

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

**Directeur d'établissement social et
médico-social public**

Promotion 1999 -2000

**LE SCHEMA DEPARTEMENTAL PEUT-IL ÊTRE UN
LEVIER AU CHANGEMENT DANS UN FOYER DE
L'ENFANCE ?**

Problématique : quelles sont les conditions au changement ?

BADELL Henri

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| <i>Liste des abbréviations</i> | 4 |
| <i>Introduction</i> :..... | 5 |
| Chapitre I – LE FOYER DE L’ENFANCE AUJOURD’HUI DANS L’ORGANISATION DEPARTEMENTALE. | 9 |
| 1.1 - Le foyer de l’enfance, entre changement et permanence, une place à définir dans l’organisation de l’aide sociale. | 10 |
| 1.1.1 : UNE PLACE LIEE A L’HISTOIRE, LE POIDS DU PASSE. | 11 |
| 1.1.2 : LE FOYER DE L’ENFANCE AU CARREFOUR DES PRISES EN CHARGE, UNE PLACE LIEE AUX MISSIONS REGLEMENTAIRES..... | 16 |
| 1.1.3 : LE FOYER DE L’ENFANCE REVENDIQUE LE ROLE D’OUTIL TECHNIQUE DU DEPARTEMENT. | 20 |
| 1.1.4: UNE PLACE LIEE AUX REPRESENTATIONS DES ACTEURS. | 21 |
| 1.2 Analyse et diagnostic interne de fonctionnement | 24 |
| 1.2.1 : L’INTERET DU DIAGNOSTIC DE FONCTIONNEMENT. | 24 |
| 1.2.2 : LES RESSOURCES HUMAINES. | 26 |
| 1.2.3 : L’ABSENTEISME, INDICATEUR DE DYSFONCTIONNEMENT. | 30 |
| 1.2.4 : LES CONDITIONS DE TRAVAIL. | 33 |
| 1.2.5 : LA STRUCTURE. | 35 |
| Chapitre II LE PROCESSUS DE CHANGEMENT , SES LEVIERS, SES FREINS. | 37 |
| 2.1 Le changement est un processus. | 38 |
| 2.1.1 : LE DEGEL. | 38 |
| 2.1.2 : LE MOUVEMENT..... | 40 |
| 2.1.3 : LA CRISTALLISATION. | 40 |
| 2.2 Identification des pressions au changement au foyer de l’enfance. Les leviers. | 42 |
| 2.2.1 : UNE VOLONTE POLITIQUE..... | 42 |
| 2.2.2 : LE SCHEMA OUTIL DE LISIBILITE DE LA POLITIQUE DEPARTEMENTALE..... | 43 |
| 2.2.3 : LES PREMIERES CONCLUSIONS DU PROJET DE SCHEMA DEPARTEMENTAL..... | 45 |
| 2.2.4 : UNE VOLONTE AFFICHE DES ACTEURS. | 48 |
| 2.3 Les résistances au changement. | 51 |
| 2.3.1 : LES RESISTANCES HUMAINES. | 51 |
| 2.3.2 : FREIN AU CHANGEMENT, LE STATUT JURIDIQUE DE L’ETABLISSEMENT. | 53 |
| 2.3.3 : LE STATUT, DES CONSEQUENCES SUR LE COMPORTEMENT DES ACTEURS. | 57 |

| | |
|---|-----------|
| Chapitre III - LE PROJET DE CHANGEMENT | 60 |
| 3.1 - Le Projet de changement formalisé autour d'un projet d'établissement. | 60 |
| 3.1.1 : LE SCHEMA DEPARTEMENTAL MODIFIE L'ORGANISATION, IL EST DONC VECTEUR DE CHANGEMENT. | 60 |
| 3.1.2 : LES OBJECTIFS DU PROJET D'ETABLISSEMENT. | 62 |
| 3.1.3 : PROPOSITION DE METHODE DE PREPARATION DE PROJET D'ETABLISSEMENT DANS UNE DEMARCHE DE CHANGEMENT. | 63 |
| 3.2 Anticipation des changements au foyer de l'enfance..... | 68 |
| 3.2.1 : AVANT PROJET DES SERVICES D'ACCUEIL D'URGENCE..... | 69 |
| 3.2.2.1 Etude de l'activité des services d'urgence..... | 70 |
| 3.2.2.2 Gestion éducative de l'urgence..... | 72 |
| 3.2.2.3 La structure d'accueil et nouvelles capacités | 75 |
| 3.2.2 : AVANT PROJET DES SERVICES D'ACCUEIL MERES ENFANTS..... | 77 |
| 3.2.2.1 Les objectifs du projet | 78 |
| 3.2.2.2 L'articulation des services. | 79 |
| 3.2.2.3 Modalités de fonctionnement. | 81 |
| CONCLUSION..... | 84 |
| BIBLIOGRAPHIE | 86 |
| ANNEXE | 88 |

LISTE DES ABBREVIATIONS

| |
|---|
| AED : accueil éducatif à domicile |
| AEMO : aide éducative en milieu ouvert. |
| AP : accueil provisoire. |
| ASE : aide sociale à l'enfance. |
| CDEF : centre départemental de l'enfance. |
| CFAS : code de la famille et de l'aide sociale. |
| CHRS : centre d'hébergement et e réinsertion sociale. |
| CREAI : centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée. |
| CROSS : comité régional d'organisation sanitaire et sociale |
| CTE : comité technique d'établissement |
| DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales. |
| DRESS : direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. |
| ETP : équivalent temps plein. |
| IME : institut médico-éducatif. |
| IR : institut de réadaptation. |
| JE : juge pour enfants |
| MECS : maison d'enfants à caractère social |
| OPP : ordonnance de placement provisoire. |
| PROC : procureur de la République |
| PMI : protection maternelle et infantile. |
| UD : unité déconcentrée de l'aide sociale du conseil général. |

« Rien n'est permanent, sauf le changement » Héraclite.

Introduction :

Les expressions d'Assistance Publique (1889), de Service des enfants assistés (1904), d'Assistance à l'Enfance (1943) ont laissé place à la notion d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) qui désigne un ensemble de dispositifs de protection de l'enfance pouvant se résumer à l'aide à l'enfant au sein de sa famille, aide à l'enfant en dehors de sa famille, aide à l'enfant sans sa famille.

Dans le cadre de la politique de décentralisation conduite à partir des années quatre vingt, les missions de service public de l'ASE ont été transférées des Directions des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) aux Présidents des Conseils Généraux par la loi du 22 juillet 1983, à l'exception de certaines prestations bien définies qui restent de la compétence de l'Etat. Ainsi, l'ASE a été quasiment placée sous l'autorité du Conseil Général, les services de l'Etat ne conservant que deux compétences : le contrôle de légalité des décisions prises en matière d'ASE et la fonction de tuteur des pupilles de l'Etat.

Dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires, l'organisation et la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance, mission d'intérêt général et d'ordre public, revient à chaque département. Chacun organise le service, attribue les prestations dont il fixe les tarifs et s'appuie sur un dispositif d'institutions, publics ou privés habilités, dont le financement est approuvé chaque année lors du vote du budget et dont l'activité est contrôlée par les services du Conseil Général .

Cette nouvelle répartition des compétences et des financements a mis la collectivité départementale au premier plan, acteur désormais déterminant de cette politique publique.

Pour articuler cette politique en faveur de l'enfance et de la famille, le Conseil Général des Pyrénées Orientales a décidé sous l'impulsion d'une nouvelle majorité de mettre en place

pour la première fois un schéma départemental¹ qui devrait coordonner l'ensemble des acteurs autour d'une politique globale d'aide sociale. Le schéma, qui devrait être rendu à l'automne de l'année deux mille a pour objectif de mettre en place une organisation qui permet de répondre le mieux possible aux besoins, sachant que ceux-ci sont nombreux, divers et qu'ils évoluent vite. Selon l'article 2.2 de la loi de 1975, le schéma précise « *la nature des besoins sociaux et notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux* ». Le souhait du législateur est de ne pas limiter la réflexion aux seuls établissements et services existants mais d'imaginer d'autres réponses. Ce même article souligne en particulier « *les perspectives de développement et de redéploiement des établissements et services, compte tenu de la réflexion sur les besoins, des ressources disponibles, des disponibilités offertes par les départements voisins* ».

Le travail préparatoire de la mise en place de ce futur schéma s'est déroulé dès le début de l'année 1999. Dans ce cadre, le CDE, établissement public qui assure dans sa configuration actuelle la prise en charge des enfants du département depuis le début des années soixante dix a été consulté pour évaluer son action dans le dispositif départemental. Plusieurs réunions ont été organisées entre les intervenants du Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI) du Languedoc Roussillon et l'équipe de direction de l'établissement. Dès la première réunion, il m'est apparu rapidement que la mise en place de cette nouvelle organisation devrait bouleverser le fonctionnement du centre de l'enfance.

Ce sentiment était renforcé par un contexte global de mutation du monde social. Les récents rapports du Conseil Economique et Social, ou de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales annoncent déjà de futures zones de turbulences, qui seront complétées par la réforme de la loi de 1975. Pour autant, seront-elles suffisantes pour que le CDE s'engage dans un processus plus complet.

Peut-être pas, car décréter le changement ne suffit pas et déclenche un peu plus d'immobilisme dans les systèmes humains². Edgar FAURE lors de la mise en place de sa réforme de l'Education Nationale en avait fait les frais, et avait illustré ses difficultés dans cette célèbre phrase « *En décrétant le changement, l'immobilisme s'est mis en marche et je ne sais plus comment l'arrêter* ».

¹ Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 article 2 modifiant la loi 75-535 du 30 juin 1975 article 2.2.

² KOURILSKY-BELLIARD. Du désir au plaisir de changer, interEditions 1995.

Cette zone de turbulence n'est pas le fait du centre de l'enfance, mais provient de son intégration dans un monde extérieur en proie lui aussi à des mouvements. Pour répondre aux contrecoups d'une société qui évolue, le dispositif d'aide sociale ne dispose d'aucune certitude, tâtonne de changements en changements, de définitions en redéfinitions, s'inspire de valeurs nouvelles. Ces incertitudes, ces agitations sont bien sûr exportées vers l'intérieur de l'institution. Cette dernière doit elle aussi se poser des questions sur sa manière de répondre à ces nouvelles attentes, remettre en cause son fonctionnement actuel. Car dans cette structure relativement fermée à l'environnement, on a appris à gérer la complexité d'un système en répondant souvent favorablement aux demandes des uns et des autres. Des acquis se sont implantés, des types de relations entre les différents acteurs se sont élaborés, permettant à l'entité de trouver une sorte d'équilibre. Ce type de fonctionnement ne suscitait que peu d'interrogations, peu de remises en cause puisqu'il correspondait aux exigences de la société dans la mesure où il était capable de répondre aux besoins de prise en charge des enfants du département.

Aujourd'hui, l'environnement du foyer évolue, la mise en place de ce futur schéma est bien une réalité pour les agents de l'établissement. Pour les acteurs, il peut être vécu comme source de contraintes et d'incertitudes. Il suscite angoisse et résistance parce qu'il vient bousculer des années d'habitudes.

Alors, peut-on utiliser le schéma comme levier pour redonner un nouvel élan à l'institution, et pourra-t-il seul assurer cet élan pour inciter tous les acteurs sur des nouvelles voies ?

Peut être pas, mais il sera sans doute le point de départ d'un processus, s'il est porté, qui permettra de repenser l'organisation de la prise en charge des enfants et de redonner du sens au travail de tous les professionnels qui oeuvrent dans cet établissement. Car le changement ne doit pas être considéré comme une fin en soi, c'est un ensemble de volontés humaines, qui autour de ce processus, va mettre ensemble une diversité de moyens pour répondre au mieux aux besoins de l'organisation, et de la prise en charge dans ce cas particulier.

Alors se pose la question essentielle : comment réussir le changement ?

Et cette problématique amène obligatoirement des questionnements qui vont jouer sur cette réussite : Changements ordonnés à quelles fins souhaitées ? Sont-ils légitimement désirés ou

ne sont-ils que des réponses à des exigences et contraintes extérieures ? Qui de la volonté humaine ou des coïncidences administratives les oriente, leurs donne sens et vigueur ? Comment les conduire, les accompagner, les précéder de réflexions, de concepts et les faire suivre d'adhésions et d'enthousiasme ?

L'ensemble de ces réflexions doit donc amener le directeur à entrevoir dans une contrainte externe (le schéma), le moyen ou le levier pour s'engager dans un processus plus global. Il doit pour cela dépasser la mission de protection de la structure telle que la conçoivent les différents acteurs. Il doit favoriser l'ouverture à l'environnement de façon à éviter que le métabolisme de l'établissement soit trop lent par rapport au rythme de changement issu des turbulences.

Cette démarche d'ensemble ne peut s'inscrire qu'après une période de réflexion difficile où il faudra analyser la situation de l'établissement par rapport à son contexte externe, avant d'envisager une démarche stratégique de mutation.

Afin d'étudier quel pourrait être l'avenir du CDE dans une telle démarche, il est proposé dans un premier temps de situer cette institution dans son environnement, et de rechercher dans son fonctionnement des indices qui doivent favoriser l'émergence d'une mutation.

Dans un deuxième temps, le processus de changement sera abordé de manière générale pour être ensuite transposé dans le contexte particulier de cette structure, et cela afin de rechercher en particulier les autres leviers qui pourraient soutenir l'élan créé par le schéma, sans toutefois sous estimer les freins qui peuvent exister.

Enfin, pour terminer, un projet plus concret sera proposé, essayant de traduire les futures réponses de l'institution pour répondre aux nouvelles attentes.

* * *

Chapitre I – LE FOYER DE L’ENFANCE AUJOURD’HUI DANS L’ORGANISATION DEPARTEMENTALE.

Il est primordial dans le cadre d’un processus de changement d’identifier le rôle et les missions de l’établissement dans son environnement.

Le foyer de l’enfance trouve sa raison d’être dans la définition d’un dispositif de prise en charge complexe où le non initié aura du mal à situer la place de l’établissement dans cette organisation.

Cette complexité née de l’histoire de l’aide sociale à l’enfance, et d’un dispositif très éclaté depuis la décentralisation, nuit à l’aide aux familles. En effet, jusqu’en 1983, le budget de l’aide sociale reposait sur un système de financements croisés avec une participation conjointe de l’Etat, du département et des communes. Celui-ci était distinct de l’action sociale, l’une ayant le caractère d’une obligation, l’autre relevant de l’initiative de chaque collectivité.

Pendant longtemps on ne s’est guère préoccupé des compétences des uns et des autres en la matière, les DDASS gérant les dispositifs pour le compte de l’Etat et du département, les communes constituant, sauf exception, des relais ou des guichets.

La loi du 22 juillet 1983, l’une des lois dites de décentralisation, va tenter de clarifier ce dispositif. Dans son article 32, elle pose le principe d’une compétence de droit commun des départements dans ce domaine. L’Etat, pour sa part, conserve des prérogatives résiduelles limitativement énumérées et surtout, la détermination des conditions légales d’accès des bénéficiaires au droit. Ce transfert s’accompagne néanmoins d’une compensation financière destinée à en couvrir théoriquement le coût.

Le partage partiel de compétences ainsi effectué a été fondé sur des critères flous et difficiles à mettre en œuvre. D’autres, sont demeurées mixtes, aussi les conflits sont encore nombreux et bien des personnes en difficulté se voient renvoyer d’un bureau à l’autre.

Ce manque de lisibilité est flagrant en matière d'aide sociale à l'enfance, et le foyer se trouve souvent tiraillé entre plusieurs logiques (placements administratifs ou judiciaires, placement social ou de santé, statut territorial pour l'établissement de la fonction hospitalière pour le personnel) qui nuisent à son action.

Il apparaît donc nécessaire avant d'aborder tout projet de changement de situer l'établissement dans ce dispositif souvent complexe.

Son action, née d'un cheminement lié à l'histoire, s'inscrit aujourd'hui dans un dispositif global d'aide sociale impulsé par le Conseil Général, et l'ensemble de ces données joue fortement sur son fonctionnement actuel.

1.1 - Le foyer de l'enfance, entre changement et permanence, une place à définir dans l'organisation de l'aide sociale.

On ne peut comprendre une institution si simple soit-elle sans faire un retour sur son passé. En effet, comme le soulignait déjà les rapports DUPONT FAUVILLE , ³ (1974), et de BIANCO et LAMY (1980) ⁴, le poids de l'histoire joue encore énormément sur le type de prise en charge des enfants relevant de l'aide sociale.

L'établissement que nous voyons aujourd'hui s'est construit autour d'une lente évolution qui paraît s'accélérer depuis les années soixante avec des cycles de changement importants tous les dix à quinze ans. Le Foyer de l'Enfance, établissement public départemental ne disposant ni de l'autonomie financière, ni de la personnalité morale, a été créé en 1959 au Barcares dans des locaux d'une colonie de vacances. Transféré à PERPIGNAN en 1971, il reste intégré à la Cité de l'Enfance jusqu'en 1979, date à laquelle l'Institut Médico-Educatif (I.M.E) est érigé en établissement public autonome conformément aux dispositions de la loi de 1975 relative aux établissements médico-sociaux⁵. En 1986, la capacité initiale de 136 lits est ramenée à 95 lits (80 au Foyer, 15 à la Pouponnière), puis à 85 lits en 1989 (70 au Foyer, 15 à la Pouponnière) avec redéploiement de personnels sur le milieu ouvert. Le Centre

³ DUPONT FAUVILLE, pour une réforme de l'aide sociale à l'enfance 1974.

⁴ Jean Louis BIANCO et Pierre LAMY, l'aide à l'enfance demain. Ministère de la Santé, 1980.

⁵ Article 19 modifié de la loi 75-535 du 30 juin 1975.

Départementale de l'Enfance a été créé en 1992 par regroupement du Foyer, de la Pouponnière et de la Maison d'Enfants à Caractère Social (M.E.C.S) les Chantevents située à 50 km de Perpignan, la confirmation ayant été réalisée en 1994 après avis favorable du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (C.R.O.S.S.). La capacité actuelle est donc de 130 lits (70 au Foyer, 15 à la Pouponnière et 45 aux Chantevents).

1.1.1 : UNE PLACE LIEE A L'HISTOIRE, LE POIDS DU PASSE.

A travers l'histoire du Centre Départemental de l'Enfance, se profile celle des politiques en matière d'enfance inadaptée et handicapée notamment au travers les lois de 1975 (Handicapés et Institutions sociales et médico-sociales), de leurs décrets d'application, et celles de l'évolution du travail social et de la prise en charge physique des mineurs relevant de l'ASE.

C'est bien au sein de l'hospice, puis de l'hôpital, pivots structurels des services administratifs d'aide à l'enfance, que sont nés les premiers modèles d'actions socio-éducatives en faveur des enfants. Les techniques de prise en charge tant en établissement, qu'en placement familial, qu'en secours et actions diverses, prennent leur origine dans l'hospice, plaque tournante de l'organisation de l'aide à l'enfance.

On retrouve encore aujourd'hui, dans le fonctionnement du foyer, les traits d'un système hospitalier qui s'est transformé par couches superposées pour devenir enfin un établissement social.

Cette prégnance hospitalière doit être pointée, car elle doit être prise en compte dans tout processus de changement. On peut prendre pour exemple l'organisation qui est encore basée sur les modèles des établissements de santé, sectorisation des services, facturation des journées sur la base du nombre de lits, statuts du personnel de la fonction publique hospitalière, mutuelle hospitalière.

On retrouve au niveau du département des Pyrénées Orientales, un recueil manuscrit, rédigé vers 1812 (référéncé 9 X 1 aux Archives Départementales) répertoriant les lois post révolutionnaires relatives aux enfants trouvés et abandonnés, qui nous donne des renseignements sur le rôle de l'Hospice de la Miséricorde de la ville de Perpignan; « *Fondé en 1637 par la commune de Perpignan pour les orphelins et les enfants de familles pauvres lorsqu'ils ont atteint leur 7^{ème} année. Les revenus se composaient de secours accordés sur les fonds de la ville, du produit de quelques fondations et libéralités* ». Par un édit de 1786

l'Hospice de la Miséricorde fut érigé en Hôpital Général du Roussillon, du Capcir et de la Cerdagne.

Les mendiants devaient aussi y être enfermés dans le but d'éteindre la mendicité. Cet établissement fut institué pour assurer l'exécution du décret du 19 Janvier 1811 en vue de recevoir les enfants trouvés et abandonnés du département. Cette proposition fut agréée par un arrêté ministériel du 8 Janvier 1812.

On voit bien dans cette présentation de l'Hospice de la Miséricorde, ancêtre du Foyer de l'Enfance, la synthèse que représentait l'Hospice au niveau de la prise en charge. Un second Hospice existait à Perpignan, mais il était réservé aux malades bourgeois comme le dit un état indicatif des hospices de 1812 (Réf. Archives 9 X 8).

De cette prise en charge des enfants trouvés et abandonnés, on sait qu'elle était organisée selon trois catégories :

- 1^{er} âge (les enfants dans leur première année),
- 2^{ème} âge (de 1 an à 6 ans),
- 3^{ème} âge (de 7 ans à 12 ans).

Les enfants des premiers et seconds âges étaient, après leur accueil à l'Hospice, placés dans des familles nourricières, généralement en milieu rural. C'est l'Hospice qui recrutait les nourrices, distribuait les layettes, vêtements et rémunérait les pensions (ce jusqu'en 1827). Les enfants pris en charge étaient immatriculés, un collier leur était apposé, doté d'une médaille portant le numéro matricule et référence de l'Hospice ; cette pratique du collier a été abandonnée vers 1840 au profit d'une boucle d'oreille particulière.

En fait, à l'Hospice, on ne trouvait que les enfants accueillis, en attente de nourrice, et les enfants du troisième âge (au-delà de 7 ans) pour qui la prise en charge nourricière n'avait pu être maintenue.

L'accueil, dès 1811 était essentiellement réalisé par l'exposition « au tour » qui préservait l'anonymat des personnes qui abandonnaient leurs enfants. Les abus de cette pratique devaient conduire à sa suppression vers 1860.

A l'Hospice de la Miséricorde, la mortalité infantile était très forte. En 1813 la mortalité des enfants du 1^{er} âge était de l'ordre de 70 à 80 % et ce taux est resté important jusqu'à la fin du XIX bien que baissant régulièrement. Globalement, par rapport au nombre d'enfants pris en charge, le taux de mortalité était en 1811 de 36 %, de 17 % en 1855 et de 11 % en 1860.

Les explications fournies par la structure hospitalière sur les causes de la mortalité infantile font apparaître outre l'importance des maladies néonatales, celles des carences affectives et de la qualité des soins. La mise en place dès 1810 de formules de vaccinations massives (antivaricelleuses dans un premier temps), les améliorations continues de soins et l'application en milieu hospitalier des effets des découvertes médicales ont donné des résultats positifs.

L'effort hospitalier contre la mortalité infantile a été tel, que le taux annuel de mortalité des enfants en dépôt était inférieur à la mortalité générale, et cela dès 1888.

Pour les enfants du troisième âge pris en charge à l'Hospice, on a peu de renseignements sur la réalité de l'action éducative menée, si ce n'est au niveau des activités de formation professionnelle proposées aux enfants. Sur ce sujet, les correspondances entre la commission administrative des Hospices et le Préfet des Pyrénées-Orientales sont riches de détails ; elles nous apprennent que les enfants étaient employés dans des ateliers de tissage, de filature, de tailleur. L'Hospice dispensait quotidiennement une formation scolaire de base, des placements en apprentissage chez des artisans étaient également réalisés à partir de l'Hospice qui assurait la guidance des enfants et s'occupait aussi du placement professionnel.

La formation professionnelle intervenait très tôt. La valeur travail devenant essentielle, il semble qu'en dehors des critères de rentabilité propres à l'Hospice (autofinancement par les ateliers), le souci d'une autonomie professionnelle des jeunes ait été recherchée.

On peut remarquer aussi la polyvalence de la prise en charge, « les infirmes » trouvant leur place dans cette structure.

On voit bien, à partir du rôle important joué par l'Hospice qu'il était véritablement le support logistique du Service des Enfants trouvés et abandonnés. Vers 1850, les deux hôpitaux du département se sont répartis les tâches : l'Hospice de la Miséricorde continuant la prise en charge physique des enfants de plus de sept ans, l'Hôpital St Jean se chargeant des placements nourriciers pour les enfants des premier et deuxième âges et prenant en compte les enfants secourus temporairement (l'apparition de cette nouvelle catégorie montre l'évolution politique qui tend dorénavant vers une action préventive sanitaire et sociale).

Au-delà du cadre structurel qu'ils ont longtemps offert aux enfants défavorisés, l'Hospice et l'hôpital ont été les promoteurs des professions sanitaires et sociales.

Un examen, même superficiel, des professions sociales nous montre que leur origine se trouve bien dans le cadre hospitalier. Les infirmières visiteuses « descendantes des dames de la charité » sont bien les récentes ancêtres des actuelles Assistantes de Service Social. Toutes les professions para-médicales trouvent aussi leur fondement dans la diversification des tâches au sein même de l'hôpital.

Pour les professions éducatives, on peut penser qu'elles existaient au niveau de l'Hospice, sans doute pas dans leur définition actuelle, mais dans des fonctions comparables adaptées aux réalités de l'époque (« surveillance éducative » pour les « temps familiaux » vis à vis desquels la participation des jeunes était certainement requise, éducation technique dans le cadre des travaux en atelier, service de suite pour les enfants placés en apprentissage).

Il est certain qu'à partir de 1880, à la suite des décrets et textes législatifs contre les congrégations religieuses qui ont amené la laïcisation des hôpitaux en 1881, puis après 1905 avec la loi sur la séparation de l'Eglise et de l'Etat, toutes ces professions sanitaires, sociales et para-médicales ont pris un essor important, avec la vacance de postes occasionnée par la sortie progressive des religieux.

Par ailleurs, l'Hôpital s'est spécialisé au niveau médical, et à la fin du XIX, ses activités d'hébergement et de prise en charge des enfants « assistés » ont été supplantées par des structures diversifiées : patronages, orphelinats, établissements privés, créés souvent sur l'initiative de magistrats, de congrégations religieuses et de laïcs animés de sentiments humanistes et charitables. Ces établissements donneront avec l'évolution sociale et législative (en particulier les lois sur l'instruction publique et les dispositions pour les enfants « inadaptés ») l'arsenal des établissements spécialisés actuels.

Le nombre d'abandons a diminué de façon considérable à partir du XX siècle, grâce au développement des mesures de protection de la famille et de l'enfance et à une évolution idéologique et sociale centrée sur la famille nucléaire. Les définitions des enfants relevant de l'Aide à l'Enfance ont été élargies, la politique de l'enfance et de la famille entrainé dans une ère nouvelle.

Ce service, héritier lui aussi d'une lente évolution du cadre administratif et juridique est aujourd'hui un service d'autorité (en effet, il n'y a pas de commission d'admission à l'ASE, seul le président du Conseil Général ou l'autorité judiciaire est compétent pour prononcer l'admission), dans lequel on ne tient compte ni de la nationalité, ni des ressources ; seules les notions de besoin de protection ou de nécessité de tutelle interviennent.

Les mineurs pris en charge par l'A.S.E sont, soit sous la protection du Service (enfants suivis en Accueil Educatif à Domicile (AED)⁶, en accueil provisoire, en garde), soit sous la tutelle de celui-ci (les Pupilles de l'Etat).

Il existe encore à l'Hôpital St-Jean (devenu Hôpital Joffre) dans le service gynécologie-obstétrique un agent (sage femme) « préposée aux abandons », c'est apparemment le seul lien objectif qui subsiste entre l'époque moderne du service de l'A.S.E, mais au-delà de ce lien, la dimension de l'histoire est bien présente.

Dans le département des Pyrénées-Orientales, l'Hospice de la Miséricorde est resté la structure de prise en charge pour les enfants relevant de l'Aide à l'Enfance jusqu'en 1959. Le constat d'une promiscuité intolérable entre les enfants et vieillards a amené le Directeur de la Population à faire délibérer le Conseil Général dès 1958 sur la nécessité de créer un Foyer Départemental de l'Enfance.

Le Foyer a donc pu ouvrir ses portes le 15 Octobre 1959 dans les locaux d'une colonie de vacances au Barcarès à 20 km de Perpignan. La section des 3 à 6 ans a quitté l'Hôpital St-Jean en 1960, et ce n'est qu'en 1971, à l'ouverture du Foyer de l'Enfance à Perpignan, que la Pouponnière a quitté les locaux de ce même hôpital pour être annexée au Foyer.

Le passage de l'Hospice au Foyer de l'Enfance ne s'est pas réalisé simplement, la transition a été longue, l'adaptation de l'outil s'est faite progressivement, dans la dépendance des contextes politiques, sociaux et économiques. L'empreinte historique est forte, et on comprend que les mentalités et les modes de travail dans les Foyers de l'Enfance aient été

⁶AED concerne les décisions administratives alors que l'Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO) concerne des décisions judiciaires, appellation dorénavant utilisée dans le rapport annuel de la Direction de la Recherche et des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.(DRESS) portant sur l'ASE en 1998.

marqués par un héritage de 4 siècles. Le statut des personnels des Foyers de l'Enfance est d'ailleurs toujours régi par le titre IV de la fonction publique hospitalière.

La dimension historique, aux aspects divers, a laissé ses empreintes dans l'organisation administrative et institutionnelle, l'évolution résultant d'une superposition de mesures, de principes de travail répondant à la réalité d'une époque. On pourrait presque parler d'une mémoire inconsciente qui a forgé des habitudes de fonctionnement, des conceptions de service, des mentalités individuelles.

Comme l'hospice, le Foyer de l'Enfance reste au centre d'une prise en charge possible pour l'enfant relevant de l'A.S.E ; ce carrefour paraît maintenant plus ouvert, car l'évolution des techniques de prise en charge, les choix politiques tant au niveau national que départemental s'orientent plus vers des actions préventives. Il apparaît que les orientations de ces vingt dernières années visent à une certaine maîtrise du problème de l'Aide à l'Enfance. Globalisation, planification, rationalisation de choix budgétaires, concertation deviennent les maîtres mots d'une politique aux acteurs multiples, aux moyens diversifiés.

Le Foyer de l'Enfance reste l'outil privilégié pour la prise en charge physique « des enfants de l'A.S.E », mais sa mission évolue, son rôle doit s'adapter à la politique départementale du service de l'A.S.E.

Ainsi, l'histoire démontre que l'évolution des systèmes de prise en charge est constante avec une permanence dans l'objectif de toujours améliorer l'individualisation et les conditions de l'accueil des jeunes enfants.

Cette progression vers la qualité laisse penser que les adaptations futures apparaîtront naturelles. Toutefois il ne faudra ignorer ce poids du passé qui va sûrement jouer sur le comportement des acteurs.

1.1.2 : LE FOYER DE L'ENFANCE AU CARREFOUR DES PRISES EN CHARGE, UNE PLACE LIEE AUX MISSIONS REGLEMENTAIRES.

Pour identifier le foyer de l'enfance par rapport à l'ensemble de l'organisation dont il fait partie, il est nécessaire de déterminer sa mission par rapport à la réglementation en vigueur.

Le centre départemental de l'enfance est une institution sociale qui selon le deuxième alinéa de l'article 1 de la loi 75-535 du 30.06.1975 « accueille, héberge des mineurs qui requièrent

une protection particulière ». Sa création, son extension sont soumises à l'avis du C.R.O.S.S en tant qu'établissement recevant habituellement des mineurs relevant des chapitres I et II du Code de la Famille et de l'Action Sociale (C.F.A.S). L'autorisation du fonctionnement est délivrée par le président du Conseil Général.

Conformément à l'article 18 alinéa 2, l'établissement est un service non personnalisé du département créé par délibération du Conseil Général des Pyrénées Orientales. Suivant l'article 24 « *les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi 86.33 du 3.01.86, non personnalisés, sont dotés d'une commission de surveillance nommée par le Président du conseil général et d'un directeur nommé après avis du président du conseil général par l'autorité compétente de l'Etat* ».

Le centre départemental de l'enfance a pour mission essentielle la prise en charge physique des mineurs relevant de l'ASE selon les catégories définies par le C.A.F.S et notamment son article 46.

- ▶ - accueil provisoire à la demande ou avec l'accord des parents.
- ▶ - pupille de l'Etat
- ▶ - placement en protection judiciaire qui s'impose aux parents

L'objectif essentiel, compte tenu de la tranche d'âge accueillie (de la naissance à 18 ans) et de la diversité des situations individuelles, est de mettre en place une prise en charge éducative individualisée. Celle-ci se construit à partir de la réalité de l'enfant et de sa famille, expliquée par leur histoire et leur trajectoire, en repérant ce qui relève du social, de l'éducatif, du médical, du psychologique et du scolaire.

La prise en charge éducative de tout enfant s'appuie sur la mise en place d'une relation éducative basée sur la connaissance de la situation ? Celle-ci se développera selon les objectifs des bilans d'évaluations pouvant être établis à partir de chaque situation.

Trois objectifs principaux sont inscrits dans le projet institutionnel de l'établissement :

▶ Objectif premier : Accueillir – gérer la séparation.

C'est permettre à l'enfant de trouver, à un moment singulier de son histoire, dans un espace donné, avec des professionnels compétents, les possibilités de gérer au mieux la séparation

familiale et de favoriser les possibilités d'exprimer les motifs du placement (expression verbale quand elle est possible, mais aussi physique, ludique, comportementale...)

► Objectif second : Vivre la séparation.

C'est apporter à l'enfant les moyens de suppléer l'absence temporaire ou complète des parents par l'apport d'un réseau de relations éducatives qui lui permettront de réinvestir ce qui fait l'essentiel de la vie d'un enfant de son âge :

- les temps scolaires à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement.
- les temps dits familiaux autour desquels se structureront la vie quotidienne, les loisirs, les soins qui nécessiteront le plus souvent un bilan et un suivi psychologique ou médico-psychologique, le suivi sanitaire et les rééducations diverses.

► Objectif troisième : Accompagner l'enfant.

Le temps nécessaire à la prise en charge (temps dont la maîtrise appartient aux décideurs du placement, selon les situations : les parents, le travailleur social, le responsable de l'ASE, le juge des enfants, le conseil de famille) et de préparer (quand cela est possible) le retour en famille ou l'orientation dans une autre forme de placement (famille d'accueil, placement spécialisé).

Il va de soi que ces trois objectifs propres à l'établissement sont en interdépendance avec ce qui s'est déroulé en amont de la prise en charge, ce qui se vit en dehors du placement et ce qui se projette en aval.

L'action du foyer s'inscrit dans un dispositif global d'aide sociale :

Le centre départemental de l'enfance inscrit son action pour le compte du Conseil Général et plus précisément dans le cadre du service enfance famille du Conseil Général. Budget annexe du Conseil Général, il se doit de répondre aux besoins fixés par la politique départementale.

La mission générale du service de l'ASE est définie par l'article 40 du CFAS :

le service de l'ASE est un service non personnalisé du Département chargé des missions suivantes :

-« Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs âgés de moins de 21 ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre »;

-« Organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles »;

-« Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs visés à l'alinéa 1^{er} »;

-« Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal »;

-« Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et participer à la protection de ceux-ci ».

La mission des foyers de l'Enfance au sein de l'ASE était définie avant la décentralisation par l'article 66 du CFAS reprenant les dispositions de la Loi du 15 avril 1943 :

Chaque Département devait posséder un ou plusieurs foyers des pupilles, gérés soit par le Département, soit par un établissement hospitalier; ils devaient disposer de locaux adaptés, indépendants des quartiers d'hôpitaux et comporter diverses sections groupant les enfants selon leur âge;

Un service médical devait y être organisé, de même qu'une pouponnière, qui ne devait jouer qu'un rôle d'adaptation, le placement familial devant intervenir aussi tôt que possible.

De plus, un service d'observation et d'orientation était organisé dans la plupart d'entre eux.

Les articles actuels définissant les missions des foyers de l'Enfance reprennent les mêmes missions, la loi fixe des objectifs à atteindre mais laisse l'organisation du service aux Conseils Généraux.

Ainsi, l'article du CFAS stipule, *« Le service de l'ASE est placé sous l'autorité du Président du Conseil Général. Le Département organise sur une base territoriale les moyens nécessaires à l'accueil et à l'hébergement des enfants confiés au service. Ces moyens comportent notamment des possibilités d'accueil d'urgence. Le service doit en outre disposer de structures d'accueil pour les femmes enceintes et les mères avec leurs enfants »*

Il apparaît donc que le Foyer de l'enfance est :

- Une porte d'entrée du service de l'ASE pour les enfants qui y sont admis quel que soit leur âge (du nouveau-né à l'adolescent proche de sa majorité), leur sexe, leur degré de développement physique ou mental, leur état de santé, leur niveau scolaire et

intellectuel, ou leur catégorie juridique (confiés par les familles, par décision judiciaire ou pupille)

- Un centre d'orientation de tous ces mineurs. Le foyer est un lieu d'accueil, d'observation, d'orientation où sont confrontées quatre disciplines, administrative, juridique, sociale, médico-psychologique voire psychiatrique.
- Un « bercail »⁷ où reviennent les enfants en cas d'échec dans le placement choisi ou d'erreur d'orientation.
- Une porte de sortie du « Service » lorsque les mineurs le quittent ayant atteint leur majorité, étant adoptés ou rendus à la famille naturelle.

1.1.3 : LE FOYER DE L'ENFANCE REVENDIQUE LE ROLE D'OUTIL TECHNIQUE DU DEPARTEMENT.

Le Foyer de l'Enfance n'est pas seulement un acteur dans le dispositif de prise en charge, il est également un acteur dans la définition des besoins départementaux. A ce titre le directeur et son équipe participent à la définition et à l'élaboration des politiques publiques.

En effet, ce rôle d'outil technique est impulsé dans les Pyrénées Orientales par le Conseil Général qui associe le CDE dans la redéfinition des besoins et des modes de prise en charge. Cette volonté s'exprime notamment depuis l'élection de la nouvelle majorité du Conseil Général qui souhaite à la fois organiser le dispositif de prise en charge autour du schéma départemental d'aide sociale à l'enfance, et repositionner le rôle du foyer de l'enfance.

Ainsi, le directeur et le personnel éducatif ont été associés par l'intermédiaire des travaux préparatoires du schéma à la mise en place du nouveau dispositif. L'association du personnel permet ainsi de mettre à profit les compétences reconnues des travailleurs sociaux de terrain qui regrettent trop souvent, comme le signale le rapport du conseil économique et social⁸, « *l'insuffisante prise en compte des expériences concrètes des travailleurs sociaux, l'absence de dialogue entre les décideurs, les travailleurs et les bénéficiaires* ».

Forts de cette expérience, ils ont pu mettre en évidence certains dysfonctionnements dans l'organisation départementale qui jouent en défaveur de la qualité de la prise en charge.

⁷ Expression d'Amédée THEVENET dans l'ouvrage « L'aide sociale aujourd'hui après la décentralisation », ESF éditeur 1999

⁸ D.LORTHIOIS, Mutation de la société et travail social, rapport du conseil économique et social adopté le 24 mai 2000, édition des journaux officiels, mai 2000.

Ils ont signalé par exemple les problèmes liés à une cohabitation difficile de populations hétéroclites (troubles du comportement, handicap léger, délinquance, enfants à protéger). En effet, le foyer accueille souvent, en dernier ressort, des enfants, soit parce qu'ils sont exclus d'institutions (IME ou d'Institut de Rééducation (IR)). Soit parce que ces institutions sont fermées le week-end et lors des vacances scolaires.

Le foyer de l'enfance directement concerné par ce problème de définition de la politique de l'ASE joue donc un rôle de proposition, et exerce, des pressions sur le service départemental de l'ASE afin qu'il passe des conventions avec les autres administrations.

Il détient par conséquent un rôle central dans le dispositif de prise en charge des enfants dans la mesure où le service de l'ASE souhaite s'appuyer sur les compétences techniques du personnel.

L'établissement est souvent un carrefour dans le parcours des enfants. Il voit donc sa position stratégique affirmée ici grâce à la volonté politique, et se positionne comme acteur de changement auprès des politiques publiques.

Cette situation de concertation place par ailleurs favorablement l'établissement dans une démarche de changement participatif dans la mesure où le personnel est associé à la définition de cette politique d'aide sociale.

1.1.4: UNE PLACE LIEE AUX REPRESENTATIONS DES ACTEURS.

Pour définir le foyer de l'enfance aujourd'hui, il est important de connaître l'image qu'il génère dans la représentation des acteurs. Dans une démarche stratégique de changement, la prise en compte de ces représentations peut servir à mettre en évidence les forces et faiblesses de la structure par rapport au ressenti des acteurs. Elle peut permettre aussi d'identifier le comportement d'acteurs extérieurs au regard du foyer, que celui des professionnels de l'établissement par rapport à leur environnement.

Pour essayer de traduire autant que faire se peut l'expression de ces sentiments, un questionnaire (les questions sont renvoyées en bas de page) a été envoyé à un échantillon d'un peu plus de cinquante personnes en lien direct avec le foyer de l'enfance.

Ont été sollicités :

En externe, trente trois questionnaires ont été envoyés en direction des sept unités déconcentrées de l'ASE, des juges pour enfants, du personnel éducatif de la protection

judiciaire de la jeunesse (PJJ), d'un autre établissement public médico-social, d'un service d'AEMO, onze ont été retournés.

En interne, vingt questionnaires ont été transmis aux cadres sociaux éducatifs, et au personnel des services éducatifs. Neuf ont pu être exploités.

Globalement si le taux de réponse est satisfaisant (37%), il ne donne qu'une vision partielle de la représentation des acteurs du département considérant que certains services extérieurs n'ont pas donné suite au questionnaire (Juges, AEMO, PJJ).

Ce dernier dans son premier pôle⁹ de questionnement avait pour objectif de faire ressortir les connaissances des acteurs sur les missions du foyer de l'enfance.

A la première question¹⁰ : Connaissez-vous les missions réglementaires du foyer de l'enfance ? On découvre qu'elles ne sont connues que par 66 % des personnes externes ayant répondu. Ce constat est relativement inquiétant sachant que ces professionnels (éducateurs justice, travailleurs sociaux du Conseil Général, autres institutions) sont amenés à orienter ou prendre en charge des enfants en difficultés.

Par contre, et heureusement pourrait-on dire, 100% des professionnels du CDE connaissent clairement les missions.

A la question deux (2A)¹¹ : Pour vous le foyer est ; un lieu d'hébergement, un lieu d'accueil en urgence, d'éducation, de soin, d'orientation (classez par ordre d'importance), cela permet de relever une distinction de représentation entre les deux groupes sollicités (externes, internes).

En effet, si les deux groupes placent unanimement la mission d'accueil d'urgence comme rôle premier du foyer, ils se distinguent ensuite. Les premiers (travailleurs sociaux extérieurs) mettent en deuxième plan les fonctions d'hébergement du foyer, car pour eux, cette mission répond aux besoins de placement dans le cadre de leur propre activité (travailleurs sociaux qui sont en charge du placement de l'enfant)

Quant aux éducateurs de la structure, ils placent en deuxième position la fonction éducative, mission qui correspond à la finalité de leur formation professionnelle.

⁹ Premier pôle de questionnement à propos des missions réglementaires du CDE et de ses activités

¹⁰ Question 1 : Connaissez-vous les missions réglementaires du foyer de l'enfance ?
Si oui, lesquelles, classez-les par ordre d'importance.

¹¹ Question 2A : Pour-vous , le foyer est un (classez par ordre d'importance de 1 à 5) : lieu d'hébergement – lieu d'accueil en urgence – lieu d'éducation – lieu de soins – lieu d'orientation

Le foyer de l'Enfance est donc bien repéré comme la porte d'entrée en urgence dans le dispositif de prise en charge de l'ASE. Il est également repéré comme un lieu d'orientation dans ce même dispositif.

Le foyer de l'Enfance est également bien identifié comme accueillant les personnes relevant de la politique de protection de l'Enfance (Question 2B)¹². Le lien foyer de l'Enfance et politique de l'ASE est donc très présent parmi les personnes interrogées.

Toutefois, une différence significative de réponse se voit entre les externes et les internes. En effet, les premiers ont une réponse plus ouverte et pensent à 50% que le foyer accueille des jeunes délinquants, alors que les seconds répondent par la négative. Dans cette réponse, certes fermée, on peut lire soit une reconnaissance de la réglementation des éducateurs du foyer, soit un refus implicite d'accepter ces enfants sachant qu'ils doivent être pris en charge par le secteur de la protection judiciaire de la jeunesse.

De par une attraction de la politique ASE, le foyer de l'Enfance est au carrefour des politiques publiques (les politiques de PJJ, enfance inadaptée, psychiatrie infanto-juvénile). Il joue un rôle central pour les prises en charge des personnes relevant de la politique de l'ASE mais également un rôle de carrefour des populations accueillies en urgence mais relevant de doubles voire triples problématiques.

Cet état de fait a s'en aucun doute des conséquences sur l'activité du foyer qui doit prendre en charge des populations hétérogènes. Des réponses sont apportées dans la quatrième question : Pensez-vous que le CDE doit enrichir ses activités ? pensez-vous que le CDE doit recentrer ses activités ?

Ils souhaitent en effet à plus de 80 % voir les activités du foyer s'enrichir soit d'une structure d'accueil mères enfants ou d'une structure point rencontre famille enfants ou se recentrer sur ses activités traditionnelles, d'amélioration des conditions d'accueil, de soutien psychologique et d'animations. Il convient de souligner que ces attentes se retrouvent dans une même proportion de la part des réponses externes.

La grande majorité des éducateurs du foyer demande aussi un recentrage des activités du foyer sur ses missions traditionnelles, et espère en particulier qu'un effort soit fait sur les services d'urgence. Cela peut s'expliquer par la crise que traverse le service d'accueil des adolescents du foyer et le grand espoir qui est fondé sur la nouvelle politique départementale.

¹² Question 2B : Pour-vous, le foyer accueille : tous les jeunes de 0 à 21 ans – les enfants de 0 à 18 ans – les jeunes délinquants – les personnes relevant de la protection de l'enfance – autres.

Ces trois premières questions mettent en évidence un besoin de recadrage de la position du foyer dans l'organisation départementale. Sa position centrale, due en particulier à l'accueil d'urgence, place souvent le foyer dans une situation difficile si l'orientation se fait par défaut de préparation préalable.

Cette analyse permet de dire, que toute action de changement doit veiller à prendre en compte ces facteurs, et devra s'attacher à renforcer la coopération et la communication vers les autres institutions.

De plus, il apparaît indispensable de recadrer les missions du foyer pour donner de la lisibilité à l'action de l'établissement dans un cadre global défini par le futur schéma départemental.

Cette première analyse, sans être exhaustive, permet de situer globalement l'établissement dans son environnement. Il convient de la compléter par une analyse interne afin d'y rechercher des éléments qui permettraient de dire si le changement est finalement souhaitable.

1.2 Analyse et diagnostic interne de fonctionnement .

La mise en place d'un schéma départemental à l'automne 2000 va sûrement remettre en cause le fonctionnement actuel du foyer de l'enfance. L'établissement devra ajuster sa politique aux besoins de prise en charge du département.

Cette remise en cause, même partielle, va nécessiter une analyse du fonctionnement actuel, et cela afin d'imaginer quelles seront les adaptations à apporter pour répondre aux nouvelles attentes.

1.2.1 : L'INTERET DU DIAGNOSTIC DE FONCTIONNEMENT.

L'objectif du diagnostic sera aussi de mettre en évidence les points forts et les points faibles du système actuel, afin de mettre en place au niveau de l'établissement une stratégie interne, basée sur les valeurs ajoutées repérées par l'ensemble des acteurs évoluant sur le champ médico-social.

Pour élaborer le diagnostic, il est impératif à la fois d'analyser le dispositif interne, la perception des acteurs sur leur environnement professionnel.

Dans ce cas de figure, le processus de schéma mis en place par le Conseil Général peut être le point de départ de cette analyse du fonctionnement de l'établissement sachant que le C.R.E.A.I a été mandaté pour son élaboration. En effet, ce dernier a entrepris une démarche d'étude structurée en deux étapes.

La première est une approche quantitative de l'offre du département. La deuxième quant à elle est² une approche qualitative de l'offre de service, qui a demandé l'audition de tous les établissements d'accueil du département.

Ainsi, au niveau stratégique il apparaît judicieux d'entreprendre en interne un diagnostic du fonctionnement de l'établissement, pour d'une part, alimenter ou contrecarrer les résultats de l'enquête externe, et, d'autre part, préparer la phase d'adaptation qui devrait suivre la mise en place du schéma.

Pour une telle étude interne, le directeur dispose déjà d'une source d'information issue de données traditionnelles (BP, CA, bilans d'activité) qui lui permette de comparer l'activité de l'établissement par rapport aux années antérieures, mais aussi par rapport à d'autres établissements de la même catégorie. De plus, le bilan social établi chaque année par le directeur donne des informations très riches sur ses ressources humaines qui sont l'élément déterminant de la qualité de la prise en charge.

En outre, on pourra soit faire appel à un cabinet externe, soit, ce qui apparaît la meilleure solution, faire participer l'ensemble du personnel à cette analyse.

Par ailleurs, une enquête à destination du personnel éducatif pourrait servir d'audit social¹³ qui serait renforcée par des entretiens obtenus auprès de ces personnels.

Cette première démarche de réflexion interne sera suivie (deuxième partie) d'une analyse externe de la représentation du foyer, elle fera appel principalement aux diverses remarques de la première phase d'analyse du schéma départemental, ensuite des résultats de l'enquête, enfin, des divers entretiens obtenus notamment avec les responsables politiques du Conseil Général et de l'ASE.

¹³ A. COURET, J. IGALENS, Audit social, Coll. Que Sais-je? PUF n°2399, 1988.

1.2.2 : LES RESSOURCES HUMAINES.

Le foyer de l'enfance est un prestataire de services qui assure la garde des enfants pour le service de l'ASE. La majorité de ses frais de fonctionnement est composée par les frais de personnel (comptes 63 et 64) qui représentent 80,62 % du budget en 1999.

Certains indicateurs de dysfonctionnement ¹⁴ comme le démontre J.IGALENS peuvent être révélateur de la situation sociale de l'établissement. Sans être exhaustif, certains d'entre eux vont être étudiés.

EFFECTIF DU PERSONNEL 1999.

| | 1999 | FOYER | POUP. | CHANT. | HEBERG | AEMO | 31/12/99 |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|----------|
| ADMINISTRATION | 6,3 | 3 | 1 | 2,2 | 6,2 | 0,1 | 6,3 |
| MEDICO-EDUCATIF | 62,7 | 30,4 | 14,6 | 12,8 | 57,8 | 4,9 | 61,5 |
| CHEF DE SERVICE | 4 | 2 | 1 | 1 | 4 | - | 4 |
| EDUCATEURS | 34 | 18,3 | 1 | 9,8 | 29,1 | 4,9 | 33,6 |
| VEILLEURS DE NUIT | 8,8 | 7,8 | - | 1 | 8,8 | - | 8 |
| PARAMEDICAUX | 15,9 | 2,3 | 12,6 | 1 | 15,9 | - | 15,9 |
| INFRASTRUCTURE | 28,4 | 17 | 4,5 | 6,9 | 28,4 | - | 28 |
| CUISINE | 4,2 | 2,5 | 0,2 | 1,5 | 4,2 | | 3,8 |
| LINGERIE | 5 | 2,5 | 1,5 | 1 | 5 | | 4,8 |
| ATELIER | 5,2 | 2,2 | 1 | 2 | 5,2 | | 5 |
| MENAGE | 14 | 9,8 | 1,8 | 2,4 | 14 | | 14,4 |
| TOTAL AGENTS | 97,4 | 50,4 | 20,1 | 21,9 | 92,4 | 5 | 95,8 |
| | 100 % | 51,7 % | 20,6 % | 22,6 % | 94,9 % | 5,1 % | |
| SITUATIONS PART. REMU. | 4,75 | 2 | 0,25 | 1,75 | 4 | 0,75 | 5 |
| MALADIE PROFESSION. | 1 | 1 | | | 1 | - | 1 |
| CLM-CLD | 3,5 | 1 | | 1,75 | 2,75 | 0,75 | 3 |
| DISPO D'OFFICE | 0,25 | | 0,25 | | 0,25 | - | 1 |
| TOTAL REMUNERES | 102,15 | 52,4 | 20,35 | 23,65 | 96,4 | 5,75 | 100,8 |
| en % | 100 % | 51,3 % | 19,9 % | 23,2 % | 94,4 % | 5,6 % | |

¹⁴ J. IGALENS, C.LOIGNON L'observation sociale, Coll. Maxima, 1997 .

Le tableau des emplois permanents ci-dessus décrit l'ensemble du personnel avec une répartition par activité. Ce tableau donne le reflet du personnel nécessaire pour faire fonctionner une telle structure. Une analyse plus complète demanderait de comparer cet effectif à d'autres établissements de même type.

Répartition par sexes au 31.12.99, par groupe professionnel.

| | | | | | Hommes | Femmes |
|-----------------|-----|-------------|-------|-----|--------|--------|
| Administration | 7 | Agents pour | 6,3 | ETP | 2 | 5 |
| Médico-éducatif | 64 | Agents pour | 61,5 | ETP | 16 | 48 |
| Infrastructure | 29 | agents pour | 28,00 | ETP | 8 | 21 |
| T O T A L | 100 | agents pour | 95,8 | ETP | 26 | 74 |

Répartition par sexes au 31.12.99, par services.

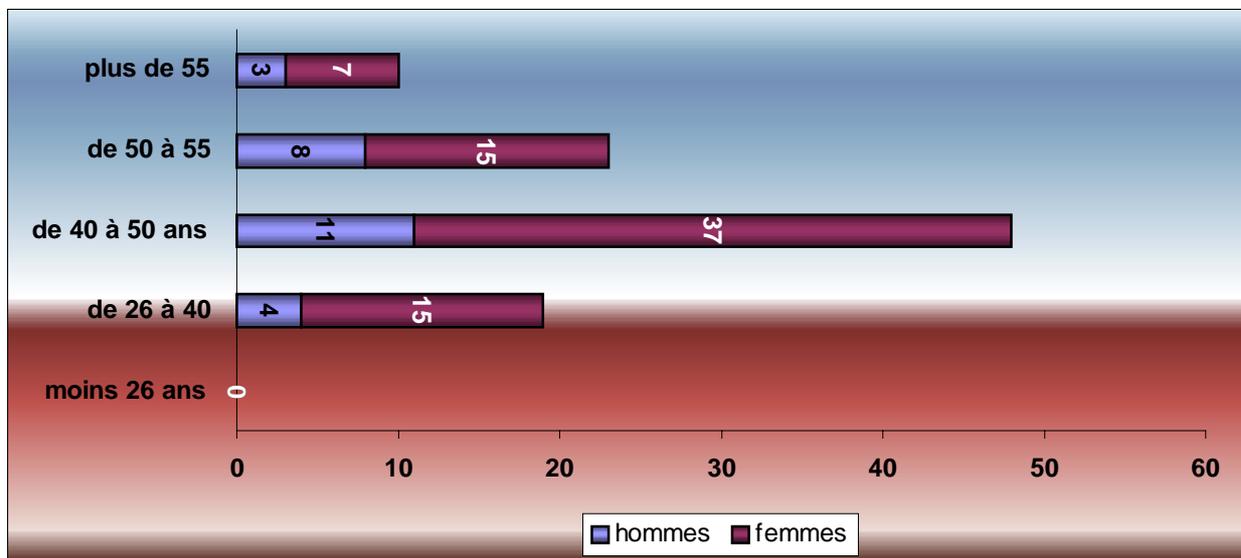
| | TOTAL | Hommes | Femmes |
|--------------|-------|--------|--------|
| Foyer | 55 | 17 | 38 |
| Pouponnière. | 19 | 1 | 18 |
| Chantevents | 22 | 7 | 15 |
| Extérieur. | 4 | 2 | 2 |

L'effectif est composé en majorité de personnel féminin (74%), cet état de fait pourrait avoir des conséquences sur l'absentéisme (maternités, jours pour enfants malades), toutefois il convient de relativiser ce facteur considérant la pyramide des âges (voir ci-après).

Répartition du personnel par âges

| | Nbre Agents | Hommes | Femmes | F | P | C | E |
|-------------|-------------|--------|--------|----|----|----|---|
| - de 26 ans | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 26 - 40 ans | 19 | 4 | 15 | 11 | 2 | 5 | 1 |
| 41 – 50 ans | 48 | 11 | 37 | 22 | 10 | 14 | 2 |
| 51 – 55 ans | 23 | 8 | 15 | 13 | 6 | 3 | 1 |
| + de 55 ans | 10 | 3 | 7 | 9 | 1 | 0 | 0 |
| TOTAL | 100 | 26 | 74 | 55 | 19 | 22 | 4 |

GRAPHIQUE DE REPARTITION PAR SEXES ET AGES



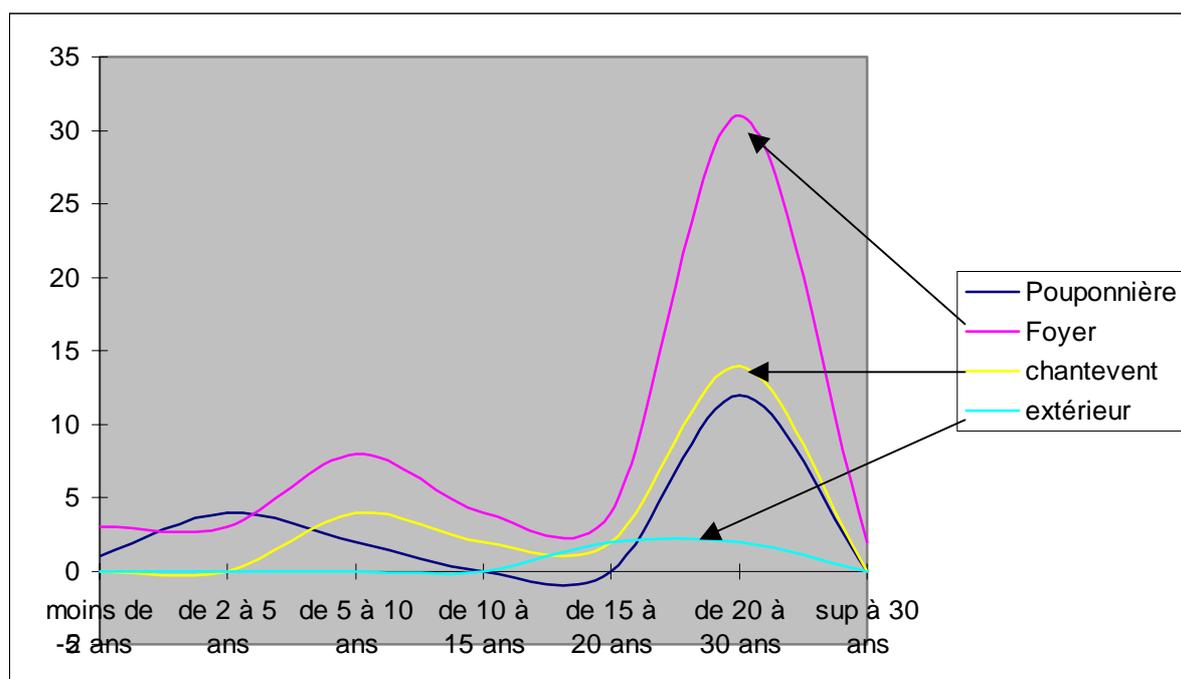
La moyenne d'âge est particulièrement élevée dans l'établissement, 81 % du personnel à plus de 40 ans, et comme nous le voyons ci-dessous une forte proportion a une ancienneté supérieure à 20 ans. Après une analyse plus fine on constate que la majorité du personnel est présente depuis l'ouverture de l'établissement sur le site actuel (Perpignan).

Cet état de fait joue en défaveur du dynamisme de l'établissement. Une politique de rajeunissement devra être mise en place.

Répartition du personnel par ancienneté dans l'établissement.

| | Nbre Agents | F | P | C | E |
|--------------|-------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| Inf. 2 ans | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| 2 - 5 ans | 7 | 3 | 4 | 0 | 0 |
| 5 - 10 ans | 14 | 8 | 2 | 4 | 0 |
| 10 - 15 ans | 6 | 4 | 0 | 2 | 0 |
| 15 - 20 ans | 8 | 4 | 0 | 2 | 2 |
| 20 - 30 ans | 59 | 31 | 12 | 14 | 2 |
| Sup. 30 ans | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 100 | 55 | 19 | 22 | 4 |

1.1.1.1.1 COURBES D'ANALYSE DE L'ANCIENNETE DES AGENTS PAR SERVICES 1999



Le graphique démontre de manière significative que le groupe des 20/30 ans est largement majoritaire et en particulier au niveau du foyer. Cela a de multiples conséquences sur le fonctionnement de l'établissement : baisse de motivation, usure professionnelle importante dans un secteur particulièrement difficile qui a pour corollaire l'absentéisme.

Mouvement du personnel :

La mobilité est faible dans l'établissement, caractéristique que l'on retrouve dans le secteur public. Cela signifie qu'on ne pourra seul entreprendre une politique de réduction de la

pyramide des âges, et que le Conseil Général devra s'engager dans ce programme. Pour l'année 1999, trois agents au total ont quitté la structure, deux pour départ à la retraite, un pour mutation.

Promotion :

La promotion est en règle générale un élément important pour la motivation des ressources humaines. Dans la fonction publique hospitalière, dans le respect des principes généraux, les marges de manœuvres du directeur sont faibles pour envisager une véritable politique de rémunération.

27 agents ont pu bénéficier d'un avancement d'échelon en 1999, celui-ci est en règle général linéaire, cependant un tiers des agents peuvent prétendre à une réduction des durées .

1.2.3 : L'ABSENTEISME, INDICATEUR DE DYSFONCTIONNEMENT.

L'absentéisme est le premier indicateur des conditions de vie dans le monde du travail. Il peut être la résultante de travail pénible physiquement ou psychiquement, d'usure professionnelle, de conflits entre les équipes ou la direction, de démotivation.

L'arrêt de travail devient, dans des cas limites, le seul moyen d'échapper au mal de vivre de certains professionnels qui finissent parfois par se rendre véritablement malade.

Cet abandon, s'est produit cette année dans l'équipe qui assure la prise en charge des jeunes adolescents, l'ensemble des éducateurs du groupe (1cadre socio-éducatif et 4 travailleurs sociaux) était en arrêt maladie sur la même période.

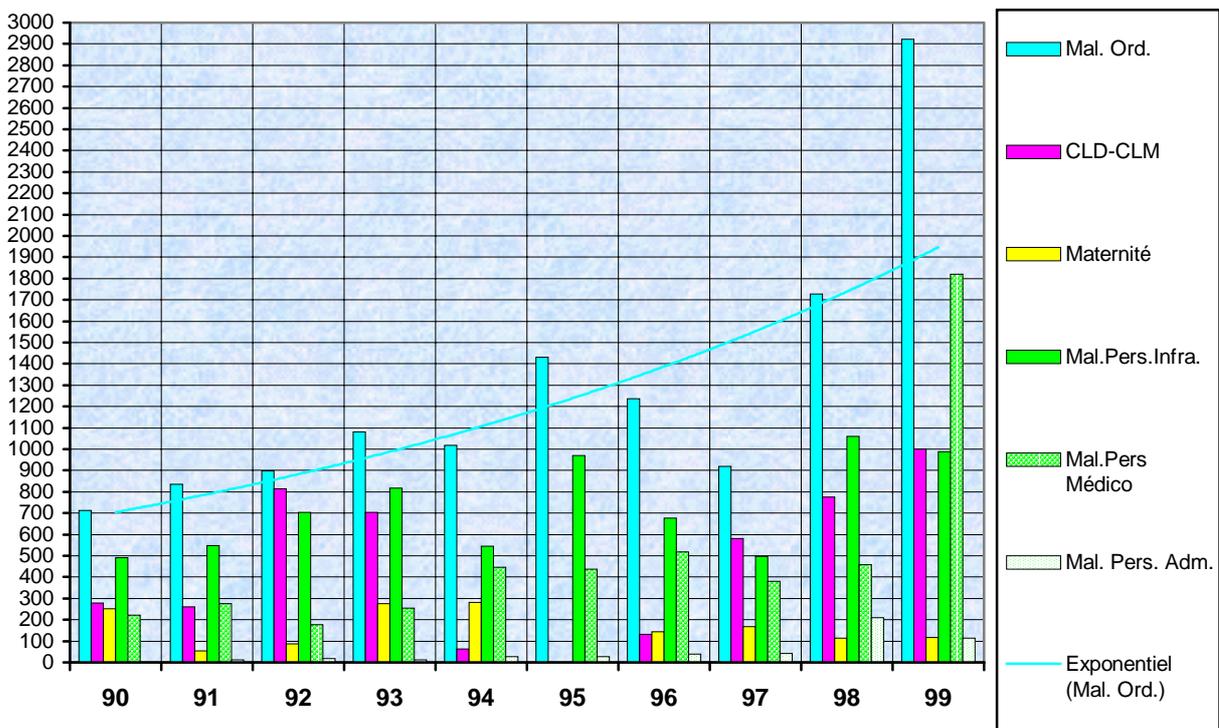
Cette situation de crise met en évidence les dysfonctionnements de cette unité. La prise en charge des jeunes adolescents en devient de plus en plus difficile.

ABSENCES AU TRAVAIL en 1999 (en nombre de journées)

| | | | |
|---|---|--------|---------------------------|
| - Nombre de journées théoriques travaillées | : | 20 080 | 55,00 agent/Jours |
| Administration | : | 1 410 | 5,64 agent/Jours ouvrable |
| Médico-éducatif | : | 12 820 | 35,10 agent/Jours |
| Infrastructure | : | 5 850 | 16,00 agent/Jours |

| TYPE D'ABSENCE | Nbre | Taux | Foyer | Poup | Chant | Extér |
|---------------------------------------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|------------|
| Maladies ordinaires | 2922 | 14,55 | 1435 | 415 | 812 | 260 |
| Accidents de travail | 17 | 0,08 | 12 | 0 | 5 | 0 |
| Maladies professionnelles | 365 | 1,81 | 365 | 0 | 0 | 0 |
| Maternité | 117 | 0,58 | 0 | 117 | 0 | 0 |
| Congé longue maladie | 1000 | 4,98 | 365 | 0 | 635 | 0 |
| TOTAL MALADIE | 4421 | 22,01 | 2177 | 532 | 1452 | 260 |
| | | | | | | |
| Absences motif syndical | 7 | | 4 | 1 | 2 | 0 |
| Absences autorisées raison familiales | 20 | | 3 | 17 | 0 | 0 |
| Absences pour formation | 175 | | 85 | 30 | 60 | 0 |
| TOTAL ABSENCES AUTORISEES | 202 | 1,00 | 92 | 48 | 62 | 0 |
| | | | | | | |
| REPARTITION PROFESSIONNELLE | | | | | | |
| Maladie ordinaire administration | 115 | 8,15 | 115 | 0 | 0 | 0 |
| Maladie ordinaire Médico-éducatif | 1820 | 14,20 | 647 | 131 | 782 | 260 |
| Maladie ordinaire Infrastructure | 987 | 16,87 | 673 | 284 | 30 | 0 |

GRAPHIQUE DE L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE JOURNÉES D'ARRÊT DE TRAVAIL DE 1990 A 1999.



L'absentéisme est particulièrement important en 1999, notamment pour les maladies ordinaires qui dépassent les 2 922 journées soit un taux supérieur aux 15 %. Cette augmentation par rapport aux années antérieures (voir graphique ci-dessus) s'explique de façon conjoncturelle par des absences pour maladie d'agents des chantevents qui ont été hospitalisés pour des opérations chirurgicales.

Toutefois, le taux global est très élevé, il représente en Equivalent Temps Plein (ETP) 22 agents et des raisons structurelles doivent être recherchées.

Dans un premier temps, on pourrait penser que l'usure professionnelle des équipes éducatives est le premier facteur de causalité de cet absentéisme. Cependant, on s'aperçoit dans l'analyse des catégories professionnelles que le personnel le plus touché appartient aux services généraux (cuisine, lingerie, atelier, ménage)

Ainsi, pour réduire ces absences il convient d'envisager deux démarches parallèles.

La première : envisager une politique globale de réduction de la pyramide des âges.

La deuxième : mise en place d'une politique de mobilisation du personnel autour de la valorisation des tâches, avec un travail particulier pour les personnels des services généraux.

Analyse des remplacements pour suppléer les absences :

Ces absences causent d'importants dysfonctionnements à la structure qui doit veiller à la continuité de ses missions de service public. Pour les suppléer, on fait appel à du personnel de remplacement, mais celui-ci, souvent recruté dans l'urgence, ne dispose que rarement de l'expérience qui est de nature à garantir la qualité de la prise en charge dans ces structures difficiles (accueil d'urgence des adolescents notamment).

Pour remédier à ces absences il est fait appel, en dernier ressort, à du personnel intérimaire (320 heures en 1999), à des agents de remplacement. Au total cela correspond à un 5,4 équivalent temps pleins, à des contrats aidés de type contrats emplois solidarité, 3,85 temps pleins ou contrats emplois consolidés, 1,96 équivalents temps pleins.

Au total, plus de onze agents ont été nécessaires pour remplacer les vingt deux absences cumulés.

1.2.4 : LES CONDITIONS DE TRAVAIL.

L'usure professionnelle :

En général, les conditions de travail sont relativement peu pénibles physiquement (sauf tâches spécifiques).

Pour les personnels techniques, les fluctuations d'effectifs et les difficultés des situations de prise en charge éducatives ou sanitaires créent souvent des tensions psychologiques et des situations de stress. L'évolution du profil des usagers (enfants et adolescents) et surtout de leurs parents en grande difficulté (problèmes psychiatriques, comportements asociaux) imposent aux personnels techniques des relations souvent conflictuelles, difficiles à conduire, qui peuvent générer de l'anxiété et éventuellement des risques physiques (même si les passages à l'acte sont rares). Les horaires d'internat sont, pour l'ensemble des personnes en horaire alternant, parfois difficilement compatibles avec une vie familiale équilibrée .

Cette situation d'usure professionnelle ou « burn out » que l'on retrouve souvent chez les travailleurs sociaux est analysée de manière synthétique par le rapport du conseil économique et social de Daniel LORTHIOIS. Ce document éclaire les remarques formulées par les éducateurs et relevées lors de l'enquête menée au CDE

Ce dernier reprend l'enquête menée auprès de plus de trois cents travailleurs sociaux publiée par Mme Valérie Pezet et MM. Robert Villatte et Pierre Logeay, en juin 1996, dans leur ouvrage *De l'usure à l'identité professionnelle ; le « burn out » des travailleurs sociaux*, qui apporte des données intéressantes.

« Ce phénomène paraît toucher de façon très inégale les professionnels : les hommes y semblent plus sensibles que les femmes ; certains métiers, notamment les assistantes de service social et les éducateurs (spécialisés ou non), paraissent plus concernés que les moniteurs-éducateurs et le personnel administratif ; le lieu importe également, en ce que le milieu ouvert serait plus usant que le travail en structure ; enfin la nature du public n'est pas sans incidence, les adolescents en difficultés sociales apparaissant comme les populations qui cumulent le plus de précarités. En revanche, cette enquête conclut, avec prudence, au fait que le « burn out » ne serait pas corrélé positivement avec l'âge de l'agent, ni avec son ancienneté dans le poste.

Par ailleurs, ce phénomène pourrait aussi tenir, pour une certaine part, aux conditions de recrutement des travailleurs sociaux. Dans son « Devenir travailleur social aujourd'hui,

vocation ou repli ? », M. Emmanuel Jovelin constate une extinction des vocations premières ; celles-ci laisseraient davantage la place à des vocations secondaires ou plus tardives liées à des accidents biographiques individuels. Cette baisse de l'intensité de la vocation initiale pourrait favoriser une accélération du « burn out ».

En fait, les travailleurs sociaux, collectivement, se posent la question du sens de leurs métiers. Ils sont tiraillés entre une commande publique qui réclame des résultats sans toujours donner les moyens de les atteindre, un public qui perd ou a perdu ses repères et qui renforce ses exigences légitimes, des dispositifs qui n'apportent que des solutions très partielles à l'exclusion, enfin des rythmes de travail importants avec des moyens humains et matériels insuffisants.

Individuellement, les travailleurs sociaux se posent la question de leur place dans un ensemble de procédures, d'intervenants, de dispositifs dont la cohérence est loin d'être évidente. Ils mesurent que, toujours davantage sollicités au service des autres, ils ne construisent pas, par leur profession, un projet professionnel et personnel. L'effort d'adaptation qui est exigé d'eux (mobilité des dispositifs, obligation permanente de partenariat, adaptation au public, inventivité) n'est pas valorisé sur le plan individuel. Le temps et les lieux manquent aux professionnels pour se ressourcer et partager leur perception des problèmes. Certains travailleurs sociaux évoquent même la réticence de leurs collègues à accepter de parler de leur souffrance, et, parfois, à écouter les autres. »

La représentation du personnel :

Le syndicat a un rôle de contre pouvoir qui doit être analysé et pris en compte avant toute démarche de changement. En effet, tout projet qui modifie les conditions de travail doit être soumis pour avis au Comité Technique d'Etablissement (CTE), organisme consultatif qui garantit la représentation du personnel. En outre, on ne peut imaginer de projet réussi si au préalable le personnel n'est pas associé à cette démarche. Il est primordial de rechercher dans la représentation syndicale et au travers des conflits sociaux des indicateurs sur le climat social de l'entreprise.

L'activité syndicale relativement faible au CDE révèle un climat social serein (pas de jour de grève). Toutefois, lors de l'année 1999 un deuxième syndicat a vu le jour. Cela laisse penser qu'outre des opinions syndicales différentes entre le personnel, un deuxième courant de pensée veut remettre en cause le premier syndicat et sa manière de négocier avec le pouvoir de l'entreprise.

1.1.1.1.2 CONFLITS COLLECTIFS DU TRAVAIL

| | | |
|--|---|---|
| Nombre de journées de grève dans l'année | : | 0 |
| . par mot d'ordre national | : | 0 |
| . par mot d'ordre local | : | 0 |

INFORMATION - COMMUNICATION

Réunion d'information du personnel

- Éducatif Ensemble : 2 réunions / trimestre
- Internat Chantev : 1 réunion / quinzaine
- Pouponnière - Infirmerie : 1 réunion trimestrielle
- Personnels Services Généraux: 1 réunion trimestrielle
- Personnels Ouvriers : 1 réunion trimestrielle

Outre les réunions éducatives (toutes les semaines), le directeur informe souvent l'ensemble du personnel lors de réunions qui précèdent généralement les séances des conseils de surveillance.

L'information circule assez facilement compte tenu de la taille de l'établissement. Les rencontres sont quotidiennes entre les chefs de Service et les Agents. Le directeur se rend disponible pour recevoir les agents individuellement.

1.2.5 : LA STRUCTURE.

La structure principale est composée de trois bâtiments construits dans les années soixante dix, l'hébergement est depuis l'origine de type dortoir, un pavillon préfabriqué a été construit plus récemment pour accueillir les adolescents.

L'ensemble des bâtiments a toujours été bien entretenu. Les améliorations sont constantes sachant que le directeur consacre chaque année plus de 500 000 francs du budget pour l'entretien des locaux :(budget primitif 2000 : exploitation 200 000 frs, investissement 320 000 frs).

Cependant, ce type de construction comporte des inconvénients aujourd'hui pour une bonne prise en charge des enfants. D'une part, même si les unités sont composées en petits groupes de 12 mineurs maximum. On s'aperçoit que dans certains cas compte tenu de l'impossibilité de gérer les flux d'entrées, le foyer accepte des admissions au-delà des effectifs souhaitables. Cet

état de fait est permis sachant que la capacité d'accueil (surface, lits) est largement excédentaire, mais la qualité de la prise en charge en souffre. D'autre part, l'accueil en dortoir ne correspond plus aux critères de qualité (vie familiale) comme le soulignait déjà dans son rapport des années 80 J.L BIANCO.

Cette analyse interne s'attache ici à relever des éléments qui seraient favorables aux mutations. Elle n'a pas pour objectif de juger de la qualité de la prise en charge qui est au demeurant de bonne qualité (exception faite et reconnu de tous de l'accueil des adolescents).

Toutefois, certains éléments amènent à penser qu'un élan de changement qui est actuellement révélé par le schéma départemental et peut servir de base à un changement plus profond. La difficulté pour réussir cette mutation se trouvera dans la multiplicité des facteurs à prendre en compte, facteurs humains, structurels, conjoncturels.

* * *

Chapitre II LE PROCESSUS DE CHANGEMENT , SES LEVIERS, SES FREINS.

Le changement n'est pas une fin en soi. L'organisation prend conscience que les transformations sont nécessaires soit parce que le fonctionnement actuel ne correspond plus avec son environnement, soit parce que ses dysfonctionnements mettent en péril l'institution et son fondement.

1/ Je me remets en cause car l'environnement a évolué (contraintes externes, et internes parce que mon action ne correspond plus aux besoins).

2/ Je me remets en cause car l'organisation souffre de dysfonctionnements. (contraintes internes).

Dans le premier cas, le processus de changement devra agir conjointement au niveau de l'acteur et du système et s'attacher à mener une action sur le comportement des acteurs et sur la structure. Cette démarche plus globale a l'avantage de repositionner l'ensemble des professionnels sur une dynamique de remise en question plus valorisante.

Dans le deuxième cas, le changement portera uniquement sur une action sur les hommes, pratique vouée à l'échec selon CROZIER ¹⁵ car « *se limiter à un de ces deux types d'action, c'est se condamner aux conséquences inattendues, au maximum d'effet contre-intuitif... Appliquée toute seule ou sans lien avec une action sur les structures, l'action sur les hommes est dangereuse. Elle prête en effet à toutes les manipulations et même si, comme c'est le plus souvent le cas, ceux qui l'animent sont respectueux de la liberté d'autrui, ils soulèvent tout naturellement l'inquiétude et créent le soupçon.* » D'autre part, elle est basée sur un constat négatif qui joue en défaveur de la coopération de l'ensemble des ressources humaines sachant que les dysfonctionnements touchent qu'une petite partie du personnel.

¹⁵ M.CROZIER et E.FRIEDBERG, L'acteur et le système, éditions du seuil 1977 .

La première phase d'analyse démontre que le foyer est très dépendant de la politique départementale, et que même si son action répond globalement à une bonne prise en charge des enfants, le bilan social démontre que certains indicateurs de dysfonctionnement doivent engager le foyer dans une période de mutation.

2.1 Le changement est un processus.

Le changement est un concept qui apparaît mystérieux, qui interroge. Pourtant il nous apparaît de plus en plus naturel, et l'homme s'efforce de s'adapter car ils se font dans un monde de plus en plus réactif notamment sous l'impulsion des nouvelles technologies.

Pour l'entreprise, K.LEWIN (1978) le fondateur de la psychologie sociale, nous propose d'aborder le changement comme un processus temporel composé de trois phases :

Le dégel,

Le mouvement,

La cristallisation.

Cette démarche va être utilisée pour imaginer ce type de processus au foyer de l'enfance :

2.1.1 : LE DEGEL.

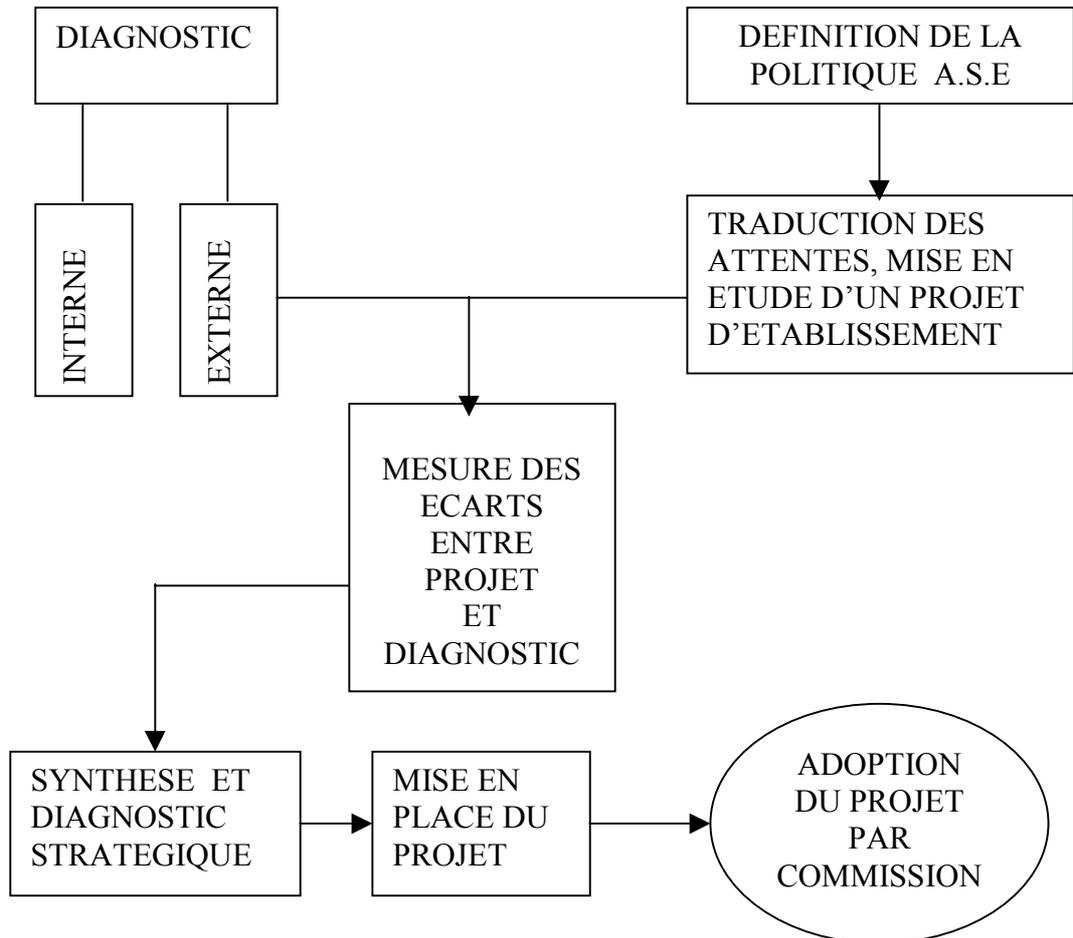
Le dégel est le processus par lequel les individus vont admettre que le changement devient nécessaire. Le directeur de l'établissement jouera bien sûr un rôle primordial dans cette démarche. C'est à lui qu'il appartient de construire l'avenir de l'établissement, d'avoir cette vision de prospective qui va conduire l'ensemble de la structure vers une nouvelle étape.

Il devra faire la preuve que son option de conduire l'établissement sur cette nouvelle voie est supérieure à l'immobilisme. Véritable acteur de changement il devra s'appuyer sur tous les leviers à sa disposition.

La restitution de l'analyse organisationnelle aux parties prenantes et la réalisation du diagnostic permettent de faire prendre conscience aux acteurs de l'intérêt de changer.

SCHEMA DES ELEMENTS DE LA PHASE D'ANALYSE

Niveau décision interne Phase de collaboration Niveau décision externe



Les conclusions définitives du schéma adoptées par le Conseil Général (niveau de décision externe) vont modifier l'organisation départementale et définir le rôle du centre départemental de l'enfance.

On imagine qu'à la suite de la communication du schéma la collectivité locale va demander aux établissements du département de présenter et d'adopter leur projet d'établissement en cohérence avec les nouvelles attentes et à la nouvelle politique définie.

Le diagnostic interne et externe qui doit être fait, nous l'avons vu pendant la phase de préparation du schéma, doit permettre de rapidement comparer ces nouveaux besoins par rapport à la situation actuelle du foyer. Ce travail demandera une collaboration étroite entre la direction du foyer et les responsables administratifs de l'ASE.

Une fois ces écarts identifiés, la direction met en place une synthèse des mutations, avec une stratégie d'adaptation conforme aux nouveaux projets, et cela afin de proposer pour adoption à la commission de surveillance le futur projet d'établissement.

Ce document, une fois approuvé par le Conseil Général, permettra de clôturer la phase de dégel.

2.1.2 : LE MOUVEMENT.

La deuxième phase du processus de changement toujours selon K.LEWIN, est la transition par laquelle on passe d'un système d'organisation ancien à une nouvelle organisation. Cette phase de transition doit permettre un apprentissage des nouvelles pratiques professionnelles dans un environnement qui se modifie.

Le directeur et ses chefs de services s'attacheront à mettre en évidence les objectifs de la future organisation correspondant aux nouvelles attentes du projet d'établissement.

Cette phase difficile pour l'ensemble des acteurs devra se faire par micro-projets dans le respect du projet éducatif. L'agent de changement doit alors faire en sorte de réunir les conditions permettant aux agents d'exprimer leurs visions d'un idéal de fonctionnement, et de concevoir par petites touches, par expérimentation, de nouvelles pratiques qui ne soient pas la reproduction des anciennes.

En devenant partie prenante de ce projet, le personnel se trouve en position d'appropriation, et devient alors l'acteur principal des transformations.

Pendant cette période délicate, le personnel devra sentir le soutien quasi permanent des décideurs du changement (direction, Conseil Général). Une politique de communication pourra favoriser la motivation des professionnels.

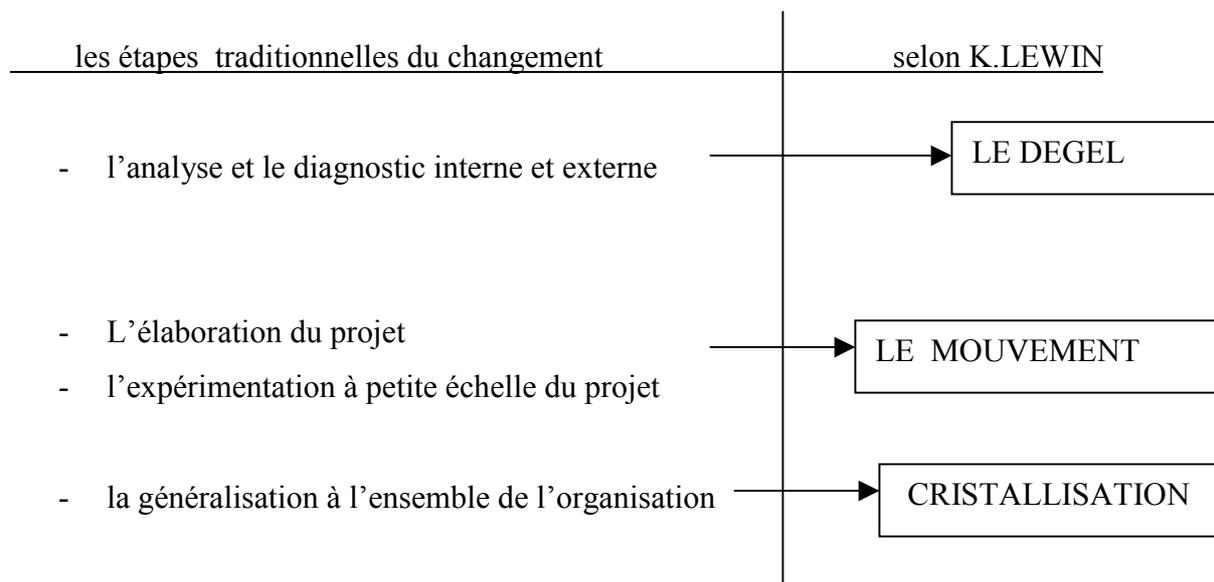
2.1.3 : LA CRISTALLISATION.

Troisième et dernière phase qui termine le processus par une consolidation des nouveaux comportements. Selon WEISS « *elle consiste à pérenniser les nouvelles pratiques, à les rendre permanentes et résistantes à des changements futurs, sans quoi les anciennes habitudes se rétablissent et les compétences acquises s'estompent. Chassez le naturel il revient au galop dit le proverbe* ».

Pour y remédier, il convient d'agir sur une évaluation conjointe de l'action des groupes éducatifs par rapport aux projets écrits. Cette évaluation permet à la fois de corriger les éventuels dérapages, et de valoriser le travail effectué par rapport aux nouveaux objectifs.

La reconnaissance de ces résultats positifs doit asseoir un sentiment de satisfaction chez le personnel qui permettra de renforcer la confiance en soi pour poursuivre et terminer cette phase.

Ce parcours de la théorie du changement selon K.LEWIN permet d'identifier la démarche qui comporte traditionnellement quatre grandes étapes.



Avant d'aborder dans la dernière partie le projet de changement qui pourrait être mis en place au foyer de l'enfance, il convient de s'arrêter sur les facteurs qui vont soit faciliter ce processus, soit le ralentir ou l'anéantir.

La question se pose alors de savoir si d'autres facteurs ne pourraient pas comme le schéma servir de levier ou d'appui au changement, et donner encore plus de force pour réussir ces changements.

2.2 Identification des pressions au changement au foyer de l'enfance. Les leviers.

Le schéma départemental a été identifié dans un premier temps comme un révélateur, mais à bien regarder, on s'aperçoit que lui aussi est un signe d'une volonté politique de changement. Elle se traduit au niveau départemental par une réorganisation en unités territoriales déconcentrées des services de l'aide sociale, par la mise en place de schémas d'aide sociale, d'un schéma conjoint ASE/PJJ, d'un schéma gérontologique pour les personnes âgées, de nouvelles relations avec le foyer de l'enfance.

2.2.1 : UNE VOLONTE POLITIQUE.

L'on constate que le foyer de l'enfance, quel que soit son statut, est soumis à l'organisation départementale des services de l'ASE. Le département des Pyrénées Orientales a engagé une vaste réorganisation de ses services au cours de l'année 1998/1999, celle-ci étant effective depuis le 18 octobre 1999 et traduit une forte volonté politique de changement.

La mission enfance-famille regroupe désormais les attributions des services de protection maternelle et infantile (PMI) et ASE. Elle porte conjointement la mise en œuvre des orientations politiques en faveur de l'enfance et de la famille.

Cette mise en œuvre mobilise tout à la fois des équipements publics et privés et se pense à partir de sept unités déconcentrées (UD) d'action sociale nouvellement redessinées.

Ce choix politique de rapprocher l'administration des usagers est de la volonté de Monsieur CANSOULINE, Président de l'aide sociale (vice-président du Conseil Général). Ce dernier dans un entretien nous a confirmé qu'il souhaite mettre en place dans ce département un dispositif éclaté sur tout le territoire. Il affirme par ailleurs vouloir redéfinir les relations entre le foyer de l'enfance et l'organisation de l'ASE.

Pour construire cette nouvelle organisation, le président de l'aide sociale a confié la mission de la mise en place du schéma départemental enfance famille au CREAM. Le schéma départemental apparaît comme un outil indispensable au département qui doit, pour son élaboration, faire preuve d'ouverture, de travail en partenariat avec les institutions qui œuvrent dans le secteur de l'enfance pour mettre en adéquation l'offre et la demande, d'évaluer le dispositif, de fixer clairement les missions ou les champs de compétences de chacun. Cela doit permettre au politique de mettre en adéquation qualité et coût financier du système de l'ASE.

Cette volonté politique de changement qui modifie l'organisation de l'ASE du département présente de nombreux avantages pour le foyer de l'enfance, et laisse entrevoir si les objectifs de rapprocher l'administration des usagers s'appliquent au foyer une décentralisation des services d'accueil dans un deuxième temps.

2.2.2 : LE SCHEMA OUTIL DE LISIBILITE DE LA POLITIQUE DEPARTEMENTALE.

Dans les Pyrénées Orientales, le schéma s'inscrit donc comme la clé de voûte de la future organisation. L'enquête menée pour l'étude diffusée auprès des divers partenaires du foyer de l'enfance (services de l'ASE, autres établissements publics et privés,) et auprès du personnel du foyer relève l'importance pour tous les intervenants de disposer d'un tel outil.

En effet, il apparaît indispensable de disposer d'un document écrit qui retrace la politique départementale et son dispositif mis en place dans le département.

(question 8A)¹⁶: connaissez-vous la politique départementale de l'aide sociale ? L'enquête relève que dans l'attente de ce schéma la moitié des personnes qui a répondu en externe ne connaisse pas la politique départementale, et ce pourcentage augmente à 75 % en interne pour le personnel du foyer.

Ce manque de lisibilité de la politique départementale se traduit notamment par un manque de collaboration des services ASE et du personnel du foyer.

A la lecture des réponses du questionnaire (question 8 B)¹⁷: on relèvera le manque d'adhésion du personnel du foyer au dispositif ASE du départementale. 50 % répondent que la politique n'est pas clairement définie, les 50 % restants expliquent qu'elle est en cours d'élaboration.

A la question (question 9¹⁸ : vous sentez-vous suffisamment impliqué dans cette politique ?) 88 % répondent par la négative, et se disent à 62 % insatisfaits de leur collaboration avec les services de l'ASE.

¹⁶ Question 8 : Connaissez-vous la politique départementale de l'enfance, Oui/Non :
Si oui citez les grands axes.

¹⁷ Question 8 B: Si non, pensez-vous que la politique départementale de l'aide sociale :
- n'existe pas
- n'est pas clairement définie
- n'est pas connue par manque de communication
- est en cours d'élaboration
- autres raisons

Il convient de relativiser ces réponses plutôt négatives de la part des agents du foyer. Pendant une phase transitoire de la mise en place de la nouvelle organisation ils ont subi une certaine désorganisation des services de l'ASE. Au cours de l'année 1999, les placements en foyer ont été moins nombreux, l'activité est tombée sous des seuils inquiétants pour le personnel et pour la direction de l'établissement.

Cependant, aujourd'hui le fonctionnement des unités déconcentrées a relancé les signalements et par conséquent l'activité du foyer.

De plus, le Président de l'action sociale a affirmé dans notre entretien qu'il souhaite clarifier la mission du CDE et son attachement à cet établissement public.

Par ailleurs, s'il ne souhaite pas dans l'immédiat ériger le foyer en établissement public autonome préférant le maintenir comme service du Conseil Général, il affirme vouloir clarifier les relations entre l'ASE et le foyer. Pour lui, il est indispensable de mettre fin à une tarification au prix de journée qui ne tient pas compte de l'efficacité de la prise en charge. Il espère le substituer à un système de versement par dotation globale qui serait basé sur des contrats d'objectifs et de moyens.

Monsieur CANIZARES, administrateur au Conseil Général et directeur de l'aide sociale départementale l'a également confirmé. Il espère que dès l'année 2001 ce système de financement pourra être mis en place, et que de nouvelles collaborations pourront ainsi naître de ces contrats. Il relève par ailleurs que le schéma est l'occasion d'associer le foyer et son personnel à la politique départementale, et a chargé Madame LEMOINE chef du service enfance famille de mettre en place la nouvelle politique en étroite collaboration avec la direction et les chefs de services du foyer de l'enfance.

Cette volonté se traduit déjà dans les faits par une importante collaboration. De nouveaux projets sont en cours de préparation entre les deux services, notamment le projet d'une unité pour l'accueil des jeunes mères avec enfants de moins de trois ans et de jeunes femmes enceintes avec problèmes sociaux. De plus, l'orientation du service de prise en charge des adolescents sera revue sûrement par une déconcentration de ce service qui se trouve toujours au foyer.

¹⁸ Question 9: Vous sentez-vous suffisamment impliqué dans cette politique : Oui/Non
Dans son élaboration : Pas du tout impliqué – un peu – très impliqué.
Dans son application : Pas du tout impliqué – un peu – très impliqué.
Dans son évaluation : Pas du tout impliqué – un peu – très impliqué.

En tout état de cause, la majorité des acteurs pense que le schéma est indispensable à la mise en place de la politique de l'ASE. (question 16)¹⁹ : résultat de l'enquête 100% réponses positives en externe, 72 % en interne, et que le schéma va faciliter les relations entre les services de l'ASE et le foyer. En outre, ils pensent que le schéma va permettre de répondre aux problèmes qu'ils rencontrent pour les jeunes dits incasables.

Cet élan politique formalisé par le schéma doit permettre de clarifier ou de repositionner les missions du foyer. Une politique de communication et de collaboration récemment réactivée entre les responsables de l'ASE, le directeur et l'équipe d'encadrement du foyer a pour objectif de donner un sens au dispositif de prise en charge. Elles doivent se développer, des réunions d'information devront être conduites dans un premier temps par les services de l'ASE dans les locaux du foyer à l'attention du personnel de l'établissement. Dans un deuxième temps, et afin de rétablir des relations de confiance entre les travailleurs sociaux du Conseil Général et ceux du foyer, des réunions de travail devront s'effectuer pour formaliser des protocoles de fonctionnement entre les deux services. Ces documents écrits permettront d'une part de clarifier les missions de chacun, d'instaurer des champs de compétences bien limités, et, d'autre part, de permettre aux divers professionnels de mieux se connaître et d'établir des relations plus fraternelles.

2.2.3 : LES PREMIERES CONCLUSIONS DU PROJET DE SCHEMA DEPARTEMENTAL.

La nouvelle politique départementale peut être le point de départ d'une prise de conscience collective sachant que l'établissement se trouve dans une situation charnière du dispositif de prise en charge de l'aide sociale départementale. Le foyer, service du Conseil Général se doit de suivre les orientations fixées par les responsables du Conseil Général. De plus, les conclusions du premier rapport de synthèse du schéma enfance famille doivent interroger l'ensemble des professionnels de l'établissement. Diffusé en décembre 1999, ce rapport trace déjà des lignes de la future politique de l'ASE des Pyrénées Orientales, et on relève certaines observations sur le dispositif actuel de prise en charge.

¹⁹ Question 16 : Pensez-vous qu'un schéma départemental de l'ASE soit la condition indispensable à la mise en place d'une politique réussie ?

L'accueil familial :

« Selon la politique définie par l'assemblée départementale, en l'absence de contre indication, l'accueil familial devra être privilégié. Une spécialisation de certaines familles d'accueil (accueil nourrissons, accueil relais, accueil préparation adoption, accueil d'enfants porteurs de maladie ou de handicap...) permettra de disposer d'une palette de réponses aux besoins ».

L'accueil en lieux de vie : *« Offre marginale, cette modalité apparaît fortement sollicitée par les professionnels de terrain. Il y aurait lieu toutefois de s'interroger sur la fonction de ces lieux de vie dans un dispositif où l'accueil familial peut être en difficulté face à certains adolescents et où les structures pour adolescents souffrent d'une image trop souvent négative. »*

L'accueil en établissement :

*« **Globalement la capacité d'accueil en établissement est largement suffisante. Il reste à la spécifier et à l'adapter aux besoins...***

Pour les tous petits on notera la qualité de travail réalisé à la pouponnière pour favoriser, soutenir, renforcer les liens d'attachement. Ce travail, fortement mobilisateur d'énergie, s'inscrit dans une double logique de traitement de la séparation et la prévention du lien, dont on sait, à terme, le caractère déstructurant. Ce travail, non seulement est à poursuivre, mais aussi à amplifier... »

*« **L'accueil des mères souffrant de pathologies psychiatriques ou dépendantes aux toxiques, avec leur bébé, demeure sans réponses dans le département. Il en est de même pour l'accueil d'urgence de mères isolées avec enfant de moins de trois ans ainsi que des mineures enceintes. Une réflexion doit être engagée en vue d'adapter une structure pour répondre à ces besoins »***

« Pour les adolescents, l'équipement est, pour l'essentiel, implanté sur Perpignan sur trois structures... La prise en charge globale des adolescents est complexe et pleine aléas. Elle s'articule de la manière suivante :

- *la problématique de la formation et du devenir professionnel des jeunes,*
- *la problématique de la loi et de la transgression*
- *la problématique du lien et de la rupture*

Deux des trois structures souffrent aujourd'hui d'un déficit d'image de soi, mais aussi de représentations négatives auprès des équipes sociales en charge d'orienter les mineurs. Si le déficit d'activité de ces établissements est, pour partie, en lien avec leur activité d'urgence et le turn over qui en découle, les représentations négatives doivent y participer. De plus, actuellement, le nombre d'enfants confiés à orienter est en diminution. Nous proposons, dans le cadre du schéma conjoint, une offre spécifique aux adolescents soit élaborée en consensus avec la PJJ, après concertation et négociation. Cette offre, appuyée sur les structures existantes, viserait à prendre en considération les divers aspects de la problématique des enfants confiés. Nous pensons que c'est dans l'articulation, voire de la mutualisation de ces ressources, que se trouvent les éléments de résolution de la situation actuelle. »

La lecture de ce document de synthèse laisse apparaître des objectifs et remarques qu'il convient de prendre en compte pour engager la phase de dégel qui doit permettre aux professionnels du foyer de prendre conscience de la nécessité et de l'intérêt de changer.

Dès que le schéma final sera connu, les responsables de l'ASE et le directeur du foyer devront s'engager dans une politique de communication pour bien faire connaître à l'ensemble des acteurs les résultats des nouvelles orientations, et du rôle dans cette organisation du foyer de l'enfance.

Sur les critères d'évaluation : Dans ce rapport on relève que la pouponnière a une image positive qu'il faudra utiliser dans les futures orientations. Par contre, l'image de la structure d'accueil des adolescents est négative et dessert l'ensemble de l'établissement (voir analyse de l'enquête).

Les orientations du schéma : L'accueil familial va être renforcé et risque d'entraîner une baisse d'activité des services d'accueil du foyer, notamment d'urgence, par une spécialisation des familles d'accueil. Un dispositif d'accueil de mères souffrant de pathologie psychiatrique ou toxicomane avec enfant, ou mères isolées avec enfants de moins de trois ans, ou mineures enceintes doit être mis en place dans le département. Fort de l'image positive de la pouponnière qui a déjà une expérience dans ce domaine, ce nouveau service pourrait être rattaché au CDE. Les responsables de l'ASE envisagent cette possibilité et ont demandé au directeur du foyer d'étudier ce projet.

Ainsi, ces grands axes du schéma doivent aider dans un premier temps à entrevoir les mutations qui vont intervenir sur le foyer de l'enfance.

- 1/ Améliorer la prise en charge des adolescents,
- 2/ Création d'un service accueil mères enfants, jeunes femmes enceintes,
- 3/ Un travail en réseau avec les autres institutions.

2.2.4 : UNE VOLONTE AFFICHE DES ACTEURS.

La mise en place des investigations du schéma courant 1999 et la baisse d'activité qui a suivi la réorganisation de l'aide sociale du Conseil Général en sept services déconcentrés ont fait naître un sentiment de doute et de peur chez le personnel du foyer.

Le directeur, soucieux de maintenir une certaine cohésion de ses équipes a organisé des réunions d'information qui ont permis d'informer l'ensemble du personnel de la situation.

Les craintes liées à la sous-activité sont toutefois relatives. Le personnel étant rassuré de se savoir dépendant du Conseil Général qui assure le financement des salaires quelle que soit l'activité de l'établissement (tarification au prix de journée, sous-activité prise en compte dans une décision modificative par augmentation du prix de journée).

Cependant, cet état de fait met en évidence auprès d'une grande partie du personnel, que des changements sont en cours, et que le schéma va porter une nouvelle orientation pour le foyer.

L'analyse de l'enquête démontre en partie une certaine insatisfaction des professionnels éducatifs et confirme les conclusions du rapport de synthèse du schéma qui constate que certains établissements « souffrent aujourd'hui d'un déficit d'image de soi ».

Ce sentiment, qui traduit déjà une remise en question des pratiques professionnelles et de l'organisation peut servir à faire émerger, chez le personnel, un besoin de changement. L'écoute des attentes servira de points d'ancrage d'une future collaboration pour la mise en place des projets.

Le sentiment d'insatisfaction s'exprime clairement au travers de l'enquête, et il est remarquable de constater que les jugements sur la qualité des prestations sont plus sévères de la part des agents du foyer que de ceux de l'extérieur.

Quant à la quatrième question²⁰ (Pensez-vous que la structure, bâtiments, emplacements, personnel, permet au CDE de remplir ses missions réglementaires ?) elle met en évidence que

²⁰ Question 4 : Pensez-vous que la structure (bâtiments, emplacements, personnel) permet au CDE de remplir ses missions réglementaires.

pour la moitié des répondants la structure ne permet plus au foyer de remplir ses missions réglementaires, et que de petites structures de type villa seraient plus favorables. Cette tendance ne se retrouve pas dans les réponses des professionnels extérieurs qui majoritairement (66 %), pensent que la structure actuelle permet de répondre aux besoins d'hébergement, sachant toutefois que certaines réponses précisent que l'hébergement serait de meilleure qualité en petites unités indépendantes.

Les questions cinq²¹ et six²² permettent de mettre en évidence le sentiment d'insatisfaction du personnel éducatif de l'établissement qui est assez sévère dans l'appréciation de la qualité de ses services, tendance nette comparée aux analyses des mêmes réponses externes qui sont plus positives à 80 %. Sur la qualité de l'hébergement 62 % la trouvent mauvaise, et jugent dans la même proportion le travail éducatif (62 % de réponses) de très mauvaise ou de mauvaise qualité.

Ils relèvent les conditions difficiles d'accueil liées aux locaux inadaptés, les effectifs des groupes parfois trop importants, l'encadrement et de personnel insuffisants, les difficultés professionnelles devant les comportements agressifs, l'usure qui en découle. Par ailleurs, ils regrettent par ailleurs leurs mauvaises relations avec les services de l'ASE, et relèvent que leur travail d'évaluation et d'orientation n'est pas suivi par l'ASE.

Les réponses aux questions six permettent de disséquer les critères d'évaluation par services. La prise en charge des usagers est considérée insatisfaisante par le personnel du foyer (37%) ou correcte (63%) si on parle globalement de l'établissement (CDE). Elle sera jugée correcte ou satisfaisante si on évalue la pouponnière, les groupes éducatifs ou la maison d'enfants des chantevents. Les services d'accueil d'urgence sont notés insatisfaisants sur 87 % des réponses ce qui laisse penser que l'image négative de ce service joue en défaveur de l'image globale de l'établissement.

²¹ Question 5 : Pensez-vous que la qualité de l'hébergement des usagers au CDE est de Très mauvaise qualité – Mauvaise qualité- Bonne qualité – Très bonne qualité.
Pensez-vous que le travail éducatif au CDE est de : TMQ – MQ – BQ –TBQ
Sur quels critères fondez-vous ces appréciations.

²² Question 6 : Pensez vous que la prise en charge des au CDE est : Insatisfaisante, Correcte, Satisfaisante, TB
Pensez-vous..... pouponnière est : Insatisfaisante, Correcte, Satisfaisante, TB
Pensez-vous..... sur les groupes éducatifs est : Insatisfaisante, Correcte, Satisfaisante, TB
Pensez-vous..... sur les groupes d'accueil d'urgence est : Insatisfaisante, Correcte, Satisfaisante, TB
Pensez-vous..... à la MECS les Chantevents est : Insatisfaisante, Correcte, Satisfaisante, TB

Les réponses des travailleurs sociaux extérieurs laissent entrevoir une image correcte du foyer là aussi plus favorable à l'institution. Les services pris individuellement pouponnière, et la MECS des Chantevents sont considérés comme satisfaisants ou très satisfaisants. Les groupes éducatifs du foyer sont jugés corrects, quant aux services d'urgence, ils sont aussi considérés insatisfaisants pour 80 % des personnes qui ont répondu.

L'expression des professionnels sur la qualité de la prise en charge soulignent le sentiment d'insatisfaction que l'on trouve dans le personnel éducatif du foyer. S'il persiste, il peut entraîner une forte démotivation du personnel, qui va se décourager de travailler dans des conditions qu'il juge insatisfaisante. Donner un sens au travail éducatif apparaît indispensable dans ce cas de figure, et l'on trouve là tout l'intérêt de mettre un projet de changement qui jouera une action à la fois sur la structure et sur les hommes.

Le terrain à la première phase de dégel du processus de mutation peut être considéré comme favorable car de nombreux leviers pourront soutenir le projet de changement :

- La volonté politique,
- La mise en place du schéma départemental,
- La lisibilité de la politique départementale,
- Une coopération plus étroite entre les services de l'ASE et du foyer,
- Une définition plus claire des missions du foyer, et des nouveaux projets,
- La volonté des acteurs.

Toutefois, avant de passer à la deuxième phase du processus il faudra s'attacher à analyser les phénomènes de résistance qui vont inévitablement resurgir.

2.3 Les résistances au changement.

Le changement important dans l'organisation est en règle générale générateur de stress, et tout bouleversement brutal et non préparé pourra entraîner une forte résistance des acteurs.

Résister au changement peut paraître naturel car il va faire naître chez les individus une peur de l'inconnu. En effet, il s'agit là de remettre en cause les certitudes, les habitudes professionnelles, les avantages acquis et des jeux de pouvoir bien identifiés.

2.3.1 : LES RESISTANCES HUMAINES.

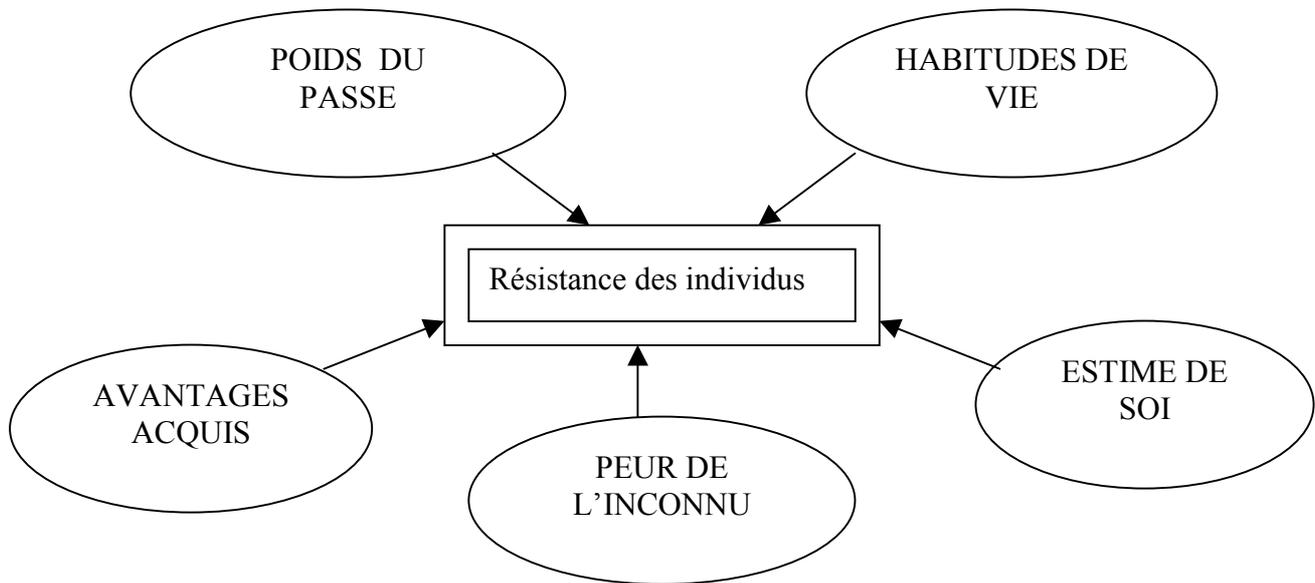
Ces résistances sont identifiées par Dimitri WEISS²³ en deux catégories :

- les premières sont d'ordre « psychologique » : les résistances au changement seraient liées à une peur de l'inconnu, à une préférence de la nature humaine pour la stabilité ou encore à un besoin vital de sécurité;

- les secondes, quant à elles, sont d'ordre « culturel » : les résistances seraient dues au poids de l'histoire et à l'héritage du passé, à l'attachement aux habitudes et aux usages, il s'agirait d'une question de mentalités et/ou l'expression d'un certain conservatisme.

²³ Dimitri WEISS, Les ressources humaines, éditions d'organisation .

CAUSES DE LA RESISTANCE DES INDIVIDUS AU CHANGEMENT



D'après Gérard OUIMET et Yvon DUFOUR²⁴ « *la résistance des individus au changement est susceptible d'émaner de cinq grandes causes. Ainsi, les individus résistent généralement lorsqu'ils doivent renoncer à des habitudes de vie agréable ; lorsqu'ils manquent d'estime de soi pour l'affronter, lorsqu'ils ont peur de l'inconnu ; lorsque leur sécurité économique (avantages acquis) est en jeu ; et lorsqu'ils sont victimes de leurs perceptions enjolivées du bon vieux temps. »*

Le facteur humain apparaît comme le principal frein lorsque l'on veut changer l'organisation, une multitude d'arguments, pas toujours rationnels, va entrer en considération pour stopper ou retarder le processus de changement. En effet, il sera primordial pour l'agent de conserver ce qu'il considère à tort des avantages acquis, car l'intérêt particulier prendra parfois le pas sur l'intérêt collectif.

Le directeur, acteur principal du changement, devra adopter par conséquent une approche tenant compte de cette stratégie. Son analyse du contexte sera déterminante et il devra :

- repérer les parties en présence
- limiter les frontières du changement

²⁴ G.OUIMET et Y.DUFOUR Vivre et gérer le changement ensemble, Revue française de gestion n°113, 1997.

- regarder les perceptions des acteurs de la situation en présence
- percevoir les enjeux des acteurs, intérêts, valeurs, besoins.
- Repérer le système des relations actuelles, identités, conflits, alliances.
- Regarder les modes de régulation, d'équilibre de la structure, comment règle t-on les problèmes ?

2.3.2 : FREIN AU CHANGEMENT, LE STATUT JURIDIQUE DE L'ETABLISSEMENT.

Le succès du changement sera aussi dépendant de l'environnement externe. Plus l'engagement du Conseil Général sera grand, plus les chances de réussir la mutation seront accrues.

On remarque, dans le discours des agents de l'établissement, une certaine ambiguïté dans leurs rapports avec l'entité « Conseil Général » qui est à la fois le supérieur hiérarchique, l'employeur, le donneur d'ordre des entrées et sorties des enfants et l'unique financeur.

Le Conseil Général est souvent associé par le personnel comme agent des dysfonctionnements internes, et influence la motivation des professionnels qui ne se sentent pas suivis ou écoutés par les services de l'aide sociale notamment dans leurs conclusions de rapports d'évaluation ou d'orientation des enfants.

Cette expression d'insatisfaction se retrouve dans l'analyse du questionnaire, dans le pôle de questions sur la place du foyer dans le dispositif départemental.

A la question neuf²⁵, ils répondent à plus de 80 % ne pas se sentir suffisamment impliqué dans la politique départementale et trouvent insatisfaisante leur collaboration avec les services de l'aide sociale.

Ce constat doit interroger l'ensemble des acteurs sur les liens entre le CDE et le service de l'ASE.

L'intérêt des enfants doit être recherché dans un système de prise en charge clair, où les missions des acteurs sont clairement définies.

L'ambiguïté qui existe doit être levée, soit par une modification du statut juridique de l'établissement, soit par une complémentarité accrue entre les services du Conseil Général.

Ce choix politique appartient sans nul doute aux responsables élus du Conseil Général.

²⁵ Question 9 : Vous sentez-vous suffisamment impliqué dans cette politique départementale : Oui/Non
 Dans son élaboration.....Pas du tout, un peu , très impliqué
 Dans son application.....Pas du tout, un peu , très impliqué
 Dans son évaluation.....Pas du tout, un peu , très impliqué

La décision de changement dépend aux acteurs qui vont soit, s'engager sur ce chemin dans une démarche volontaire ou d'accompagnement soit, subir ce changement de manière plus ou moins imposé. On comprend bien que le résultat sera d'autant plus favorable que la participation des acteurs sera importante.

Dans son action de changement, le directeur devra analyser sa marge de manœuvre et notamment son autonomie d'action.

Le statut de l'établissement (non autonome) est-il un frein au changement ?

La question de l'autonomie juridique des foyers de l'enfance est souvent relevée par les directeurs des établissements. Bon nombre d'entre eux mettent en évidence les désagréments d'un statut qui freine l'innovation ou retarde les projets.

La question doit être étudiée pour savoir si réellement dans ce cas de figure le statut du foyer est un handicap au changement.

Les lois n°75-535 du 30 juin 1975 qui traitent des institutions sociales et médico-sociales sont notamment axées sur la recherche d'une certaine autonomie pour les personnes en difficulté et pour l'organisation des structures d'accueil et de prise en charge. Si la législation de 1975 offre un cadre de réflexion et d'action souple, elle présente en contre partie le défaut d'être imprécise.

Conjugée avec les lois de décentralisation, elle révèle des ambiguïtés qui nuisent à la lisibilité de l'action médico-sociale. Blocs de compétences segmentés, multiplicité des financements, responsabilités mal définies ou mal comprises, les enjeux de pouvoirs entre les politiques, les financeurs et les professionnels entretiennent des confusions dont le corollaire se trouve être le risque, parfois avéré, d'opacité.

Engagée dans ce contexte, la réflexion sur l'autonomie des établissements publics notamment des foyers de l'enfance revêt un caractère polémique marqué. La difficulté à aborder le sujet se traduit en pratique par un évitement ainsi qu'en témoigne la très maigre littérature qu'elle suscite.

Le nombre des foyers de l'enfance ayant opté pour l'autonomie est resté très faible, et on ne peut que s'interroger de la faiblesse du nombre des établissements ayant acquis l'autonomie.

Plusieurs raisons permettent d'expliquer ce phénomène, et des éléments de réponses sont à rechercher dans un jeu de pouvoir et de responsabilité qu'il convient de prendre en compte dans la démarche de changement

Le foyer est un service du Conseil Général, un pouvoir, une responsabilité dans les mains du Président du Conseil Général.

Si le foyer de l'enfance n'est pas autonome, le directeur dispose de pouvoirs limités, et s'il dispose d'une marge de manœuvre elle lui est donnée par le Président du Conseil Général qui peut lui donner (ou retirer) une délégation de signature qui pourra être plus ou moins large.

L'établissement est donc non autonome, c'est un service non personnalisé du Conseil Général, qui ne dispose, ni de la personnalité morale, ni de l'autonomie financière ni de la capacité juridique.

L'établissement est dans ce cas un budget annexe du département et le directeur ne dispose pas :

- de pouvoir de recrutement
- de mandatement, il n'est pas ordonnateur des dépenses
- de section d'investissement puisqu'il n'y a qu'une entité juridique « le conseil général ».
- il ne peut ester en justice car il n'est pas le représentant légal de la structure

Cette situation peut avoir des conséquences néfastes dans une phase de changement dans la mesure où le directeur sera limité dans sa projection à long terme.

Totalement dépendant de la situation politique qui peut changer tous les trois ans (élection des conseillers généraux tous les trois ans) le directeur n'a en théorie pas toutes les données pour projeter sa structure dans le temps, notamment en matière d'investissement. Ce phénomène de dépendance est complété par un patrimoine qui appartient au Conseil Général, les bâtiments qui hébergent les foyers de l'enfance sont la propriété du département qui les loue ou les laisse à la disposition de l'institution.

La fonction de direction dans de telles structures est très délicate à exercer car les marges de manœuvre sont a priori moins importantes, la négociation avec le pouvoir politique ou administratif qui le représente devenant la règle.

Ainsi, la non-autonomie fait du directeur un chef de service à part entière du Conseil Général et c'est là tout l'intérêt d'une telle situation pour les collectivités locales qui pensent de ce fait conserver une certaine cohérence (garantie par ses pouvoirs) dans l'organisation de l'aide sociale à l'enfance.

Le contexte économique et politique influence lui aussi, mais de façon plus informelle cette tendance. Les effets conjugués de la décentralisation, de la rationalisation et de la maîtrise des coûts sociaux suscitent l'intérêt et la volonté de contrôle du secteur social par les collectivités locales. Ces dernières, qu'elles soient financeurs ou collectivité de rattachement, freinent ainsi de plus en plus les velléités d'autonomie de ces établissements.

L'autonomie : un statut plus favorable au changement.

L'autonomie apparaît à première vue comme une garantie d'indépendance qui peut favoriser les périodes de changement. Le directeur dirige un établissement doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, le conseil d'administration (dont le président est de droit le président du Conseil Général) conformément à l'article 22 de la loi du 30 juin 1975, règle par ses délibérations les affaires de l'établissement.

Le directeur dispose d'une marge de manœuvre plus importante car ses pouvoirs sont plus étendus que dans le premier cas : recrutement, ordonnancement des dépenses et recettes, budget propre.

Cela entraîne une responsabilisation accrue du directeur, et de l'ensemble du personnel. Nommé par l'autorité compétente de l'Etat, le directeur voit donc sa situation clarifiée : il est le véritable garant de la politique et de la gestion de l'établissement.

Cette position est confortable pour le directeur dont l'établissement est inscrit dans une perspective de projets. Sa place sera identifiée par tous les acteurs internes et externes ainsi que par le maître d'œuvre du projet une fois les autorisations données par le conseil d'administration.

D'autre part, l'autonomie apporte des gains internes de souplesse de gestion et de rapidité d'exécution des décisions. Ces éléments sont primordiaux dans la phase de projet car le directeur doit promouvoir sa crédibilité.

L'autonomie intervient donc comme un catalyseur de changement de l'établissement, les projets sont plus facilement réalisables, l'innovation et le partenariat plus accessibles.

Pour autant l'autonomie ne signifie pas indépendance. Car la contrepartie de cette position est naturellement le contrôle.

Ce contrôle administratif exercé par le représentant de l'Etat est renforcé par un contrôle financier qu'exerce le ou les financeurs. Pour le foyer de l'enfance, le financeur est unique puisque l'ASE est de la compétence du Conseil Général.

Ainsi, quel que soit la situation juridique de l'établissement, le Conseil Général est dans une position où il peut bloquer les projets qui ne correspondraient pas à ses besoins. On ne peut donc imaginer, dans les deux cas, de projet de changement d'envergure (ayant un coût financier important) sans l'approbation du Conseil Général.

Ensuite, quel que soit la situation juridique de l'établissement, le directeur devra convaincre soit, la commission de surveillance soit, le conseil d'administration qui délibèrent sur les choix d'orientation, notamment au travers du projet d'établissement.

Enfin, il faut relativiser les conséquences de l'autonomie d'un établissement. En effet, les marges de manœuvres du directeur sont davantage liées aux rapports particuliers qu'il entretient avec ses partenaires, même s'il est indéniable qu'il a moins de pouvoir en l'absence d'autonomie.

2.3.3 : LE STATUT, DES CONSEQUENCES SUR LE COMPORTEMENT DES ACTEURS.

Les résultats de l'enquête sur les questions d'autonomie et sur la position du foyer révèlent des positions paradoxales du personnel et un sentiment d'insatisfaction.

Concernant l'autonomie les réponses au questionnaire (treize)²⁶ des acteurs externes font apparaître que pour eux (85 % des réponses) le statut de service non autonome du foyer est un avantage pour l'établissement.

Les agents du foyer considèrent également dans une proportion moins forte, à 60 %, que la situation de dépendance est aussi un avantage pour l'établissement. Cette situation peut se traduire par un sentiment rassurant pour le personnel de savoir qu'ils appartiennent à une entité d'importance qu'est le Conseil Général, qui assure la pérennité de la structure notamment dans les domaines financiers.

²⁶ Question 13 A: Le CDE est un établissement public non autonome (budget annexe du conseil général),
Pensez-vous que ce statut juridique est : Un avantage pour l'établissement
Une garantie de dépendance
Un gage de qualité

Cette situation est en effet confortable pour le personnel, sachant qu'une baisse d'activité n'a que peu de conséquence sur le devenir à court terme de la structure.

Paradoxalement à la question suivante²⁷, 60 % des réponses en interne trouvent que le statut non autonome du foyer est un inconvénient à la responsabilisation des acteurs, à la motivation des acteurs et à l'innovation.

Ce constat laisse penser, comme on peut le voir sur des réponses précédentes du questionnaire, que le personnel a une grande difficulté à se situer par rapport au Conseil Général. Cette ambiguïté de la part du personnel peut être considérée comme néfaste dans le processus de changement. En effet, le personnel considère parfois les services de l'ASE comme un adversaire et non comme un partenaire.

Cela est peut être la conséquence :

- de raisons statutaires, titre IV pour le personnel du foyer et titre III pour les travailleurs sociaux du Conseil Général. (salaires, primes, congés)
- de divergences d'approches techniques différentes ;
- un manque de coopération entre les deux services ASE, foyer ;
- des protocoles de travail soit inexistant, soit inadaptés ou inappliqués ;
- de phénomènes de représentations.
- un sentiment du personnel du foyer de ne pas être écouté et suivi par les responsables ASE dans leur travail d'évaluation et d'orientation,
- une insatisfaction globale qui peut être issue de la représentation de la place du foyer.

Les réponses du questionnaire (douze)²⁸ donnent ici quelques éclaircissements. Les premières questions avaient pour objectifs, de déterminer la représentation des différents acteurs sur la place du foyer dans l'organisation départementale de l'aide sociale. La première

²⁷ Question 13 B : pour vous la non autonomie est un inconvénient à une plus grande :
Responsabilisation des acteurs
Motivation des acteurs
Innovation des acteurs
Contractualisation des acteurs

²⁸ Question 12 : Quel est le rôle du foyer départemental dans la politique ASE ? Central
Périphérique
Accessoire
Quelle est la place du foyer de l'enfance dans le dispositif ASE ? Central
Périphérique
Accessoire

question avait pour objet de situer le rôle²⁹ du CDE selon trois critères : central/périphérique/accessoire.

Les professionnels extérieurs considèrent que le rôle du foyer est plutôt en position périphérique (60 %). En revanche, en interne, la position est partagée 50 % central , 50 % périphérique.

Deuxième question : quelle est la place³⁰ du foyer dans cette organisation ? central/périphérique/accessoire.

Les acteurs externes situent dans la même proportion 40 % la place du foyer en position centrale, 60 % en position périphérique, et on peut en conclure qu'ils jugent sa position en totale adéquation avec ses missions.

Pour le personnel du foyer, la place qu'il occupe en réalité est nettement plus périphérique (86 %) et exprime un sentiment de retrait par rapport au rôle qu'il devrait jouer dans l'organisation départementale.

Ainsi, on peut en conclure que la clarification des missions de l'établissement est majeure dans un processus de changement d'envergure car le personnel du foyer doit pouvoir identifier de manière claire le rôle et la place dans l'organisation de l'aide sociale départementale.

Si l'établissement reste un service du Conseil Général, le schéma doit traduire la politique départementale et la place de chaque acteur.

Le personnel du foyer doit trouver une identité forte au travers d'une reconnaissance de véritable service du Conseil Général. Cela demandera de la part des élus du Conseil Général, du président de l'aide sociale, du président de la commission administrative, une politique de communication en direction des agents du foyer.

²⁹ Rôle = fonction d'un élément dans un ensemble.

³⁰ Place = espace qu'occupe ou que peut occuper quelqu'un

Chapitre III - LE PROJET DE CHANGEMENT

La situation actuelle est très favorable au changement. Certes, le schéma est l'élément déterminant qui fait prendre conscience que le CDE doit s'engager dans une phase de mutation importante, mais son exploitation seule ne peut garantir la réussite du changement.

Le schéma traduit donc l'expression des attentes externes (ASE). Il permettra une lecture claire de la politique départementale, condition indispensable à la réussite du changement.

Cette définition permettra au directeur d'inscrire son établissement dans une phase nouvelle.

Son rôle consistera à mettre en place une démarche cohérente qui fédèrera l'ensemble du personnel autour de son projet.

3.1 - Le Projet de changement formalisé autour d'un projet d'établissement.

Le schéma départemental est identifié comme un levier au changement, d'autant plus qu'il traduit une forte volonté politique de modifier l'organisationnel de l'ensemble du dispositif départemental d'aide sociale.

Pour autant, si le schéma modifie effectivement les missions du foyer, il ne garantit pas automatiquement l'engagement de la structure dans le processus de mutation. L'établissement pourrait aussi bien employer une stratégie d'adaptation qui permettrait, sans bouleverser l'organisation, de répondre aux contraintes externes.

Alors, comment procéder pour fédérer l'ensemble des acteurs autour d'un processus global de changement ?

3.1.1 : LE SCHEMA DEPARTEMENTAL MODIFIE L'ORGANISATION, IL EST DONC VECTEUR DE CHANGEMENT.

Tout d'abord, il convient d'appréhender l'organisation du foyer dans sa globalité, et s'assurer que le processus de changement modifie non seulement les missions de l'établissement, mais aussi les rapports entre les individus, les pratiques professionnelles. L'ensemble de la demande doit avoir pour but de favoriser la qualité de la prise en charge des usagers.

Pour cela, il est possible d'adopter une méthode et de considérer l'organisation du foyer en quatre sous-systèmes : les objectifs, les structures, les techniques et la culture, et de voir comment envisager une démarche globale de changement.

L'ORGANISATION DU FOYER EN QUATRE SOUS-SYSTEMES.

Le schéma levier au changement modifie le sous-système Objectif.

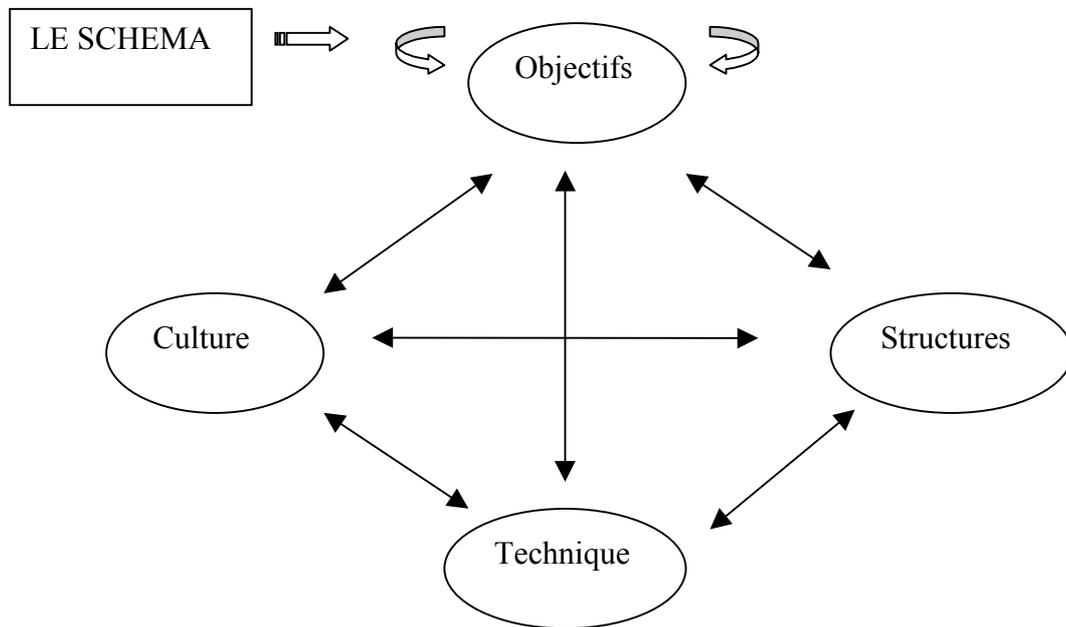


Schéma d'après P.MORIN (1985) qui décrit l'organisation en quatre sous-systèmes.

Le schéma départemental modifie donc le sous-système objectif de l'organisation du foyer de l'enfance. En effet, la mission du foyer est l'élément primordial de l'organisation car l'ensemble des autres sous-systèmes sont dépendants du premier.

On peut ainsi dire que le schéma joue une action majeure dans le processus de changement dans la mesure où il va modifier la porte d'entrée de l'organisation (ses objectifs).

Toutefois, le changement ne deviendra effectif que si au moins un ou plusieurs autres sous-ensembles évoluent, l'idéal étant de veiller à une stratégie globale qui modifie l'ensemble de l'organisation.

Le changement dans ce cas de figure devient un processus global qu'il convient de formaliser par l'intermédiaire d'un outil qui fédère l'ensemble des énergies pour garantir la réussite du changement.

Véritable vecteur de changement, le projet d'établissement peut mobiliser l'ensemble des ressources en direction d'objectifs clairement définis et compatibles avec les objectifs du schéma départemental. Traduction d'une vision prospective et stratégique, il permettra de donner une cohérence à la démarche.

Si jusqu'à présent aucune obligation réglementaire n'impose aux établissements d'élaborer un projet global rassemblant les axes stratégiques à moyen terme, cette démarche s'impose dans la perspective d'une évolution planifiée. Le directeur, promoteur du projet, doit utiliser cet outil qui permet de donner du sens et de la cohérence à son action.

Le projet d'établissement peut être considéré comme le document essentiel dans le cheminement d'une institution. Comme un carnet de santé, à sa simple lecture on pourra connaître les raisons qui font vivre l'établissement, sa composition, son cheminement, ses espoirs de croissance.

3.1.2 : LES OBJECTIFS DU PROJET D'ETABLISSEMENT.

Tout d'abord la démarche de projet d'établissement doit tout d'abord être la traduction d'une réflexion **prospective** qui doit analyser les évolutions futures du foyer au regard de son environnement, et des changements internes qui en découleront.

Cet engagement dans le futur ne peut se faire qu'avec la collaboration des organismes de tutelle, et en parfaite cohérence avec le schéma départemental qui joue en la matière un rôle primordial.

Le projet d'établissement est par conséquent totalement dépendant du schéma départemental. Il est la traduction de la transposition à l'établissement de la politique de prise en charge physique de l'ASE. Ces deux documents doivent donc être révisés périodiquement, si possible tous les deux ou trois ans pour adapter les missions de chacun aux évolutions des besoins.

Ces moments de révision gagent l'inscription des institutions dans une démarche de mouvement, où l'ensemble du dispositif veille et anticipe les besoins des populations.

Ensuite, il s'inscrit aussi comme le garant de la **cohérence** de l'action de l'établissement. Il est la traduction claire et unanime de la politique du foyer, et des moyens dont il disposera pour remplir ses missions. L'engagement du pouvoir politique devra être étendu sur une base pluriannuelle pour donner une légitimité au projet d'établissement sachant que le foyer est totalement dépendant financièrement du Conseil Général. Pour cela il convient de revoir en totalité les relations financières qui lient la collectivité et le CDE. Il paraît judicieux aujourd'hui dans un souci d'efficacité, de supprimer le mode de tarification par prix de journée qui est totalement obsolète qui ne prend pas en compte la qualité du service.

La transposition du mode de tarification des établissements de soins pourrait garantir la cohérence et la continuité de l'action du foyer sur des bases plus globales (dispositions prévues dans le projet de réforme de la loi de 1975).

Ainsi, le projet peut devenir alors pour tous les acteurs, un outil de motivation et de mobilisation en donnant plus de lisibilité à l'action des professionnels. Couplé avec une **logique participative**, le projet devient un processus basé sur la réflexion collective du personnel qui permet l'appropriation des objectifs du projet.

Pierre LOUART et Cristel BEAUCOURT³¹ nous donnent trois conditions pour réussir le management participatif :

- 1) *« Il faut un minimum d'accords sur les enjeux socio-politiques de l'organisation. Les sources et la répartition des pouvoirs sont relativement connues et acceptées, avec une flexibilité qui ne les rends ni excessives, ni rigides ni inamovibles.*
- 2) *Les salariés connaissent un minimum de sécurité d'ordre économique, technique et organisationnel.*
- 3) *Les règles organisationnelles sont clarifiées au mieux, compte-tenu des attentes et des particularités des différents acteurs. »*

3.1.3 : PROPOSITION DE METHODE DE PREPARATION DE PROJET D'ETABLISSEMENT DANS UNE DEMARCHE DE CHANGEMENT.

Dans une démarche de changement, le directeur porte une lourde responsabilité. Il engage l'établissement sur une longue période ce qui devrait avoir pour conséquence d'améliorer la qualité de la prise en charge. Sa marge d'erreur est alors relativement faible. Son projet doit

³¹ P.LOUARD et C.BEAUCOURT, Logiques individuelles et politiques de mobilisation en entreprise, revue de gestion des ressources humaines, décembre 1992 janvier 1993.

être construit sur une réflexion globale nécessitant l'engagement et l'adhésion du plus grand nombre.

Pour construire le projet du foyer de l'enfance, grâce à l'analyse du contexte externe et interne, il est proposé une étude de projet basée sur l'analyse organisationnelle de l'établissement.

Les éléments de travail sur le projet de changement seront proposés par rapport aux quatre sous-systèmes de l'organisation : l'objectif, la structure, la technique et la culture.

L'objectif :

Véritable porte d'entrée du changement, l'objectif est l'élément qui donne le sens de l'action de l'établissement. Si les missions réglementaires sont bien assimilées par l'ensemble des agents, l'analyse du contexte démontre que les professionnels du foyer n'adhèrent pas à la politique départementale d'aide sociale. Cette situation est préjudiciable, notamment à la qualité de la prise en charge, considérant le manque de coordination des services du foyer et des éducateurs du milieu ouvert de l'ASE. La situation de l'enfant est prise en otage entre le personnel éducatif du foyer qui favorise la protection de l'enfant, et entre les éducateurs du milieu ouvert qui œuvrent pour l'unité familiale.

Le travailleur social de l'établissement se trouve alors dans une situation inconfortable puisque sa place dans l'organisation est mal définie, et il ressent souvent comme une injustice de voir que ses propositions d'orientations ne soient pas suivies par l'ASE.

Globalement, le personnel du foyer a du mal à se positionner par rapport à l'entité Conseil Général et le schéma départemental doit être utilisé pour clarifier la position de chacun.

Propositions :

Le sous-système objectif demande une attention particulière des décideurs.

Dans la première partie du projet d'établissement, il doit permettre à tous les lecteurs de connaître clairement le fonctionnement de l'organisation départementale, les missions et la place du foyer et des liens qui existent entre le Conseil Général et le foyer de l'enfance.

Les missions du foyer sont totalement dépendantes de la réglementation nationale, et de l'organisation départementale. Faisant suite aux premiers éléments du futur schéma départemental, le foyer s'oriente vers une déconcentration de ses services. On imagine que la

structure actuelle va éclater à terme en trois unités, dont la réalisation serait programmée en deux temps.

Tout d'abord, vers fin 2001 ou 2002.

La première, située dans les locaux actuels, regrouperait la pouponnière et la crèche, et une MECS qui regrouperait les deux unités de moyens séjours.

Les deux autres unités seraient chargées de l'accueil d'urgence, deux villas indépendantes abriteraient ces services (avant projet décrit en deuxième sous-partie).

Les services administratifs seraient maintenus dans les locaux existants. Une réflexion doit être menée pour envisager la suppression des services généraux. Dans l'affirmative les locaux d'hébergement restants devront être aménagés de manière à permettre un fonctionnement autonome (cuisine, lingerie).

Enfin, réalisable vers 2003, 2004.

Une extension des missions, conformément aux vœux exprimés par le rapport de synthèse du projet de schéma, d'unités accueil mères enfants. Le projet propose trois unités supplémentaires financées avec des moyens à définir avec l'ASE (avant projet décrit en deuxième sous-partie).

Réflexions à prévoir :

Dans le prolongement de ces cinq ou six années, il convient de se poser la question de la pertinence du maintien du foyer dans les locaux existants. Cette question est avant tout un choix politique, qui pourrait être l'expression d'une volonté de rapprocher le service foyer de l'enfance du Conseil Général. Si ce choix était fait, on peut penser que l'accueil des moyens séjours serait plus adapté soit en maison familiale, soit dans une structure de plus petite taille.

L'unité administrative serait alors regroupée dans les locaux des services du Conseil Général, mesure logique considérant que les actes administratifs (paye, mandatement) sont déjà effectués via le réseau par le Conseil Général.

Les locaux existants, propriété du Conseil Général, pourraient être utilisés pour une des unités déconcentrées de l'ASE. Un centre de médiation familiale pourrait alors être instauré et serait par ailleurs bienvenue.

Une fois les objectifs des missions bien définies sur le moyen terme (5 ans), il convient d'affirmer les relations entre le foyer et le Conseil Général.

L'engagement politique :

Pour assurer la cohérence du dispositif de prise en charge, il semble indispensable de clarifier le rôle des institutions. Une réflexion globale doit être menée entre les élus, les représentants du Conseil Général et les responsables institutionnels pour formaliser les rapports entre les deux entités. Quelque soit le choix de statut de l'établissement (qui devient secondaire), il apparaît indispensable pour donner une continuité d'action à l'établissement, de contractualiser ses rapports par des contrats d'objectifs et de moyens qui mettraient en avant la qualité du service.

Si l'établissement devient autonome, ses missions seraient toujours fixées par les orientations du schéma, son financement serait contractualisé. Ainsi, la place du foyer apparaît déterminée par tous les acteurs et leurs rôles respectifs.

Si le foyer demeure un service du Conseil Général, le projet d'établissement doit alors préciser les relations hiérarchiques, et organisationnelles entre le foyer et l'ASE.

La contractualisation permettrait d'engager l'établissement sur le moyen terme. Des critères de qualités remplaceraient avantageusement les critères numériques du nombre de journées.

La formalisation des relations de coopération entre l'ASE et le foyer donnerait de la cohérence au système de prise en charge.

La structure :

Elle peut être définie comme l'ensemble des modalités par lesquelles les rôles des différents acteurs sont définis et coordonnés. Dans la position actuelle, l'on comprend aisément que l'éclatement devrait en modifier les rapports.

La démarche consistera à anticiper ces changements, et à modifier les relations entre les personnes de manière à valoriser le travail des groupes éducatifs et généraux.

En effet, dans l'analyse on remarque que l'absentéisme touche aussi bien le personnel éducatif que celui des services généraux, et que d'après l'enquête les éducateurs souffrent d'une perte d'image de soi.

Par ailleurs, la description historique de l'établissement nous montre une forte prégnance du milieu hospitalier qui se traduit par une organisation hiérarchique pyramidale et cloisonnée (services généraux, administratifs, services éducatifs).

Par conséquent, le projet d'établissement devra redéfinir le type de relations entre les personnels du foyer et entre les unités déconcentrées, ainsi que redéfinir pour ainsi dire les règles du jeu.

La mise en place d'une gestion participative des unités paraît souhaitable afin de donner plus d'autonomie dans le fonctionnement des services. Cette pratique de gestion des ressources humaines pourrait valoriser le travail du personnel sachant toutefois que la part d'autonomie doit être clairement définie et qu'elle ne doit pas nuire à la cohérence des missions du foyer.

Une marge de manœuvre doit donc être donnée au personnel dans les moyens qui lui sont alloués, dans l'organisation de son unité, dans sa technique de prise en charge considérant la spécificité de ses missions. Dans la démarche de changement, il convient de préparer ce travail en collaboration avec le premier service décentralisé (l'accueil d'urgence) sachant que l'expérimentation permettra d'ajuster ce nouveau mode de fonctionnement.

Le projet d'établissement donnera alors la conduite générale. Le directeur sera le garant de la cohérence. Dans ce système, il est impératif que les chefs de services assurent la pérennité du fonctionnement et qu'ils ne s'approprient pas un pouvoir qui est délégué à l'ensemble de l'organisation.

La technique :

Au travers de la technique on s'attachera à revoir l'ensemble du dispositif de prise en charge des enfants. Ce travail doit se faire dans un premier temps par un soutien particulier des structures qui vont prendre en charge les services difficiles d'accueil d'urgence, et un effort préalable de formation apparaît souhaitable.

De plus, il convient de formaliser et d'associer le travail éducatif du personnel du foyer et des intervenants extérieurs. Pour cela, les complémentarités devront être renforcées de manière à permettre à tous les professionnels d'envisager la prise en charge de manière globale, le travail éducatif ne doit plus être disséqué entre enfant et parents. Des protocoles formalisés doivent être établis entre les personnels de l'ASE et les unités, et l'on peut imaginer que les réunions de synthèse seraient regroupées, dès qu'il s'agit de parler soit de la famille soit de l'enfant dans un même lieu afin d'apprécier globalement toute décision.

Par ailleurs, cette méthode aurait l'avantage de permettre une meilleure connaissance des individus (les travailleurs sociaux) ayant a priori un dénominateur commun : l'aide aux familles.

La culture :

La culture de l'institution s'analyse dans l'histoire de l'établissement, dans des pratiques professionnelles qui s'inscrivent aussi dans le temps.

Cette notion de continuité laisse penser que l'action de changement n'interviendra qu'après un laps de temps relativement long pour imprégner la culture du foyer.

Si l'action directe paraît difficile, on peut imaginer utiliser ce sous-système comme le moyen d'évaluer si le changement imprègne la culture de l'établissement.

L'évaluation est un processus qui doit permettre à la fois de juger si les conditions de prise en charge sont de qualité, ce jugement qui favorise la valorisation du travail et autorise également le recadrage. Mais elle peut aussi être utilisée comme indicateur de l'évolution de la culture de l'établissement.

3.2 Anticipation des changements au foyer de l'enfance.

Anticiper l'avenir est primordial pour guider l'entreprise dans la démarche de changement. Le foyer de l'enfance est déjà engagé dans un processus de mutation depuis 1999 date du début de l'étude du schéma départemental.

Aujourd'hui, même si les conclusions définitives ne sont pas connues, on peut se lancer dans une vision prospective de l'établissement à moyen terme.

Fort de l'analyse interne et externe le directeur peut se projeter dans un avenir qui sera celui d'une grande transition de la vie de l'institution. L'histoire nous montre que les cycles de mutation sont de plus en plus rapides, et l'on peut penser qu'un cycle de trente ans va se terminer et bouleversera profondément la vie du foyer.

La structure unicellulaire que l'on connaît va laisser place à un centre départemental de l'enfance composé d'une multitude de petites unités reliées entre elles par un désir commun, d'assurer une prise en charge personnalisée.

Cette mutation structurelle devra se construire sur une période de cinq à dix ans, sachant qu'elle sera sûrement difficile. En effet, elle aboutira à terme à la fermeture partielle ou totale de services.

Le service d'accueil d'urgence est identifié, par tous les acteurs, comme le point faible du dispositif, son image négative dessert l'ensemble de l'institution. Les problèmes posés par des adolescents difficiles peuvent représenter des dangers pour l'ensemble des usagers. Ainsi, il convient de modifier le dispositif d'accueil d'urgence dans les meilleurs délais, et ce projet devrait être réalisé en 2001 ou 2002.

Le foyer de l'enfance de Perpignan aujourd'hui :

Outre la pouponnière (15 lits), l'établissement est, au début 2000, organisé en 5 unités de prise en charge (5 x 14 places soit 70 lits):

Urgence

- 1 unité d'accueil pour les mineurs 3-6 ans avec prise en charge en moyen séjour selon les situations individuelles.

-1 unité d'accueil pour les mineurs relevant d'une scolarité primaire (≈6-13 ans)

-1 unité d'accueil pour les mineurs relevant d'une scolarité secondaire (≈13-18 ans et +)

Moyen séjour

- 1 unité moyen séjour pour mineurs relevant d'une scolarité primaire.

- 1 unité moyen séjour pour mineurs relevant d'une scolarité secondaire.

3.2.1 : AVANT PROJET DES SERVICES D'ACCUEIL D'URGENCE.

L'activité de l'établissement sur les cinq dernières années se mesure en nombre de journées réalisées (moyenne sur 5 ans ≈ 18 500 – minimum 15 750 en 99 et maximum 20 000 en 96).

Elle s'apprécie également en nombre de mineurs pris en charge ; sur les 5 dernières années la moyenne des mineurs admis chaque année est de 162 (minimum 142 en 96 –maximum 184 en 98). Les durées de séjour sont variables, mais plus de 50% des accueillis séjournent moins d'un mois dans l'établissement.

Les services de moyen séjour jouent le rôle d'une MECS, structure inexistante sur l'agglomération de Perpignan. Une école spécialisée de trois classes assure notamment la scolarité des enfants.

3.2.2.1 Etude de l'activité des services d'urgence

Afin d'envisager un service d'accueil d'urgence adapté, il convient de mesurer les flux d'entrées de ces services, sachant que l'établissement est dépendant des services de l'ASE, du procureur et du juge pour enfants.

ETUDE DES VARIATIONS MENSUELLES SUR 4 ANS

Selon le type de décision de placement

| | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | TOTAL |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 96 JE | 3 | 3 | 10 | 3 | 1 | 4 | 10 | 10 | 10 | 5 | 4 | 5 | 68 |
| 96 PROC | 6 | - | 1 | 3 | 5 | - | 9 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 36 |
| 96 AP | 7 | 6 | 6 | 4 | 7 | - | - | 3 | 2 | 3 | - | - | 38 |
| 96 TOTAL | 16 | 9 | 17 | 10 | 13 | 4 | 19 | 17 | 15 | 9 | 6 | 7 | 142 |
| 97 JE | 4 | 7 | 11 | 6 | 4 | 8 | 7 | 2 | 11 | 4 | 8 | 5 | 77 |
| 97 PROC | 1 | - | 2 | 4 | 8 | 5 | - | 6 | 4 | - | 2 | 4 | 36 |
| 97 AP | 4 | 7 | 2 | 2 | 1 | 7 | 7 | 5 | 11 | - | 3 | 3 | 52 |
| 97 TOTAL | 9 | 14 | 15 | 12 | 13 | 20 | 14 | 13 | 26 | 4 | 13 | 12 | 165 |
| 98 JE | 5 | 4 | 10 | 8 | 1 | 6 | 13 | 8 | 10 | 10 | 9 | 12 | 96 |
| 98 PROC | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | - | 8 | 7 | 4 | 9 | 40 |
| 98 AP | 1 | 6 | 3 | 3 | 3 | 12 | 5 | 9 | 5 | - | 1 | - | 48 |
| 98 TOTAL | 8 | 12 | 14 | 12 | 6 | 21 | 19 | 17 | 23 | 17 | 14 | 21 | 184 |
| 99 JE | 4 | 1 | 2 | 4 | 6 | 14 | 2 | 2 | 9 | 10 | 6 | 6 | 66 |
| 99 PROC | 6 | 5 | 9 | 7 | 1 | 2 | 7 | 7 | 3 | 2 | 9 | 3 | 61 |
| 99 AP | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | - | 4 | 10 | - | 7 | - | 1 | 31 |
| 99 TOTAL | 11 | 9 | 12 | 14 | 8 | 16 | 13 | 19 | 12 | 19 | 15 | 10 | 158 |

JE = juge pour enfants ; PROC = procureur; AP = accueil provisoire

On remarque que les accueils provisoires représentent de 20 à 30 % des mineurs accueillis chaque année, que les placements en urgence, réalisés sur décision du Procureur de la République, représentent de 22 à 38 % des mineurs accueillis et que les placements sur décision du Juge des Enfants varient de 42 à 52 %.

Sur l'ensemble de l'année on remarque une moyenne mensuelle située dans une fourchette de 10 à 20 accueils avec une moyenne de 10 à 15 sur les 5 premiers mois. Une moyenne de 15 à 20 sur les 4 mois d'été et des variations plus importantes sur les 3 derniers mois de l'année

Caractéristiques des accueils

La majorité des accueils réalisés chaque année sont présentés comme urgents par les services décideurs sollicitant l'A.S.E. Il semble que sur les 158 accueils réalisés en 1999 il est possible de distinguer :

1-La véritable urgence : celle qui répond immédiatement à la demande d'un magistrat (J.E ou Procureur), ou à des parents via un travailleur social pour une situation non connue ou non évaluée antérieurement à la décision.

2- L'urgence sur des situations connues de mineurs les plus souvent suivis par l'A.S.E, qui **sont placés** au Foyer de l'Enfance **par défaut**, alors qu'ils sont ou étaient déjà pris en charge dans d'autres lieux d'accueils avec un suivi A.S.E (famille d'accueil, établissements spécialisés) et qui ont mis en échec le lieu d'accueil ou sont dans un lieu qui ferme les week-end et lors des vacances scolaires. Cet accueil aurait pu être organisé et préparé dans un lieu adapté. L'urgence peut être justifiée au moment, mais le placement devrait n'être que de très courte durée.

3- L'urgence pour les mineurs qui ont fait l'objet d'un suivi antérieur (AEMO ou AED) pour lesquels le placement **aurait pu être préparé**. (information préalable et une concertation partenariale permettant d'établir un projet personnalisé donnant du sens au placement tant pour le jeune que pour la famille.)

Pour 1999 la répartition sur les 3 types de catégories ainsi définies peut s'établir de la manière suivante :

RECAPITULATION PAR TYPES D'URGENCE

| TYPE URGENCE | TOTAL ADMIS | AP EG | 3-6 ans | 6-12 ans | 12-16 ans | Plus de 16 ans |
|--------------|--------------|--------------|---------|----------|-----------|----------------|
| 1 | 90 (58 %) | → 19 → 71 | 5 | 18 | 32 | 35 |
| 2 | 24 (15 %) | → 0 → 24 | 2 | 4 | 13 | 5 |
| 3 | 44 (27 %) | → 12 → 32 | 8 | 16 | 10 | 10 |

On constate donc que les urgences « véritables » ne représentent qu'un maximum de 60% des accueils réalisés sur l'année, que 15 % des accueils l'ont été par défaut d'anticipation d'une autre formule et qu'un quart des accueils aurait pu faire l'objet d'une préparation et s'inscrire dans la cohérence d'un projet.

Si la population des fugueurs qui constitue une population le plus souvent de transit, est extraite des données, les urgences de type 1 tournent à 43 %, les urgences de type 2 montent à 20 % et les urgences de type 3 à 37 %. Plus de 50 % des accueils (hors fugueurs) pourraient donc faire l'objet d'une préparation ou d'un mode de gestion différent (spécialisation d'une structure en interne, préparation en amont d'une forme de placement mieux adaptée au projet individuel et familial).

3.2.2.2 Gestion éducative de l'urgence.

Situation actuelle.

L'accueil est réalisé sur 3 unités de vie, une pour le 3-6 ans, (15 enfants en 99), une pour les 6-13 ans (55 en 99), une pour les plus de 13 ans (88 en 99). La moyenne mensuelle des enfants et adolescents accueillis s'établit à 13 en 99, 15 en 98, 14 en 97 et 12 en 96. A ces accueils de « nouveaux », se renouvelle chaque week-end et pour les vacances scolaires l'accueil d'un certain nombre d'enfants ou d'adolescents internes dans des établissements scolaires ou dans des établissements médico-sociaux (11 mineurs en 99, jusqu'à 7 accueils concomitants sur le week-end).

La moyenne quotidienne de population accueillie sur chaque unité s'établit pour les 3 dernières années à :

| | 97 | 98 | 99 |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|
| 3. 6 ans | 11,9 | 10,6 | 8,7 |
| 6.13 ans | 16,4 | 17,8 | 12,6 |
| Plus de 13 ans | 7,9 | 7,9 | 8,6 |

Au-delà de ces moyennes et compte tenu d'une impossible maîtrise des flux, les effectifs varient pour les unités de moins de 13 ans de 7 à 20 et de 8 à 14 pour les plus de 13 ans, les maximums étant incompatibles avec une prise en charge de qualité.

Un certain nombre d'enfants séjournent sur le groupe d'accueil par défaut d'une réorientation mieux adaptée : placement en famille d'accueil, orientation en établissement spécialisé (I.R, I.M.E, I.M.P.R.O), refus des parents d'une orientation et ces séjours peuvent durer de 2 à 8 mois.

L'importance des effectifs des groupes d'accueil ne permet pas actuellement, d'apporter l'individualisation et l'attention nécessaires à un accueil de qualité. Au nombre s'ajoute un déficit chronique d'informations sur l'histoire et la trajectoire des jeunes accueillis.

L'absence d'engagements précis des partenaires chargés de la réorientation, ne permet pas d'inscrire, à court terme, une échéance et la mise en place d'un projet d'avenir. Elle peut même générer chez les enfants et adolescents accueillis une angoisse réactionnelle qui s'ajoute aux difficultés spécifiques liées aux motifs du placement.

Les enfants et adolescents en capacité de donner leur avis sur la gestion de leur placement sont généralement peu consultés. Recueillir l'adhésion des enfants s'inscrit dans une démarche qui permet de repositionner l'enfant dans ses droits, et affirme la position de la structure qui les respecte.

L'enfant ou adolescent s'adapte aux conditions qui lui sont faites, alors qu'il serait sans doute nécessaire que la structure s'adapte aux besoins et demandes des usagers tels qu'ils les expriment.

Considérant que tout enfant ou adolescent est au moment de l'accueil dans une situation familiale et une problématique individuelle singulière, les équipes éducatives des groupes d'accueil s'efforcent cependant de définir pour chacun, un Projet d'Action Educative Personnalisé (P.A.E.P.) selon une grille établie prenant en compte cette singularité pour le court terme et au-delà pour les moyens et longs termes.

A défaut d'une réelle individualisation des actions éducatives, c'est par un accompagnement au quotidien, dans un groupe généralement chargé que va se gérer la prise en charge. Par une écoute attentive, des informations peuvent être obtenues des jeunes eux-mêmes, de leurs familles, ou des travailleurs sociaux et permettent la mise en place des actions paraissant les mieux adaptées au niveau de la vie quotidienne, de la scolarité, des soins. Mais globalement les conditions actuelles de l'accueil d'urgence sont insatisfaisantes.

La réflexion engagée par les personnels concernés a permis de dégager quelques idées fortes :

Requalifier la fonction d'accueil :

L'accueil d'urgence constitue une dimension importante du fonctionnement de l'établissement dans la mesure où il est explicitement inscrit dans ses missions.

La réalisation de l'accueil d'urgence est souvent difficile compte tenu de la diversité des paramètres : une population hétérogène aux besoins divers (large tranche d'âge de 0 à 18 ans), attendu de placement divers (protection judiciaire, protection sociale, aide provisoire, enfants maltraités,...), attentes des décideurs de placement liées à une représentation du placement plus personnelle qu'institutionnelle, publics de plus en plus divers (pré-délinquants, troubles du comportement, retards scolaires, handicaps divers), flux de population imprévisible, investigations initiales sur les situations largement insuffisantes.

L'accueil d'urgence est porteur de nombreux enjeux, car il constitue la pointe avancée, l'image première de l'établissement départemental et de la politique du Conseil Général en matière de protection de l'enfance. Il est nécessaire de repositionner cette prestation de service vis à vis des usagers directs (enfants, adolescents et leurs familles) et indirects (travailleurs sociaux, magistrats...).

Pour les bénéficiaires il est fondamental de s'inscrire dans la facilitation de l'exercice de leurs droits et dans la recherche de l'engagement positif de leur participation au processus de prise en charge.

L'accueil doit être une porte d'entrée plutôt qu'une salle d'attente, dans laquelle s'inscrit dès le départ un projet limité dans le temps. Il doit engager, dans le cadre d'une première orientation, la recherche du sens du placement et de la séparation, et la mise en place d'actions cohérentes.

La procédure d'accueil et son organisation doivent être enrichies dans le cadre :

→ D'une redéfinition de la fonction, en articulation avec les demandes institutionnelles (Conseil Général, Magistrats...), avec le fonctionnement de l'établissement et avec les moyens disponibles ou mobilisables dans et hors département.

→ D'une prise en compte des interactions et des représentations existantes chez les «décideurs», les acteurs de terrain, les professionnels mobilisés pour mieux les maîtriser et les objectiver.

→ D'une réflexion sur les contenus des actions, sur les communications entre service d'accueil et services «extérieurs» permettant de redéfinir le projet de service .

→ D'une analyse de «l'environnement» et des ressources mobilisables pour que l'accueil s'inscrive dans un temps limité et que les situations «difficiles» puissent être gérées.

→ D'un dispositif où chaque accueilli trouve, dans un projet personnalisé élaboré avec et pour lui, les meilleures réponses à sa problématique.

3.2.2.3 La structure d'accueil et nouvelles capacités .

Compte tenu de l'attention spécifique qui doit être apportée à la personne accueillie, l'unité d'accueil d'urgence ne peut se concevoir que dans une structure de petite dimension, à effectif limité, offrant une homogénéité suffisante au niveau des tranches d'âge : < à 5 ans, 5 à 13 ans et 14 à 18 ans paraissent les mieux adaptées).

L'effectif idéal semble se situer autour de 8 places qui seront suffisantes si les accueils se font sur les caractéristiques d'urgence de niveau 1, et si les durées d'accueil sont respectées, (maximum trois mois).

Ces structures ne doivent pas être installées dans un grand ensemble de même type que le foyer de l'enfance (5 000 m² habitables) mais être situées dans de petites unités plus familiales permettant l'individualisation des prises en charge. Elles doivent éviter, autant que faire se peut, la rupture avec l'environnement traditionnel de l'enfant (scolarité, famille).

Conséquences sur capacité la totale d'accueil:

Si les trois unités d'accueil passent de 14 places à 8 places, la capacité totale du foyer (70) perd 18 places et serait portée à 52 places soit au total pour la structure 67 places.

Il convient de rappeler que la structure actuelle de 1971 a été dimensionnée sur la base de 136 lits (30 pouponnière et 106 pour le foyer).

EVOLUTION DES PLACES DE LA STRUCTURE

| | 1971 | 1993 | 2002 |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Foyer | 106 | 70 | 52 |
| Pouponnière | 30 | 15 | 15 |
| TOTAL | 136 | 95 | 67 |

En une trentaine années l'établissement perdrait plus de la moitié de sa capacité totale, évolution logique car les modalités d'accueil des enfants privilégient le maintien familial, les aides éducatives en milieu ouvert ou les familles d'accueil, mesures a priori moins traumatisantes et moins coûteuses à court terme pour la collectivité (le coût mensuel au foyer est de plus de 22 000 francs).

La structure actuelle a été prévue pour 136 places et n'abriterait plus que 43 personnes sur trois hectares de terrain, et devient, par conséquent, surdimensionnée par rapport aux personnes à héberger.

Cette situation induit des surcoûts d'exploitation pour l'entretien des locaux, et la remise en cause du maintien de services généraux lingerie et cuisine (matériel et coût d'exploitation).

Conséquences sur les ressources humaines de l'établissement :

Les ratios agents places devraient augmenter à moyens constants : ils passeraient pour le foyer de 0.75 à 1.00 agent pour une place si la capacité était ramenée à 52 places.

Cette augmentation favorable du ratio pourrait être justifiée, d'une part, par les nouveaux besoins des structures décentralisées qui nécessitent plus de personnel, (notamment l'accueil des adolescents) et d'autre part, par la future mise en place des 35 heures.

Si le personnel éducatif trouverait facilement une affectation sur les nouvelles unités, se poserait alors le problème des services généraux (17 agents) affectés sur le foyer. Si une partie pourrait être réaffectée en qualité de maîtresse de maison, l'autre partie devrait envisager une reconversion à l'intérieur de la structure.

Pour le maintien des activités de moyen séjour du foyer, il semble judicieux de redéployer le personnel des services généraux dans des activités de maîtresse de maison sur les deux unités.

Besoins sur les cinq unités : une personne le matin 6h 14h, une l'après midi 13 h 21 h,
Soit deux personnes x 365 jours = 730 journées de travail x par 5 unités = 3650 jours.
Considérant qu'un agent travaille en moyenne 220 jours, les besoins en maîtres ou maîtresses de maison seraient de 16, 59 agents soit sensiblement l'effectif d'aujourd'hui en personnel des services généraux (17 agents).

Conséquences annexes :

Une école spécialisée composée de trois classes fonctionne pour la scolarité des enfants du foyer. Cette activité, risquerait fort d'être remise en cause par l'éducation Nationale, si cela n'était pas le cas, la réduction du nombre de classe serait inévitable. L'intégration scolaire en milieu ordinaire apporterait une nouvelle dynamique même si un certains nombres d'adaptations seraient nécessaires (transports, soutiens scolaires).

3.2.2 : AVANT PROJET DES SERVICES D'ACCUEIL MERES ENFANTS.

Dans le département, l'accueil des enfants en bas âge accompagnés de leur mère en difficulté se fait actuellement uniquement dans les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ou dans le Centre maternel du RIVAGE³² et en hôtel ordinaire dans les situations d'urgence en attente de place en institution. Il s'effectue aussi dans certains cas en famille d'accueil pour des mineures ou jeunes majeures.

En ce qui concerne les situations relevant de la protection de l'enfance, l'offre de service actuelle ne permet pas toujours d'accueillir les futures mères et celles dont l'enfant est né lorsqu'un risque important existe pour l'enfant né ou à naître.

Ces situations ont été souvent constatées et déplorées par l'ensemble des partenaires sociaux, médicaux ou médico-sociaux. Elles concernent essentiellement des mineures enceintes, des mères toxico-dépendantes et des mères malades mentales qui, pour un temps, auraient besoin d'une structure d'accueil spécialisée.

Cette lacune apparaît donc clairement dans le rapport effectué par le CREAM pour l'élaboration du schéma départemental.

³² Le rivage est un établissement situé à Perpignan, de type centre maternel géré par une association habilitée.

3.2.2.1 Les objectifs du projet .

Ainsi, le manque d'outil actuellement relevé ne permet pas d'offrir la possibilité de conserver ou de favoriser le lien entre certains enfants et leur mère puisque la pratique se voit bien souvent obligée d'imposer une séparation. Cette séparation, imposée le plus souvent par la justice, intervient dans un moment crucial de la maternité et ne permet plus le lien maternel de se créer dans des conditions satisfaisantes. L'enfant se trouve alors placé soit à la Pouponnière, soit en famille d'accueil et la mère, livrée à son sort, dans une situation sociale et psychologique très difficile. Il ressort des contraintes telles entre la mère fragilisée et l'enfant, que ce lien mère enfant ne peut parfois plus se faire du tout.

Pour éviter cette séparation, les jeunes mineures en difficulté sont soit contraintes d'accepter d'être prises en charge dans un autre département, soit être accueillie en famille d'accueil ce qui n'est pas toujours indiqué, possible ou accepté par elles.

Pour ce qui concerne les majeures toxico-dépendantes ou malades mentales, les mesures prises dans l'urgence conduisent au placement de l'enfant, le plus souvent à la Pouponnière du CDE, puis en famille d'accueil.

L'expérience montre que dans ces conditions de séparation, le maintien ou la création du lien maternel est difficile à obtenir. En effet, la situation de la mère, sa problématique particulière, font que son accompagnement et sa prise en charge en pointillé lors des visites auprès de l'enfant nécessitent un travail important de la part du personnel et une approche très spécifique qui est aujourd'hui inadaptée.

Face à un manque de moyens adaptés, la solution de placement de l'enfant n'a pas d'alternative et on assiste donc à une dilution du lien maternel et à un placement inévitable de l'enfant en famille d'accueil. De son côté la mère, faute d'avoir pu trouver un espace structuré capable de répondre à ses difficultés, demeure plus encore isolée dans ses problèmes et sa culpabilité.

En ce qui concerne les bébés dont les mères sont logées provisoirement en hôtel dans l'attente de places en centre maternel, leur maintien n'est pas toujours possible auprès de la mère étant donné leur âge et leurs propres besoins. C'est ainsi qu'ils peuvent à leur tour être placés, même si la relation mère enfant est de qualité.

Le projet proposé consiste donc essentiellement à optimiser les possibilités de maintien de l'enfant auprès de sa mère en développant un nouvel outil, entrant dans le cadre du schéma départemental. Cette structure doit pouvoir répondre plus adroitement à ces situations, en favorisant dans l'intérêt de l'enfant, des perspectives dans des solutions familiales, solutions d'ailleurs plus économiques, à terme, pour la collectivité.

Ce projet met donc en œuvre les compétences actuelles en matière de petite enfance du CDE, et notamment de la pouponnière, service dont la qualité est reconnue de tous les acteurs. Le CDE présente de surcroît l'avantage de disposer d'un jardin d'enfants jusqu'à l'âge de six ans, ainsi que des ressources éducatives pour la prise en charge des adolescentes.

Ce projet fixe pour objectif d'optimiser les compétences des mères à l'égard de leurs enfants et cela malgré leurs difficultés importantes.

Partie intégrale du CDE, mais s'adressant à une population spécifique et très différenciée, ce service serait décentralisé du site actuel. (rue Joseph Sauvy)

Seraient particulièrement concernés par ce projet : Les mineures enceintes ou jeunes mères mineures avec leur enfant, les femmes enceintes et mère isolées avec leurs enfants présentant des pathologies psychiatriques avérées faisant l'objet d'un suivi médical. Les femmes enceintes et mères isolées avec leurs enfants présentant des problèmes de toxicomanie faisant l'objet d'un suivi thérapeutique, les femmes enceintes et mères isolées avec leurs enfants relevant d'un accueil d'urgence.

S'adressant à quatre catégories de personnes aux problèmes spécifiques, la confrontation au quotidien des unes et des autres n'est stratégiquement pas envisageable. La prise en charge par exemple d'une jeune adolescente enceinte ne peut se concevoir dans la proximité avec une femme malade mentale ou toxico-dépendante. Malgré tout, des options communes autour de la prise en charge des bébés existent et contribuent à optimiser le coût de l'opération.

3.2.2.2 L'articulation des services.

Le service s'articulerait autour d'un pôle central qui verrait le jour dans une structure de type pavillonnaire suffisamment grande et préférée à un immeuble collectif afin d'éviter l'effet de stigmatisation par le voisinage.

L'unité centrale comprendrait quatre services chargés de l'accueil :

Mineures enceintes et mères mineures avec enfant.

Un lieu d'accueil et de prise en charge en moyen séjour de 2 à 4 places avec un encadrement permanent ;

Halte garderie de 4 à 6 places.

Lieu d'accueil ponctuel à la journée ou ½ journée des enfants de moins de 6 ans des mères suivies leur permettant de participer à des actions d'insertion sociale, d'autonomisation, éventuellement de soins.

Mise en place d'actions spécifiques de soutien aux «tâches maternelles» (nursing, soins au bébé....).

Mini pouponnière de 2 à 4 places.

Lieu d'accueil ponctuel, de 1 à plusieurs jours, des enfants des mères suivies permettant : de protéger l'enfant momentanément, lorsque les situations relationnelles mère-enfant peuvent être dangereuses pour l'enfant, d'aménager la relation mère-enfant en fonction des problèmes spécifiques de la mère

Accueil de jour 4 à 6 places.

Lieu d'accueil permettant la prise en charge ponctuelle des mères suivies dans les unités déconcentrées.

Deux unités déconcentrées, située dans le même secteur, offriraient

l'accueil pour :

Accueil mère (malade psychiatrique)–enfant.

Deux à quatre appartements Type F 1 bis ou F 2, pour l'accueil et la prise en charge en moyen séjour de mères suivies par les services psychiatriques, situés dans un périmètre proche de l'unité centrale.

Recherche d'autonomisation des mères et de leur insertion sociale.

Suivi par l'équipe de l'unité centrale et les partenaires spécialisés (P.M.I, psychiatrie...) autant que de besoin, attention particulière aux jeunes enfants.

Possibilité d'interventions rapides en cas de mise en danger du bébé ou jeune enfant.
Possibilité d'adapter la relation mère-enfant à partir des moyens de l'unité centrale notamment s'il y a besoin de séparation pour protection, de prise en charge à la journée, de prise en charge de nuit...

Accueil mère (toxicomane)–enfant.

- 2 à 4 appartements Type F 1 bis ou F 2 pour l'accueil et la prise en charge en moyen séjour des mères suivies par les services hospitaliers, situées dans un périmètre proche de l'unité centrale.
- recherche d'autonomisation des mères et de leur insertion sociale et professionnelle,
- suivi par l'équipe de l'unité centrale et les travailleurs sociaux partenaires,
- possibilité d'interventions rapides en cas de mise en danger du bébé ou jeune enfant,
- possibilité d'adapter la relation mère-enfant à partir des moyens de l'unité centrale.

La structure se fixe comme objectifs :

- maintenir les liens mère-enfant,
- éviter autant que possible la séparation mère-enfant pour des publics spécifiques,
- accueillir en urgence les publics concernés par un fonctionnement 24h/24 et 365j/an,
- apporter un soutien matériel par une prise en charge adaptée permettant d'assurer les besoins primaires et secondaires des publics concernés,
- apporter un soutien psychologique et mettre en place des actions d'insertion sociale et éventuellement professionnelle dans la perspective d'une autonomisation des mères prises en charge.

3.2.2.3 Modalités de fonctionnement.

Admission.

- Conformément à l'article 46 du C.F.A.S toute admission dans la structure relève d'une décision du Président du Conseil Général.
- Les demandes d'admission à l'initiative des mères en difficulté ne pourront être satisfaites que dans le cadre d'un contrat de placement réalisé en application des dispositions de l'article 55 du C.F.A.S et du décret n° 85.936 relatif aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance.
- Les demandes d'admission à l'initiative d'un magistrat ne concernent que les enfants relevant d'une protection judiciaire. La décision d'admission dans la structure, de l'enfant relevant d'une mesure judiciaire ne pourra être prise sans l'accord préalable de la mère avec l'accord du magistrat qui précisera autant que faire se peut, la nécessité du maintien de

l'enfant avec sa mère et la possibilité pour la structure d'effectuer une séparation en cas de mise en danger de l'enfant.

Moyens de l'accueil.

Il se réaliserait en fonction des places disponibles, sur la structure la mieux adaptée à la situation. Toute mineure enceinte ou mère avec enfant ne pourrait être prise en charge qu'à l'unité centrale. Les unités déconcentrées offriraient à chaque personne prise en charge les moyens matériels de vie quotidienne : appartement disposant d'une kitchenette et d'un mobilier simple et adapté (salle de vie, chambre, salle de bain.). L'unité centrale disposerait pour les mineures enceintes de chambres individuelles (ou studios) équipées éventuellement d'un coin kitchenette favorisant l'accès à l'autonomie.

Formalisation de l'accueil et prise en charge.

L'accueil serait réalisé après décision d'admission du Président du Conseil Général et rédaction d'un contrat précisant : Le mode de placement (identification précise du lieu d'accueil). A.P ou décision judiciaire, la durée du placement, les modalités des actions conduites par l'équipe technique au bénéfice des personnes prises en charge (mère, enfant), l'identité du référent de la situation au sein de l'équipe, les dispositions du règlement intérieur de l'unité (à préciser), les partenaires intervenants dans la prise en charge, les conditions de modification du dispositif de prise en charge de l'enfant en cas de danger, les modalités de révision du contrat.

Ce contrat serait signé par la mère majeure, le représentant du Président du Conseil Général, le chef de service de la structure d'accueil et éventuellement les partenaires participants aux actions de prise en charge.

A ce contrat de placement s'ajouterait un projet d'actions défini par l'équipe technique de la structure en concertation avec les partenaires médicaux, sociaux ou éducatifs intervenants en amont (ceux-ci pouvant d'ailleurs poursuivre leurs activités en cas de relation favorable avec les bénéficiaires ou de technicité indispensable). Ce projet s'établirait en fonction de la connaissance du (ou des) sujet(s) pris en charge, de son histoire, de sa trajectoire et rechercherait le maintien et le développement de la relation mère-enfant (Si celle-ci ne pouvait être maintenue, la préparation à la séparation, la réorientation, pourraient être réalisées à partir de la structure).

Partenariats.

A l'exception des mineures (enceintes ou avec enfants), les publics présentant des troubles psychiatriques ou toxicomaniaques seraient à priori connus et suivis préalablement à leur accueil et prise en charge. L'admission dans la structure aurait pour objectif essentiel d'éviter la séparation mère-enfant, mais ne pourrait se concevoir que dans le maintien des protocoles de soins déjà mis en place antérieurement et par un travail en interrelation entre les professionnels de la structure d'accueil et les professionnels soignants, sociaux et médico-sociaux positionnés en amont et au moment de la prise en charge.

Les actions mises en place dans la structure ne pourraient se concevoir que par un partenariat pluridisciplinaire et une large concertation entre les acteurs. Des relais (par hospitalisation notamment) devront pouvoir être assurés en cas de besoin.

La remise en question des processus de soins pourra motiver un arrêt de prise en charge.

En tout état de cause, ce projet implique un réseau structuré et formalisé par des conventions avec tous les partenaires, associations, établissements de soins, Conseil Général, ville.

Faisabilité du projet :

Le développement pratique de ce projet sur le plan des moyens : logistiques et humains pourrait intervenir dès que la capacité de la structure aura été définie par le Conseil Général. Un comité de pilotage devrait être mis en place avec tous les futurs partenaires pour entrevoir ce nouveau dispositif. Une fois le dossier clôturé, un passage en CROSS apparaît obligatoire considérant que le CDE accueille une nouvelle catégorie d'utilisateurs.

La recherche de locaux pourrait être réalisée en collaboration avec les services techniques et/ou services du patrimoine du Conseil Général.

La possibilité de redéployer certains personnels du C.D.E pourrait s'envisager dans le cadre d'une redéfinition de la capacité des structures existantes et notamment celle de la pouponnière.

Il apparaît donc raisonnable de se fixer comme délai deux ou trois années avant la mise en place effective de ce projet.

* * *

CONCLUSION

Dans l'histoire, le service de l'ASE, chargé à l'origine du seul recueil des enfants abandonnés, a vu ses missions s'accroître et est devenu le dénominateur commun de tous les problèmes de l'Enfance : ce constat a conduit le législateur à concevoir un service unifié de l'Enfance dont les tâches ont été définies par le décret du 30 juillet 1964 :

2 axes d'action :

- La protection médico-sociale de tous les enfants incluant la Protection maternelle et infantile, le service de santé scolaire
- La protection de l'Enfance abandonnée, inadaptée ou en danger comprenant le secteur de l'Enfance inadaptée et l'ASE traditionnelle

Cette idée de centralisation avait pour objectif de considérer l'enfant dans son tout biologique, psychique et affectif et de suivre l'enfant sans rupture.

Ce projet, mis à mal par la répartition des compétences au sein de l'Etat et entre les différentes collectivités locales conserve toute sa force et son actualité aujourd'hui.

La réforme de la Loi de 1975 viendra n'en doutons pas redonner de la cohérence à ce système de prise en charge des enfants.

Le secteur médico-social est à la recherche constante d'un équilibre entre les besoins réels ou ressentis des usagers, et du dispositif mis en place par les politiques publiques. Cette recherche tient compte des contraintes internes et externes du milieu où elles s'exercent, l'efficacité du système étant l'un des piliers de la réflexion sur les prises en charge de nature sociale.

En terme de contraintes internes, il faut reconnaître la place particulière des traditions du secteur. Les travailleurs sociaux ont parfois du mal à accepter le nouveau profil des établissements : plus observer, mieux évaluer ; les établissements sociaux et médico-sociaux, quelque soit leurs statuts doivent gagner en transparence et s'ouvrir sur l'extérieur. C'est plus une question d'état d'esprit que de qualification juridique.

L'analyse de la situation nous démontre que les rôles de tous les intervenants sont mal définis, qu'ils laissent une trop grande part à l'expression des volontés individuelles, des situations locales. C'est une porte ouverte aux conflits, souvent sous terrains, qui minent le travail des acteurs pris individuellement .

Le schéma, véritable levier du changement, n'en doutons pas va éclairer la politique d'aide sociale départementale. Les bouleversements engagés pour rapprocher l'administration de l'utilisateur au niveau des services de l'aide sociale du Conseil Général vont se transposer au niveau du centre départemental de l'enfance. L'éclatement de la structure actuelle apparaît donc inévitable et souhaitable, et sera le moyen de créer une nouvelle dynamique de changement pour l'ensemble du personnel de l'institution.

Le changement est donc un processus qui a besoin de trouver une certaine maturité rendue favorable par un contexte externe et interne. Il sera d'autant plus efficace que la volonté des femmes et des hommes qui le porte sera forte. Pour cela le directeur joue un rôle majeur, car si le changement paraît naturel, tout projet d'envergure demande que ce changement soit guidé.

Si cette mutation est bien menée, l'ensemble du dispositif du CDE serait à terme composé d'une multitude de petites structures spécialisées autour d'un objectif commun fixé par le projet d'établissement et par les projets éducatifs : la qualité de la prise en charge.

Autour de ce projet, le directeur doit veiller à maintenir une cohérence d'action rendu difficile par l'autonomie de ces unités spécialisées. Mais cette composition de petites structures éclatées amène aussi d'énormes avantages. Outre la qualité de vie des personnes, elle garantit: un dynamisme apporté par l'autonomie donnée aux groupes éducatifs, la mobilité du personnel qui pourrait se créer entre les services, une faculté d'adaptation favorisée par la taille des unités.

Il est licite de penser aussi que l'évaluation objective de la qualité des prestations fournies par les différentes unités sera dans l'avenir en mesure de donner plus de sérénité au débat. C'est probablement un des défis qu'auront à relever les Directeurs des années à venir.

La procédure d'accréditation s'est installée à l'hôpital et il ne faut pas douter qu'elle se mettra bientôt en place dans les Etablissements sociaux et médico-sociaux. Cette démarche ne doit pas être subie, elle doit être anticipée par l'ensemble des acteurs du système.

L'évaluation ainsi menée confortera ou au contraire réfutera la légitimité des intervenants, Etat, collectivités territoriales, directeurs, et bénéficiaires.

* * *

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BIANCO JL, P.LAMY, L'aide à l'enfance demain, études et documents ministère de la santé, 1978.

CROZIER.M/FRIEBERG.E, l'acteur et le système, éditions du seuil, 1977.

FENET.F L'aide sociale à l'enfance, stratégies et redéploiement Edité par C.T.N.E.R.H.I., 1989.

FINGER.M/RUCHAT.B, pour une nouvelle approche du management public, 1997.

IGALENS.J/LOIGNON.C, Prévenir les conflits et accompagner les changements, l'observation sociale, PUF, 1997

LEGRAND.P, Le secteur médico-social, Berger-Levrault 1994

LORTHIOIS.D, Mutations de la société et travail social, Ed des journaux officiels, 2000.

MIRAMON.JM, manager le changement dans l'action sociale, Ed E.N.S.P, 1996.

KOURILSKY-BELLIARD.F, InterEditions, 1995.

RAYNAL.S, Le management par projet, approche stratégique du changement Ed d'organisation, 1996.

ROPERT.G/HASPEL.R, Construire des organisations qualifiantes, éditions de l'organisation, 1996.

VERDIER.P recueil des textes législatifs et réglementaires sur l'aide sociale à l'enfance, le Centurion, 1987.

WEISS.D, Les ressources humaines, Ed d'organisation, 1999.

ARTICLES :

Journal des jeunes. Mise en place d'un schéma départemental ASE/PJJ. Octobre 1999. MIALOCQ.H et MENARD.J.

Infopublic revue GEPSO. Dossier sur les schémas départementaux.

Informations hospitalières. Novembre 1992. Le projet d'établissement.

L'actualité juridique Fonctions publiques. Septembre Octobre 1999. L'employeur public et la nouvelle gestion des ressources humaines. MEKHENTAR.J.

Objectif soins. Juillet Août 1999. Motivation, compétence, performance : des clés pour le changement. MONTESINOS André.

Revue de gestion des ressources humaines. Décembre 1992 janvier 1993. Logiques individuelles et politiques de mobilisation en entreprise, BEAUCOURT.C et LOUART.P.

Revue Française de gestion, mars avril mai 1997. Vivre et gérer le changement ensemble ? OUI MET.G et DUFOUR.Y

TEXTES OFFICIELS :

Codes de la Santé Publique, de la Famille et de l'action Sociale – Editions Dalloz.

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 aux institutions sociales et médico-sociales – Journal Officiel du 1^{er} juillet 1975.

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relative à la fonction publique hospitalière – Journal Officiel du 11 janvier 1986.

Projet de réforme de la loi relative à l'organisation de l'action sociale et médico-sociale du 24 mai 2 000. Ministère de la santé.

* * *

ANNEXE

Enquête diffusée auprès des professionnels externes et internes.

Questionnaire anonyme

Informations sur la personne qui répond au questionnaire :

Appartenance au service : Aide sociale Départementale
Etablissement associatif
Foyer départemental de l'enfance
Autre établissement public
Justice
Protection judiciaire de la jeunesse
Autre, à préciser.....

Grade ou emploi Direction
Encadrement
Cadre socio-éducatif
Service éducatif
Services généraux
Juge
Elu local
Autre, à préciser.....

Ancienneté dans l'emploi ou dans le grade
sur le départementannées

(prière d'entourer ou de surligner la réponse correspondante)

(en cas de difficultés téléphoner Henri BADELL 04 68 56 39 00 ou 06 19 73 10 39

Le Centre départemental de l'enfance (CDE) peut accueillir 130 enfants, 15 sur la pouponnière, 70 au foyer de l'enfance et 45 aux chantevents de Corsavy.

Premier pôle de questions à propos des missions réglementaires du CDE et de ses activités

1. Connaissez-vous les missions réglementaires du foyer de l'enfance? Oui/non

Si oui, lesquelles, classez-les par ordre d'importance

1-

2-

3-

4-

5-

| | | |
|---|--|---------|
| 2. Pour vous, le foyer est un: | -lieu d'hébergement | ----- |
| (classez par ordre d'importance de 1 à 5) | -lieu d'accueil en urgence | ----- |
| | -lieu d'éducation | ----- |
| | -lieu de soin | ----- |
| | -lieu d'orientation | ----- |
| Pour vous, le foyer accueille: | - tous les jeunes de 0 à 21 ans | Oui/non |
| | -les enfants de 0 à 18 ans | Oui/non |
| | -les jeunes délinquants | Oui/non |
| | -les personnes relevant de la protection de l'enfance | Oui/non |
| | -autres | Oui/non |

3. Pensez-vous que le CDE doit enrichir ses activités?

Oui/non _____

Si oui dans quels domaines?

Pensez-vous que le CDE doit recentrer ses activités ?

Oui/non

Dans quels domaines ?

Critères question 6 : **Prière d'entourer le chiffre à valider.**

1- Insatisfaisant : ne répond pas aux objectifs des missions

2- Correcte :! Répond partiellement à ces objectifs avec différents niveaux de qualité

3- Satisfaisante : Répond complètement à ces objectifs avec une qualité homogène

4- Très bonne : Répond à ces objectifs avec une très bonne qualité.

| | | Commentaires: |
|--|----|---------------|
| 6. Pensez-vous que la prise en charge des usagers au CDE est: | 1- | _____ |
| | 2- | _____ |
| | 3- | _____ |
| | 4- | _____ |
| Pensez-vous que la prise en charge des enfants accueillis à la pouponnière est: | 1- | _____ |
| | 2- | _____ |
| | 3- | _____ |
| | 4- | _____ |
| Pensez-vous que la prise en charge des enfants accueillis sur les groupes éducatifs est: | 1- | _____ |
| | 2- | _____ |
| | 3- | _____ |
| | 4- | _____ |
| | 1- | _____ |

| | | |
|--|----|-------|
| Pensez-vous que la prise en charge des | 2- | _____ |
| enfants accueillis sur les services | 3- | _____ |
| d'accueil d'urgence est: | 4- | _____ |
| | | _____ |
| | 1- | _____ |
| | 2- | _____ |
| Pensez-vous que la prise en charge des | 3- | _____ |
| enfants accueillis a la maison d'enfants à | 4- | _____ |
| caractère social de Corsavy est: | | _____ |
| | | _____ |
| | | _____ |
| | | _____ |
| | | _____ |
| | | _____ |

7. A votre avis quelles doivent être les _____
durées de séjours idéales dans un _____
foyer de l'enfance ? _____

La durée effective des séjours au CDE
est-elle :

- trop courte
- bien adaptée
- trop longue

Commentaire : _____

Deuxième pôle de questions sur la place du foyer de l'enfance dans le dispositif départemental

8. Connaissez-vous la politique départementale de l'aide sociale à l'enfance?
Si oui, citez les grands axes.

Oui/non

Si non, pensez-vous que la politique départementale de l'Aide Sociale à l'Enfance:

- n'existe pas
- n'est pas clairement définie
- n'est pas connue par manque de communication
- est en cours d'élaboration
- autre raison:

9. Vous sentez-vous suffisamment impliqué dans cette politique:

Oui/non

-dans son élaboration:

- pas du tout impliqué
- un peu
- très impliqué

-dans son application:

- pas du tout impliqué
- un peu
- très impliqué

-dans son évaluation:

- pas du tout impliqué
- un peu
- très impliqué

10. Votre collaboration avec la direction

de la solidarité est-elle :

-
- insatisfaisant
- e
- correcte
- satisfaisante
- très bonne

Sur quels critères fondez-vous
cette appréciation ?

11. Pensez-vous que la Direction de la
solidarité départementale mette en
place un dispositif institutionnel qui
réponde aux besoins et objectifs de
la politique de l'aide sociale à
l'enfance par rapport aux enfants

Oui / Non

Pourquoi ?

confiés?

12. Quel est le rôle du foyer
départemental dans la politique de
l'ASE?

-central

-périphérique

-accessoire

Quelle est la place du foyer
départemental dans le dispositif
institutionnel de l'aide sociale à
l'enfance?

-centrale

-périphérique

-accessoire

13. Le CDE est un établissement public
non autonome (budget annexe du
Conseil Général)

Pourquoi?

Pensez-vous que ce statut juridique est un:
-avantage pour l'établissement
-une garantie de dépendance?
-un gage de qualité?

-Oui/non
-Oui/non
-Oui/non

Pour vous la non autonomie du CDE est un
inconvenient à une plus grande:

-responsabilisation des acteurs
-motivation des acteurs
-innovation des acteurs
-contractualisation des acteurs

| Pas du tout | Un peu | Oui | Beaucoup |
|-------------|--------|-------|----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

—

—

14. Les missions du foyer pourraient-êtr
elles assurées par un ou plusieurs
établissements associatifs?

-Oui/non

Pourquoi?
