à l'évaluation. Comme tout projet, le projet individuel ne vaut selon moi que dans la mesure où il s'accompagne d'outils de mesure des résultats et d'actualisation des objectifs et des moyens.

La démarche d'évaluation implique la mise en œuvre d'une réflexion individuelle et collective sur la pertinence et l'adaptation de la prise en charge comme réponse aux

¹²⁴ Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance, du 14/03/2007 à l'initiative du Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées et aux Personnes Handicapées.

besoins de l'usager. Cette réflexion n'a d'intérêt que si elle débouche sur des objectifs de progrès, se prolonge par une ou des actions visant à réduire les écarts entre :

- les attentes ou besoins des bénéficiaires (le service attendu) ;
- l'engagement du prestataire ou son offre (le service déclaré) ;
- les prestations effectivement fournies (le service rendu).

Cet ajustement de la prestation aux besoins de la personne est par ailleurs, une autre façon pour le directeur de rationaliser l'utilisation qui est faite des ressources de l'établissement. Compte tenu des contraintes budgétaires actuelles, c'est de mon point de vue une dimension qui ne doit pas être négligée.

Améliorer la qualité du service en réduisant les écarts entre l'offre de service voulu, perçue et réalisée, c'est se référer à la fonction innovatrice du directeur à savoir, faire évoluer, imaginer, inventer, expérimenter, créer une nouvelle offre de service.

Il est un fait que la logique de fonctionnement peut, si le directeur n'est pas vigilant, prendre le dessous sur la mission première de l'établissement à savoir fournir à l'usager une prestation de qualité, adaptée à ses difficultés et prenant en compte ses besoins.

Comme j'ai pu le souligner précédemment, l'évolution de la population n'est pas toujours, loin s'en faut, accompagnée d'un réajustement des pratiques professionnelles de la part de ceux qui les mettent en œuvre. La prise en charge de l'usager peut si l'on n'y prend garde, être réduite à un acte fonctionnel, organisationnel voire occupationnel. C'est un écueil qui existe dans l'établissement face à des usagers présentant une déficience intellectuelle lourde et qui se manifeste souvent de manière insidieuse au point que, comme l'écrit J.R LOUBAT¹²⁵, « Lorsque des acteurs veulent masquer leurs limites de compétences, ils tendent à opacifier la prestation derrière un discours verbeux ne se prêtant à aucune évaluation, puisque ne renvoyant à aucune action précise. »

Passer de la réalité à la qualité de la prise en charge, c'est garantir et préserver le sens des actions engagées. La diversité des situations de handicap présentées par les usagers peut renforcer cette difficulté à donner sens au travail, être générateur d'un sentiment d'insécurité voire d'incohérence. Pour redonner du sens à son action, le professionnel peut être tenté par un repli sur son groupe éducatif (sentiment de maîtrise alors qu'au niveau institutionnel c'est le flou...). Je pense que le sens contribue au maintien de l'unité d'un établissement, que sa présence renvoie aux liens institutionnels et que son absence

¹²⁵ J.R LOUBAT. Manager les compétences. Les modalités. Les Cahiers de l'Actif n°338/341, p128.

est synonyme de relâchement de ces mêmes liens voire tend à favoriser la constitution de zones d'incertitude. L'écrit par la transmission de documents réactualisés revêt alors une importance particulière dans la mesure où il atteste, de la technicité de l'établissement. Il est à mettre en lien avec l'évaluation de l'offre de service car sans trace écrite des projets, il paraît difficile de mesurer les écarts entre les objectifs posés et les moyens mis en œuvre.

3.4.2 Promouvoir la participation et la responsabilisation du personnel

Promouvoir la participation et la responsabilisation des professionnels, c'est faire le pari de l'intelligence des acteurs, opter pour le management des talents. Il s'agit donc bien pour le directeur et l'équipe d'encadrement de penser l'organisation du travail de telle sorte qu'elle favorise le développement et l'entretien de la motivation de chaque opérateur.

Remplir des grilles ne sert à rien dans le cadre de l'évaluation évoquée plus haut, si les acteurs ne se les approprient pas. Plus que le résultat et le produit (le référentiel) ce qui me paraît important dans la démarche d'évaluation qu'a engagé l'établissement, c'est ce qu'elle a pu faire naître en terme de cohésion d'équipe même si beaucoup de chemin reste encore à parcourir.

Comme l'écrit D.GENELOT¹²⁶, « Le manager d'entreprise, outre qu'il a lui-même ses propres valeurs et son propre désir, doit se mettre à l'écoute des motivations très diverses des individus qu'il dirige et organiser le travail pour tirer le maximum d'efficacité de ce kaléidoscope ».

Il s'agit d'activer un certain nombre d'éléments permettant une implication continue des salariés dans les processus de prises de décision par la mise en œuvre d'une répartition des tâches fondée sur la notion de responsabilité, par la mise en place de situations de travail assez complexes et exigeantes pour constituer chaque fois des défis à relever.

Il s'agit aussi d'élaborer un dispositif d'évaluation interne conformément aux préconisations de la Loi du 2 janvier 2002 visant à entretenir la dynamique institutionnelle, l'absence d'évaluation pouvant, de mon point de vue, entraîner un affaiblissement de la motivation des professionnels.

En clarifiant au sein de l'établissement les actions mises en œuvre, les objectifs visés et les moyens déployés pour réaliser ces mêmes actions au bénéfice de l'utilisateur, on améliore l'organisation du service. Mobiliser le personnel n'est pas une tâche facile. Elle

¹²⁶ D.GENELOT, p.202, option précitée n°64, p.40

nécessite une forte capacité à l'écoute, à l'accompagnement, à l'encouragement de chacun dans la réalisation de son travail. Si ces conditions sont réunies, elles peuvent faire naître « une convergence d'intérêts » au bénéfice de l'utilisateur, permettant de sortir ou au moins d'amoinrir les clivages, les divergences d'approche pouvant parfois exister au sein d'un même champ d'intervention ou entre les différents secteurs professionnels d'un même établissement.

Promouvoir la participation et la responsabilisation des professionnels, c'est inmanquablement évoquer la notion de délégation. Si le directeur assume un certain nombre de tâches, il doit aussi en confier à d'autres. Un des aspects essentiels de la fonction de direction renvoie au partage des responsabilités, à ce qu'on nomme la délégation qui exclut bien évidemment de « s'en laver les mains » mais implique à l'inverse que chacun doive rendre des comptes. Il s'agit de mettre en place des délégations clairement formalisées, explicitées et identifiées, de confier des missions ciblées favorisant la prise de responsabilité, la valorisation des savoirs-faire, l'autonomie dans l'exécution du travail, tout en s'inscrivant dans le cadre des orientations du projet institutionnel. Comme l'écrit Pierre LONGIN¹²⁷ citant BOOKER Washington, « L'une des meilleures façons d'aider quelqu'un est de lui donner une responsabilité et de lui faire savoir que vous lui faites confiance. »

Les risques de blocage, d'immobilisme d'une équipe de professionnels peuvent à mon sens être transformés de façon positive, si les partenaires se donnent un cadre de travail à l'intérieur de l'institution qui n'assujettisse pas les personnes au point d'attendre d'un quelconque savoir ce qu'elles devraient faire mais les investisse de la responsabilité de leur travail. Je pense en accord avec Christian MOLLER¹²⁸, que « L'intelligence se trouve au sein des équipes. C'est bien auprès d'elles qu'il faut faire émerger de nouvelles réponses aux demandes des usagers, en sollicitant régulièrement leur regard sur les problèmes posés. »

La mise en place d'un outil d'amélioration¹²⁹ des pratiques sur lequel je travaille actuellement avec des représentants des différents secteurs professionnels de l'établissement, l'animation à tour de rôle de la réunion d'équipe par un voire deux de ses participants, sont des moyens parmi d'autres d'associer et de responsabiliser le professionnel pour optimiser la qualité de l'offre de service.

¹²⁷ LONGIN P. Développer la compétence des acteurs. Les Cahiers de L'Actif n° 338/341, p.100

¹²⁸ MOLLER C. Revue Direction n°30 mai 2006, p.24, option précitée n°67, p.41

¹²⁹ Annexe VIII. Promouvoir la participation et la responsabilisation des professionnels.

Je pense qu'un des moyens parmi d'autres d'éviter de rigidifier le fonctionnement institutionnel est, à chaque fois que cela est compatible avec la bonne marche de l'établissement et la qualité de la prise en charge de l'usager, de « penser en mode participatif » c'est-à-dire de partir et d'utiliser les idées du collectif. Comme le souligne Louis FEVRE¹³⁰, « L'efficacité du manager est sans doute d'autant mieux assurée qu'en faisant participer les agents aux décisions qui les concernent, il rencontre leur autonomie et les valeurs qui peuvent les mobiliser ».

Si chaque professionnel ne peut répondre du même engagement et si la fonction de direction impose une grande vigilance au regard de l'animation des ressources humaines, une des conditions de la mise en œuvre de l'accompagnement du changement revient selon moi à obtenir l'adhésion des professionnels, leur confiance dans la capacité de l'institution à évoluer.

3.4.3 Associer les bénéficiaires et leur famille à la mise en œuvre de l'offre de service et à son évaluation.

Parmi les axes stratégiques prioritaires du directeur, celui concernant la définition et la conduite du projet d'intervention sociale, se trouve être en résonance forte avec certains des attendus de la Loi du 2 janvier 2002¹³¹. En effet, celle-ci en introduisant dans notre secteur une logique de projet, d'évaluation et de qualité, confirme aussi et surtout les droits fondamentaux des usagers et les moyens de leur expression et de leur participation à la vie et au fonctionnement de l'établissement.

Si je me réfère au dictionnaire Le Petit ROBERT, le droit à la participation y est défini de la façon suivante : « Il s'agit du droit de regard, de libre discussion et d'intervention de ceux qui, dans une collectivité, doivent en subir la loi, le règlement ». Le droit à la participation s'accompagne bien dans cette acceptation du droit d'exprimer son avis, de faire des propositions. Il s'agit donc de permettre à l'usager d'intervenir sur son projet personnel et de pouvoir exprimer son avis au regard de la dimension collective, de favoriser son implication dans l'amélioration du fonctionnement et de l'associer aux décisions.

Un certain nombre d'instances représentatives visant à favoriser la participation ou l'expression de l'usager ont ainsi été prévues par le législateur. « Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du

¹³⁰ L.FEVRE. Caractéristiques du management en travail social. Les Cahiers de L'Actif n°314/317, p.81

¹³¹ Article 8 de la Loi du 02 janvier 2002.

service, il est institué soit un conseil de la vie sociale soit d'autres formes de participation »¹³². Par autres formes de participation, il faut entendre, les groupes d'expression, l'organisation de consultations des usagers (J'ai sollicité sur ce point des représentants des usagers pour qu'ils fassent des propositions sur l'élaboration d'un outil permettant à chaque enfant et adolescent et ceci quelles que soient ses difficultés de pouvoir donner son avis sur une activité proposée, un aspect du fonctionnement de l'établissement), l'utilisation d'enquêtes de satisfaction (évaluer à intervalles réguliers le respect des besoins et attentes des usagers et dégager des opportunités d'amélioration). Associer l'utilisateur à la mise en œuvre de l'offre de service, c'est faire émerger la dimension de citoyenneté dans les pratiques des professionnels.

Associer l'utilisateur à la démarche d'évaluation de l'offre de service, c'est intégrer celui-ci comme un acteur à part entière, c'est initier de nouvelles formes d'engagement, de contractualisation prolongeant celles prévues par le législateur dans le cadre du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge. A ce titre et comme le souligne J.M LHUILLIER¹³³ « Les instruments destinés à développer et formaliser le droit des usagers peuvent être regardés comme une contrainte supplémentaire d'essence administrative ou comme une occasion à saisir de renouveler les pratiques, notre relation à l'utilisateur : d'objet de droit, l'utilisateur doit devenir sujet de droit ».

Les différents outils de la Loi du 2 janvier 2002, ne sauraient se réduire à des actes administratifs, de même que la mise en œuvre des droits des usagers nous oblige à aller au-delà de la simple application technique pour partir des personnes et de leurs besoins. La responsabilité du directeur étant de faire partager et vivre ces outils sur le plan institutionnel, je pense qu'il reste essentiel pour qu'une institution soit « efficace » que celle-ci, ne soit pas définie une fois pour toutes, sans que la population qui y est accueillie, n'ait la possibilité d'influer sur son organisation, de faire preuve d'initiatives, de pouvoir y prendre des responsabilités.

L'action sociale se déployant aujourd'hui dans un contexte où les formes de ségrégation et les figures de l'exclusion sont nombreuses et parfois contraires au respect de la personne humaine, être directeur d'un établissement ou d'un service social ou médico-social, c'est affirmer un positionnement éthique, c'est prendre position, établir des choix, affirmer des engagements, défendre des valeurs.

¹³² Article 10 de la Loi du 02 janvier 2002

¹³³ LHUILLIER J.M. Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Rennes, ENSP, 2005, p.22

CONCLUSION

Si l'évolution de la population reçue dans l'établissement n'est pas sans incidences sur le fonctionnement institutionnel et les acteurs qui assurent et mettent en œuvre la prise en charge de l'utilisateur, elle ne doit pas pour autant être perçue comme une menace externe mais bien de mon point de vue, comme une opportunité à repenser le fonctionnement global de la structure, à revisiter les pratiques professionnelles.

Cette évolution de la population peut transformer ce que j'ai identifié comme des « points de fragilité institutionnelle » en « points de force » à condition qu'elle soit accompagnée et maîtrisée et que les fonctions d'expert, de veille sociale et de garant du directeur soient toujours en « alerte ».

Ceci afin de garantir que les actions déployées au bénéfice de l'utilisateur, ne se fassent sans qu'elles soient l'objet d'une réflexion en équipe et interrogées au niveau de leur qualité, de leur pertinence, de leur effectivité, de leur réalité et de leur sens. Ceci afin d'éviter que les écarts entre les besoins des usagers et les réponses du terrain fassent simplement l'objet de constats mais soient toujours une question à travailler sur le plan institutionnel.

Si L'I.M.E dispose de réels atouts pour assurer la qualité de la prise en charge des enfants et des adolescents que nous accueillons, un cadre verdoyant de 7 hectares, du personnel qualifié à 95%, des moyens matériels en nombre et en qualité satisfaisants, il appartient au directeur de transformer cette énergie, de mettre en synergie ces différents points de force.

A cette étape de mon parcours professionnel, je pense qu'une attention de tous les instants doit être portée aux ressources humaines comme valeur-clé de la réussite des actions engagées et à fortiori de celles à venir. A cette étape de ma réflexion, je pense que diriger un établissement ne se réduit pas à la simple administration des hommes et des biens mais nécessite la mise en œuvre d'une politique volontariste. Politique visant entre autres et plus particulièrement dans la situation présente, à être pour le directeur et son équipe force de propositions, à l'interne et à l'externe, pour que les dimensions d'intégration scolaire, sociale et professionnelle ne se résument pas à de « bonnes intentions » mais soient des « pénétrantes » porteuses de réel changement sur le plan institutionnel. Le projet d'établissement est à ce titre un outil essentiel de pilotage et d'évaluation de l'offre de service au bénéfice de l'utilisateur.

Conclure, ce n'est pas donner à penser que tout a été dit. Passer d'une logique de fonctionnement à une logique de service à la personne, modifier les pratiques professionnelles pour les enrichir et les adapter à l'évolution de la population n'est pas une mince tâche.

Elle ne peut manquer de soulever des résistances car le changement ne saurait se décréter, de même qu'on ne peut le vouloir sous le prétexte « qu'il faut ». Si l'esprit humain a la capacité de penser le changement, s'il est dans la nature de l'homme d'aller vers « le mieux », faut-il encore laisser le temps effectuer son travail pour que la pensée s'élabore, se construise et joue un rôle fédérateur.

Si les réflexions et les pistes de travail exposées dans mon mémoire sont à affiner, à enrichir, elles seront aussi et surtout à soumettre à l'épreuve de la réalité.

Mais c'est un challenge que je compte bien relever

Je terminerai cet écrit, par cette citation de J. LADSOUS¹³⁴ qui contient me semble-t-il, des pistes de réflexions utiles pour une fonction de direction.

« Diriger, c'est être responsable de la capacité des autres à être responsables eux-mêmes. C'est être garant de la vie des autres dans ce qu'elle a de plus digne et de plus personnel. C'est refuser la sécurité confortable pour accepter le risque que les choix nécessaires de chacun font courir à l'ensemble. C'est aussi choisir entre des risques, savoir dire non quand ils sont mal calculés, dire oui quand ils sont sources de dépassement et moteur de progrès ».

¹³⁴ LADSOUS J. Pour une Direction qui ouvre des perspectives. Cahier de Beaumont, n°31, p.123

Bibliographie

OUVRAGES

- AFCHAIN J.** *Les Associations d'Action Sociale : outils d'analyse et d'intervention*, Paris : Dunod, 2001, 270 p.
- AUBERT N.** *Diriger et motiver : art et pratique du management*, Collection manuels EO/FP, Editions d'organisation, 1996, 2002, 355 p.
- BRAZELTON T.B., GREENSPANN S.I.** *Ce dont chaque enfant a besoin*, Marabout, 2004, 348 p.
- BERGSON H.** *L'évolution créatrice*, 1907.
- DALLA PIAZZA S., DAN B.** *Handicaps et Déficiences de l'enfant*, Editions De Boeck Université, 2001.
- DHUME F.** *Du travail social au travail ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales*. Paris : Editions ASH, mars 2001, 206 p.
- DUCALET P., LAFORCADE M.** *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Paris : Seli Arslan, 2000, 272 p.
- GENELOT D.** *Manager dans la complexité, réflexions à l'usage des dirigeants*, Paris : Insep Consulting Editions, 2001, 357 p.
- JAEGER M.** *Guide du Secteur Social et Médico-social*. Paris : Dunod, 2000.
- JONAS H.** *Le Principe Responsabilité*, Collection Champs Flammarion, 1998.
- LEFEVRE P.** *Guide la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 1999, 305 p.
- LHULLIER J.M.** *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Rennes : ENSP, 2005.
- LOUBAT J.R.** *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2002, 258 p.
- MIRAMON J.M.** *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes:ENSP,1996,105 p
- MISES R., QUEMADA N., BOTBOL M., BURSZTEJN C., DURAND B et coll.** *Nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*, CFTMEA 2000, Ann Med Psychol 2002.

SITES INTERNET

www.handicap.gouv.fr
www.santé.gouv.fr
www.unapei.org
www.legifrance.gouv.fr

ARTICLES

BEAUCOURT C. Richesses et paradoxes du management dans les entreprises sociales. *Les Cahiers de l'Actif*, n°314-317, 2002, pp.40-42.

DUSART A. La méthodologie et les outils au service de la qualité. Panorama non exhaustif des outils existants. *Les Cahiers de l'Actif*, n° 350/353, 2005, pp.201-221.

FEVRE L. Caractéristiques du management en travail social. *Les Cahiers de l'Actif*, n°314-317, 2002, p.81

GILLIS A. La pédopsychiatrie maltraitée. *Le Monde*, 10 janvier 2004.

HOUDIN J., PLAZENET F. La stratégie : le jeu du directeur. *Revue Management*, n°4, mai 2001, p.5

JOING J L. Le management des compétences.....Clé de voûte de l'architecture du système qualité et éthique. *Les Cahiers de l'Actif*, n° 338-341, 2004, p.76

LADSOUS J. Pour une Direction qui ouvre des perspectives. *Cahier de Beaumont*, n°31, p.123.

LAFORCADE M. Le directeur à l'épreuve de la qualité. *Le Nouveau Mascaret*, n°54, 1998, pp.13-19.

LAROSE D. Coopération sociale et médico-sociale : les atouts du GCSM. *TSA Hebdo*, 15 septembre 2006.

LEGALFOUX V. Les 7 défis du management de demain. *Revue MAITRISER*, décembre 1999, pp.19-21.

LONGIN P. Développer la compétence des acteurs. *Les Cahiers de l'Actif*, n° 338-341, 2004, p.101

LOUBAT J R. Manager les compétences : Les enjeux. *Les Cahiers de l'Actif*, n° 338/341, 2004, p.16 et 50.

MIRAMON JM. Promouvoir le changement. *Les Cahiers de l'Actif*, n°314-317, 2002, p.213

QUENTIN O., MOLLER C., LANGEVIN V. Dossier réalisé par LEOTOING M. Mission : mobiliser le personnel. *Revue Direction*, n° 30, mai 2006.

DOCUMENTS

AMERICAIN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 edition DSM-IV-TR Washington DC, American Psychiatric Press, 2000.

CREDOC. *Enquête Etablissement 2001*. ASH du 07 mai 2004.

INSEE. , SESI. *Enquête Handicaps, Incapacité, Dépendance*, 2005.

MARIGNIER J. *Rénover l'organisation d'un I.M.E pour favoriser l'intégration de jeunes handicapés mentaux en milieu ordinaire*. Mémoire CAFDES, Rennes : ENSP, 2004.

UNAPEI. *Etude I.M.Pro*, janvier 1995, p.53

ASSOCIATION AMERICAINE SUR LE RETARD MENTAL. *Définition, classification et système de soutien*, Edisem, 1994, 9^e édition, 169 p.

DICTIONNAIRE CRITIQUE D'ACTION SOCIALE. Bayard éditions, 1995, p.202

PAPAY J. *Complexité et Multiréférentialité*. IRTS Paca et Corse, 2004, 35 p.

GALLAT T. *D'une logique de filière à une logique de parcours: pour un accompagnement personnalisé à partir d'un I.M.E.* Mémoire CAFDES, Rennes : ENSP, 2004.

SOUTOU P., GAGNEUX M. *Rapport de L'IGAS n°1999006 relatif aux instituts de rééducation*, janvier 1999.

RAPPORT BLOCH-LAINE. *Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées*, 1967.

DUPONT-LOURDEL E. *Genèse des Annexes XXIV : lecture guidée pour accompagner une réforme*. Publications du CTNERHI, 1992.

Liste des annexes

ANNEXE I : Les créations de places en SESSAD et dans les établissements pour enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle.

ANNEXE II : Le plateau technique de l'établissement.

ANNEXE III : L'enseignement scolaire dans les établissements du secteur médico-social.

ANNEXE IV : Données concernant le personnel de l'I.M.E.

ANNEXE V : Les orientations des usagers dans le cadre de l'IMPro.

ANNEXE VI : Echancier de mon plan d'action.

ANNEXE VII: Deux outils au service de la gestion des ressources humaines.

ANNEXE VIII : Promouvoir la participation et la responsabilisation du personnel.

ANNEXE IX : Le projet d'établissement comme outil de pilotage de l'offre de service.

ANNEXE I

Les créations de places en SESSAD¹³⁵ et dans les établissements pour enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle.

Tableau n°1 : Evolution du nombre de places dans les établissements pour enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
France métropolitaine	69600	70450	67357	68774	71944	66432	66274	66051
PACA	4550	4550	4326	3875	3875	3859	3893	3869
Bouches-du-Rhône	1590	1590	1886	1587	1587	1577	1577	1577

La diminution en pourcentage du nombre de places créées entre 1998 et 2005 si elle n'est pas significative pour les Bouches-du-Rhône puisqu'elle est de l'ordre de $-0,8\%$, est plus importante sur le plan régional et national si l'on se réfère aux chiffres qui sont respectivement de $-14,40\%$ et de -5% .

Tableau n°2 : Evolution du nombre de places en S.E.S.S.A.D

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
France métropolitaine	15806	16565	17847	19617	20219	23142	24471	26255
PACA	269	269	1334	1649	1649	1825	2009	2204
Bouches-du-Rhône	12	12	433	549	549	693	737	795

Si je me réfère au tableau ci-dessus, sur le plan national, l'augmentation du nombre de places en S.E.S.S.A.D entre 1998 et 2005, est de 10449 places soit en pourcentage un accroissement de $66,10\%$. 1250 places supplémentaires de SESSAD ont par ailleurs été prévu pour la rentrée scolaire 2007 par le ministre de L'Education Nationale¹³⁶. En région PACA et Corse, l'augmentation est de 1935 places soit $719,33\%$ en pourcentage et enfin

¹³⁵ DRASS. Enquête ES – FINISS au 1.01.2005.

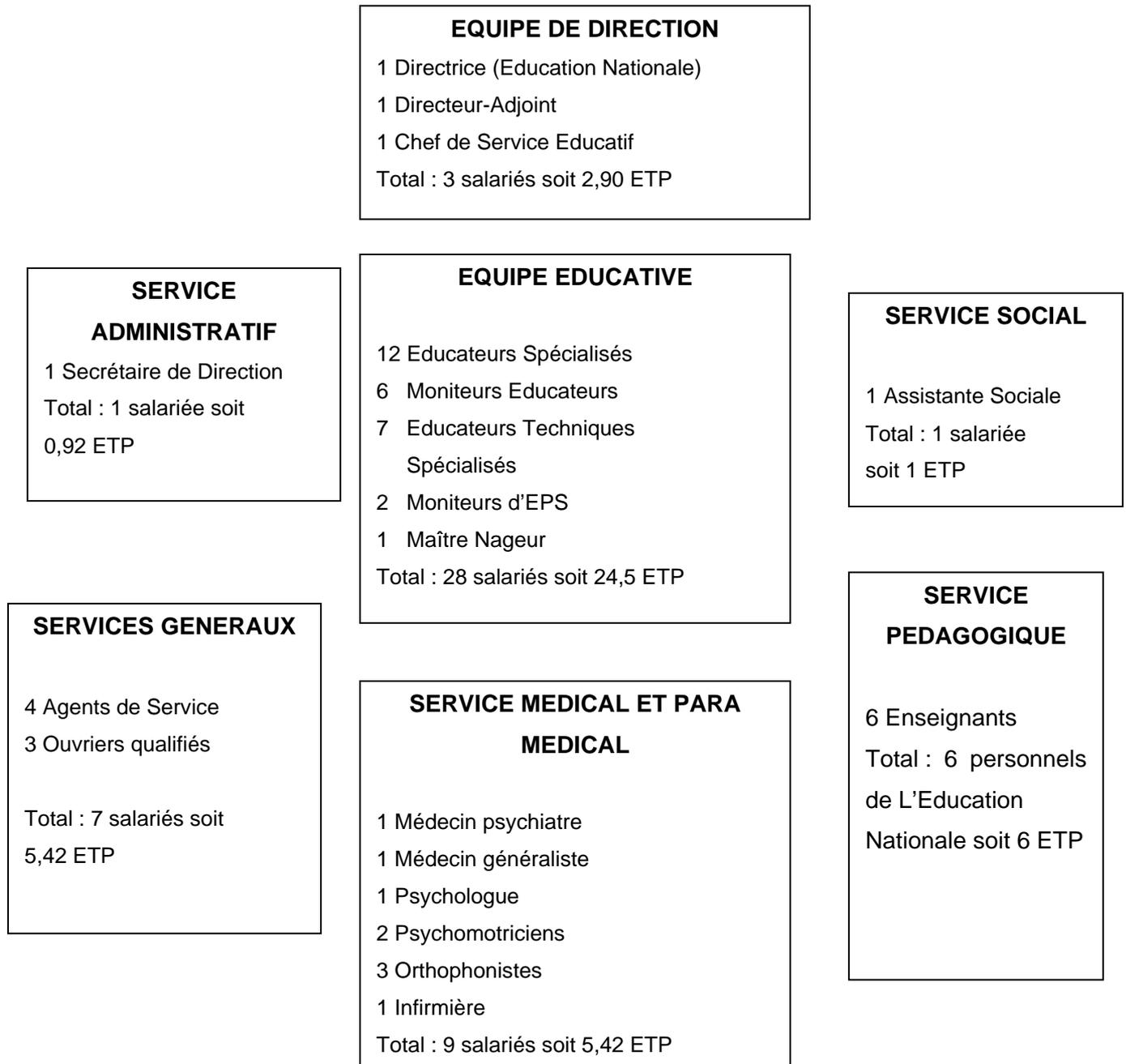
L'action du S.E.S.S.A.D comporte le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur de l'enfant et l'acquisition de l'autonomie, la préparation de l'orientation et le soutien à l'intégration scolaire à travers le dispositif des CLIS et des UPI.

¹³⁶ www.handicap.gouv.fr .La loi handicap, mettons-la en place pour que chacun trouve sa place .

dans les Bouches-du-Rhône, elle est encore plus spectaculaire puisque 783 places ont été créées soit en pourcentage une augmentation de 6525%! Il est un fait que l'accueil en S.E.S.A.D était encore très marginal dans ce département, il y a à peine 10 ans. Il n'existait en effet en 1998 que 12 places correspondant à ce type de prise en charge.

ANNEXE II

Le plateau technique de l'établissement au 31/12/2006



Les moyens en personnel représentent 56 salariés soit 46,16 ETP.

ANNEXE III

L'enseignement scolaire dans les établissements du secteur médico-social

L'infrastructure dans le cadre de laquelle est dispensé l'enseignement scolaire dépend de l'application très diversifiée qui a été faite de l'Article 5 de la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975, des circulaires Questiaux sur l'intégration scolaire de 1983 et 1984, des Annexes XXIV et la politique de l'Education Nationale concernant les classes de perfectionnement et les Sections d'Education Spéciale maintenant dénommées Classes d'Intégration Scolaire ou Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté.

Les situations sont les suivantes¹³⁷ :

-l'enseignement est dispensé par des éducateurs scolaires à l'intérieur de l'établissement.

-l'enseignement est dispensé par des instituteurs détachés par l'Education Nationale auprès de l'établissement. Ils sont titulaires ou non du diplôme d'instituteur spécialisé. Il peut également s'agir d'éducateurs qui ont opté pour un statut « Education Nationale. La pression exercée par les parents sur l'établissement n'est pas non plus étrangère au type de choix effectué en matière d'enseignement scolaire.

-une école est constituée à l'intérieur de l'établissement, dirigée par un directeur d'école et comprenant des classes animées par des instituteurs spécialisés.

-l'Association a obtenu la création d'une ou plusieurs classes intégrées dont elle assure la gestion.

-les enfants ou adolescents sont intégrés à l'école ordinaire à temps partiel. Dans ce dernier cas, les situations sont très diverses ; les jeunes sont intégrés pour une durée variable en fonction du cas de chacun, certains individuellement, certains en groupe.

L'I.M.E « Les Cyprès » relève de la troisième situation décrite ci-dessus.

¹³⁷ UNAPEI ETUDE IMPRO 1995, p 22

ANNEXE IV

Données concernant le personnel de l'établissement

Tableau n° 1. Moyennes de l'âge et de l'ancienneté du personnel au 31/12/2006.

	AGE MOYEN	ANCIENNETE MOYENNE
Personnel éducatif et social (29 salariés, 25,5 ETP)	39 ans	15 ans
Personnel médical et para médical (9 salariés, 5,42 ETP)	42 ans	18 ans
Personnel pédagogique (6 salariés, 6 ETP)	35 ans	7 ans
Personnel des services généraux et administratifs (8 salariés, 6,34 ETP)	41 ans	17 ans
Personnel de direction (3 salariés, 2,90 ETP)	47 ans	6 ans
TOTAL	40,8 ans	12, 6 ans

Tableau n° 2 . Evolution du nombre de jours d'absences par catégorie de personnel hormis les absences exceptionnelles (longue maladie ; congé maternité ; jours de congés et de formation)

Pour information, les sigles inscrits dans les deux tableaux ci-dessous renvoient aux éléments indiqués dans le tableau précédent.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
P.E et S	217	240	195	302	340	296	345
PM. et PM	90	78	95	102	78	85	71
P.P	67	45	86	61	59	70	58
SG et A	50	48	61	39	40	36	54
D	10	5	3	8	12	9	7
TOTAL	434	416	440	512	529	496	535

Ces absences correspondent à des absences perlées, qu'il est difficile de gérer sur le plan du remplacement compte tenu de leur caractère imprévisible et de leur courte durée (arrêts maladies ou absences pour enfants malades par exemple d'une durée de 2

à 4 jours). Comme l'indique le tableau ci-dessus, ces absences concernent en priorité le personnel éducatif qui assure 70% du temps de prise en charge de l'utilisateur. Si ces chiffres sont aussi des indicateurs non négligeables du climat social de l'établissement, cet absentéisme qui introduit de fait des ruptures et discontinuités dans l'accompagnement éducatif de l'utilisateur est à mettre en lien direct avec les phénomènes d'usure et de démotivation d'une partie du personnel, phénomènes renforcés par l'évolution d'une population qui déstabilise fréquemment les professionnels.

Tableau n°3. Evolution du nombre de salariés par catégorie professionnelle ayant demandé et/ou bénéficié d'une formation dans le cadre du P.A.U.F.F (Plan Annuel d'Utilisation des Fonds de Formation).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
P.E et S	5	4	6	5	5	4	4
PM.et PM	2	1	2	1	2	1	2
SG et A	1	1	0	0	0	1	0
D	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL	9	6	8	6	7	6	6

Le personnel de L'Education Nationale ne relevant pas du plan de formation de l'établissement, ceci explique que les formations qui ont pu être réalisées par les enseignants ne sont pas inscrites dans le tableau ci-dessus. Concernant le personnel éducatif, les chiffres indiqués ne peuvent faire apparaître le fait que d'une année sur l'autre, ce sont souvent les mêmes professionnels qui demandent et obtiennent une formation. Les formations effectuées n'ont par ailleurs et le plus souvent pas de liens directs avec l'évolution du public reçu dans l'établissement. Je pense en particulier à des formations spécifiquement axées sur la prise en charge des jeunes présentant des troubles de la personnalité.

ANNEXE V

L'orientation des usagers dans le cadre de L'IMPro

Chaque année, les orientations correspondent globalement au nombre d'admissions, en moyenne 16, maintenant l'effectif global de l'établissement à 120 soit 62 pour l'IMP et 58 pour l'IMPro.

En ce qui concerne les orientations des usagers accueillis à L'IMPro (section pré-professionnelle), elles s'établissent suivant les indications ci-dessous.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
ESAT	7	8	10	7	10	9	12	63
Apprentissage	1	0	1	0	1	0	0	3
Contrat Aidé	1	0	2	0	1	0	1	5
Autre	2	1	2	1	0	2	3	11
Milieu ordinaire	1	0	0	0	1	1	0	3
TOTAL	12	9	15	8	13	12	16	85

Sur la base de 85 sorties de l'établissement depuis 2000 et ce malgré l'augmentation du niveau d'efficience des usagers reçus, nous pouvons constater que les orientations en E.S.A.T restent toujours très majoritaires et que celles vers le milieu ordinaire (apprentissage, contrat aidé et emploi direct) sont encore très marginales. Les orientations renvoyant à l'item « Autre » correspondent soit à des retours en famille soit à des réorientations vers un autre établissement ou à des déménagements.

ANNEXE VI

Echéancier de mon plan d'action

*De septembre à novembre :

- élaboration d'un plan de communication interne sur l'évolution de la population reçue dans l'établissement et les enjeux qui la sous tendent : planification de diverses réunions au niveau du personnel, du conseil de la vie sociale, rencontre avec le représentant de l'Association gestionnaire auprès de l'établissement ;
- mise en place de rencontres individuelles avec chaque salarié en vue de prendre en compte les avis exprimés au regard de cette évolution de population et d'identifier les besoins que cette situation implique en terme de formation ;
- constitution de groupes de travail interdisciplinaire sur l'adéquation ou non de l'offre de service proposée à l'I.M.E aux besoins des usagers. Le travail de ces groupes s'appuiera entre autres, sur une enquête de satisfaction réalisée au préalable auprès des usagers et de leur famille et sur les outils d'évaluation existants au niveau institutionnel dans le cadre de l'évaluation interne.

*D'octobre à décembre :

- activation du plan de formation suivant la procédure en vigueur ;
- solicitation et utilisation des A.P.R (Actions Prioritaires Régionales) sur des thématiques de formation en lien avec la problématique de l'évolution de la population ;

*De janvier à juin :

- mise en œuvre des formations individuelles et collectives ;
- mise en place de rencontres professionnelles inter établissements (échanges sur les pratiques à partir de problématiques similaires à partir du lieu d'exercice professionnel) ;
- organisation de temps de restitution de formation par secteur professionnel et lors de la réunion générale de fin d'année.

Compte tenu du fait que l'évolution de la population reçue dans l'établissement n'est pas un épiphénomène ponctuel mais apparaît bien être une tendance sur le long terme, le plan d'action décrit ci-dessus (phases et échéancier) est reconductible d'une année sur l'autre.

Les facteurs de risques et de réussite du projet

Parmi les facteurs de risques, une vigilance toute particulière doit être apportée :

- à la tendance à la théorisation face à la diversification des problématiques présentées par les usagers, théorisation qui ne serait pas accompagnée d'actions concrètes ou qui viendrait faire écran à d'autres réalités ;
- à une certaine forme d'emballage institutionnel par une absence de coordination des actions mises ou à mettre en œuvre, par une sous estimation des facteurs « temps », « réflexion » et « énergie » nécessaires à tout processus de changement des pratiques institutionnelles. Les challenges et les défis posés doivent être réalistes quant aux moyens dont dispose l'établissement.

Les facteurs de réussite du projet

Parmi les facteurs de réussite du projet, des atouts peuvent être mis en avant :

- adhésion de la majorité des professionnels de l'établissement pour travailler « autrement » en interne et en externe (existence de ressources qualitatives sur le plan humain) ;
- image positive de l'établissement auprès des familles qui peuvent être des points d'appui dans le cadre d'un travail sur le réajustement des pratiques professionnelles et d'une ouverture sur le monde extérieur compte tenu de l'importance du secteur de recrutement de l'I.M.E

Les points de vigilance

*Maintenir un équilibre concernant les problématiques des usagers reçus dans l'établissement et veiller à ce que la prise en charge des uns (les plus performants sur le plan de l'efficacité intellectuelle) ne se fasse pas au détriment des autres (les plus fragiles sur le plan de l'autonomie et des performances). Un travail auprès des familles des usagers est par ailleurs à envisager pour les informer sur l'évolution de la population et les rassurer quant à la sécurisation de la prise en charge de leur enfant.

*Ne pas sous-estimer les phénomènes d'usure du personnel et de résistance au changement des pratiques professionnelles. La création d'une culture d'entreprise au service de l'utilisateur s'inscrit de fait dans un travail sur la durée.

ANNEXE VII

Deux outils au service de la gestion des ressources humaines

Fiche de poste et entretien individuel sont deux outils qui s'inscrivent pour ma part dans le cadre des orientations définies par la Loi du 2 janvier 2002 qui impose entre autres, aux établissements relevant du secteur social et médico-social de mettre en œuvre des prestations de qualité et de procéder à leur évaluation. Ces deux outils que j'utilise dans ma pratique professionnelle s'appuient sur les apports de deux formations que j'ai effectué sur ces thèmes durant l'année 2004-2005.

A) La fiche de poste.

Comme je l'ai abordé dans la partie du mémoire intitulée « Décloisonner les secteurs professionnels », la fiche de poste en tant qu'elle est un outil de travail, ne doit pas être figée dans le temps, mais garder un caractère modifiable et évolutif. Il est par ailleurs important qu'elle ne soit pas imposée au professionnel mais fasse autant que faire se peut l'objet d'une réflexion partagée.

La fiche de poste devra toutefois comporter un certain nombre d'items.

*Intitulé du poste: définition et date de création.

*Caractéristique du poste : statut, date de prise de fonction, lieu et conditions de travail (contraintes horaires, physiques, psychologiques, contexte matériel...).

*Position dans l'organigramme et contexte professionnel: liens hiérarchiques et relations professionnelles directes et indirectes, internes et externes.

*Missions principales et missions annexes du poste : finalités, attendus.

*Potentiel requis pour occuper le poste :

- Formation initiale et complémentaire, expérience ;
- Savoir, Savoir-Faire, Savoir-Etre.

*Principales activités liées au poste (identification précise des tâches et responsabilités au bénéfice des usagers et des obligations sur le plan institutionnel) :

- en matière de prise en charge éducative, pédagogique, médicale et paramédicale ;
- en matière administrative, financière ;
- dans le domaine managériale ;
- sur le plan technique, de la sécurité.

B) Méthodologie pour la conduite de l'entretien individuel.

Dans le cadre de ma fonction, je suis amené à réaliser chaque année un certain nombre d'entretiens individuels. De même que pour l'élaboration de la fiche de poste, j'ai dû me former sur cette thématique d'autant plus que cet outil n'est pas toujours aisé à manier. A ce jour, je m'appuie sur 4 phases pour conduire l'entretien.

1) Remise au salarié préalablement à l'entretien d'un document comportant un certain nombre de pistes de réflexion en vue de l'aider à préparer son argumentaire et de faciliter les échanges. Ce document se présente sous la forme d'une série de questions telles que par exemple :

- Sur quels points forts, selon vous repose votre professionnalisme ? Quels seraient les points à améliorer ?
- Comment définiriez vous votre action au sein de l'équipe ?
- Quelles ont été vos principales sources de satisfaction ou d'insatisfaction professionnelle au cours de l'année écoulée ?
- Quelles sont les principales actions que vous avez menées ?
- Avez-vous des souhaits personnels d'évolution ou/et un projet de formation ?

2) Programmation de l'entretien individuel par le responsable hiérarchique, communication au salarié de la date, de l'horaire et remise de la grille servant de support à l'entretien, accompagnée des explications nécessaires.

3) Déroulement de l'entretien. Les points à aborder sont :

- Rappel du parcours au sein de l'établissement et de l'Association gestionnaire ;
- Bilan sur les objectifs fixés lors de l'entretien précédent ;
- Evaluation des temps de formations suivies sur le plan individuel ou/et collectif ;
- Rappel des fonctions, missions définies dans la fiche de poste et évaluation de celles-ci ;
- Formulation des objectifs pour l'année à venir ;
- Définition d'un projet professionnel (mobilité, formation) ;

Un certain nombre d'outils peuvent si nécessaire servir de support à l'entretien comme le compte-rendu de l'entretien n-1 (le cas échéant), la fiche de fonction.

4) Synthèse et conclusion de l'entretien. Un compte rendu est rédigé à l'issue de l'entretien et signé par les deux parties dont chacune garde un exemplaire.

ANNEXE VIII

Promouvoir la participation et la responsabilisation du personnel

Au cours de plusieurs réunions d'équipe interdisciplinaire dont j'ai en charge l'animation, et partant de l'idée qu'il est de la responsabilité de chacun, à son niveau et dans le cadre de son métier, de contribuer à améliorer l'offre de service, j'ai proposé aux professionnels des différents champs de compétences de l'établissement (secteur éducatif, pédagogique, médical et para-médical, services généraux et administratifs) de réfléchir à la mise en place d'un outil répondant à cet objectif. Il ressort de ce travail qui a été initié, il y a maintenant un an et qui est toujours en cours de finalisation, les points suivants.

Titre envisagé pour cet outil : Fiche de progrès ou d'amélioration

Rubriques retenues

*Exposé de la situation actuelle (quel est le problème rencontré ?)

*Examen de la situation (analyse des causes possibles.....)

*Problème ou difficulté que cette situation pose (fréquence, intensité, impact...)

*Propositions de solutions ou d'éléments d'amélioration (à long terme, à court terme, estimation des moyens nécessaires....)

*Avantages apportés et inconvénients à prévoir (la solution proposée apporte-t-elle un plus ?)

* Proposition d'un plan d'action (opérateurs, échéancier, moyens à mettre en oeuvre...)

Il est important pour que l'implication du personnel soit réelle et durable :

- que chaque proposition soit examinée sans à priori négatif et que les modalités de mise en œuvre, de fonctionnement de l'outil soit connues et explicitées ;
- qu'un retour soit fait régulièrement en équipe ou en individuel sur le devenir de la proposition d'amélioration, sur le délai nécessaire et l'évaluation des résultats ;
- que la paternité de la proposition d'amélioration soit reconnue à son auteur, individuel ou collectif (annonce lors d'une réunion générale de fin d'année par exemple).

ANNEXE IX

Le projet d'établissement comme outil de pilotage de l'offre de service

