

Ecole Nationale de la Santé Publique

**DE LA COMPLEXITÉ DES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX
ET MÉDICO-SOCIAUX PUBLICS À LEUR DIRECTION.**

ITINERAIRE D'UN DIRECTEUR STAGIAIRE

Jean-Charles LECOQ

**Mémoire de Directeurs
d'Établissements Sociaux
et Médicaux-Sociaux**

Publics

Promotion 1998-1999

SOMMAIRE

Introduction	P 1
I- Approche de la complexité des établissements sociaux et médico-sociaux: cinq propositions d'analyse progressive.	P 4
1)- Le système entreprise	P 4
2)- L'effet « pelote de laine »	P 5
2-1)- Les attendus sociaux sont complexes	P 5
2-2)- Les usagers de l'entreprise sociale sont fortement marqués par les paradoxes des attendus sociaux	P 7
2-3)- Les liens entre l'organisation et ses objectifs ne sont pas toujours cohérents	P 7
3)- L'effet « labyrinthe »	P 10
3-1)- L'organisation de l'action sociale	P 10
3-2)- La répartition des pouvoirs	P 11
3-3)- L'action sociale prend aussi de fortes connotations culturelles et militantes	P 12
3-4)- Les décisions sont prises dans la négociation permanente	P 12
4)- L'effet « caméléon »	P 15
4-1)- Les couleurs de l'histoire	P 15
4-2)- La marque du territoire	P 16
5)- L'effet kaléidoscope	P 18
5-1)- Evolution de l'établissement social du point de vue économique	P 18
5-2)- La place grandissante du cadre juridique dans l'exercice des missions	P 20
II- Choix d'éléments radicaux qui permettent de travailler la complexité des établissements	p 21
1)- Les images récurrentes de l'histoire: brève exégèse des valeurs de l'établissement social public	p 21
1-1)- L'évolution de la solidarité: de la charité à la cohésion sociale	p 21
1-2)- Le service public est au coeur d'un paradoxe	p 23

1-3)- Les pistes de la rénovation du secteur public	p 26
2)-Regard sur l'établissement social et médico-social à travers la recherche sur la dynamique des groupes	p 28
2-1)- Le schéma dynamique de fonctionnement des groupes	p 28
2-2)- La résistance au changement	p 30
2-3)- Le leadership comme fonction	p 31
3)- Regard sur les établissements sociaux et médico-sociaux publics à travers la sociologie des organisations	p 33
3-1)- L'organisation des établissements sociaux publics comme archétype de la bureaucratie professionnelle teintée d'adhocratie	p 33
3-2)- La répartition des pouvoirs dans les établissements sociaux publics	p 35
Conclusion	p 40
Introduction	p 42
I- Le directeur d'établissement social public: du cadre juridique à l'homme	p 43
II Les outils de la fonction	p 49
1)- Diriger : donner un sens à la dynamique du système	p 51
2)- Manager : créer des synergies humaines	p 54
3)- Gérer : tenir compte des contraintes et créer des indicateurs de satisfaction de la mission	p 56
4)- Les réseaux : outils indispensables de la fonction de direction	p 57
4-1)- Mythe et réalité des réseaux	p 58
4-2)- L'équipe de direction comme partage de la fonction de direction	p 60
Conclusion	p 61

Introduction	p 63
I- La complexité de l'hôpital local de Muret	p 63
1)- Le poids de l'histoire	p 64
1-1)- L'historique	p 64
1-2)- Les séquelles de l'histoire	p 66
2)- Les difficultés à emboîter des structures sanitaires et sociales	p 67
2-1)- Les difficultés d'emboîtement des cadres juridiques	p 67
2-2)- Les difficultés à emboîter les cultures professionnelles	p 69
3)- Les perspectives offertes par le regroupement	p 70
II- L'expérimentation de quelques outils	p 72
1)- Le projet d'établissement de l'hôpital local	p 72
1-1)- Partager le sens du regroupement des établissements au sein de l'hôpital local.	P 73
1-2)- La démarche d'élaboration.	p 74
2) L'élaboration d'un règlement intérieur: Structurer le fonctionnement d'un établissement par une démarche pédagogique en direction du personnel	p 75
2-1)- Le diagnostic	p 76
2-2)- La démarche d'élaboration	p 77
I- Description administrative	p 77
II- Organisation administrative.	P 77
III- Dispositions relatives au personnel	p 78
IV- Dispositions relatives à l'hygiène et à la sécurité.	P 78
V- Dispositions relatives aux usagers de l'établissement.	p 78
VI- Conditions d'application du règlement intérieur.	P 79
3) Le projet pédagogique, thérapeutique et éducatif de l'IME « Léon Debat-Ponsan » : organiser le fonctionnement d'un établissement à travers une démarche permanente d'élaboration de son projet	p 80
3-1)- Le diagnostic	p 81
3-2)- La démarche	p 82

3-3)- Intérêts et écueils de la mise en œuvre	p 87
4)- Le bilan social comme indicateur de gestion des ressources humaines	p 88
Conclusion	p 90

Introduction.

« Marche, il n'y a pas de chemin,
le chemin se construit en marchant. »

Antonio Machado

Ce mémoire est issu de la constatation qu'aussi complète que soit la formation qui m'a été donnée, je n'apprécierai son adéquation à l'exercice de la fonction de direction qu'en l'habitant. Comme tout désir, celui de cette recherche est né d'un manque, d'une impatience. Il s'est transformé en problématique : peut-on analyser la complexité des établissements sociaux et médico-sociaux publics, la mettre en rapport avec la fonction de direction pour en déduire les outils ? J'ai voulu que le trajet soit initiatique, qu'il me permette de connaître le directeur que je veux être et que je peux être.

La démarche utilisée n'a rien de scientifique. J'ai perpétuellement hésité entre deux boussoles philosophiques.

L'éclairage de Descartes, qui prétend qu'avec un peu de méthode on accède à la connaissance. On occulte le plus souvent qu'il fut lui-même le point de départ de sa connaissance, « cogito ergo sum ». Toute recherche est déterminée par le point de vue de celui qui la conduit.

Celui de Pascal pour qui notre esprit est pauvre face à l'immensité de ce qu'il n'explique pas. Pour vivre dans la complexité de l'univers, il s'en remet à Dieu. Je lui préfère l'action.

J'ai donc choisi d'observer, d'interroger, de débattre, de décrire et d'expérimenter la nature des établissements sociaux et médico-sociaux publics à travers trois parties. La première est consacrée à l'observation du fonctionnement des établissements dans leur environnement et à la recherche des éléments qui permettront d'agir sur leur dynamique. La deuxième met en rapport ces éléments et la fonction de direction pour en déduire des pistes d'action. La troisième partie décrit la dynamique d'un établissement et l'expérimentation d'outils.

J'ai souvent eu le sentiment de visiter des lieux communs. J'ai aussi observé qu'il est bon de s'y ressourcer régulièrement. Je retiendrai de cette recherche trois principaux apports :

- la certitude que l'acquisition d'une solide technicité de base est indispensable ;
- l'humilité de devoir la métaboliser dans des relations humaines ;
- le sentiment que la fonction de direction sort grandie d'un partage.

Introduction: pourquoi complexe plutôt que compliqué ?

Que recouvre la complexité ? Quelles sont les caractéristiques qui différencient la complexité de la complication ? A ce stade de notre approche, il paraît souhaitable d'aborder les termes par une brève étude sémantique avant de les mettre en rapport avec la structure des établissements sociaux et médico-sociaux publics.

Complexe (latin, complexus, qui contient et complecti, embrasser).

1. *Se dit de ce qui contient plusieurs parties ou plusieurs éléments combinés d'une manière qui n'est pas immédiatement claire pour l'esprit.*

2. *Se dit de quelqu'un dont le caractère présente des aspects très différents qu'il est difficile de démêler.*

*Se qui est complexe est composé de plusieurs parties ou de plusieurs éléments*¹. La complexité d'un système est à la fois dans la variété, le nombre d'éléments qui la composent et dans les combinaisons interactives qui les rassemblent. On peut affirmer que la complexité augmente avec le nombre et la variété des éléments puisque le dénombrement de leurs combinaisons tient du calcul des probabilités. « *La complexité des systèmes s'accroît dans des proportions exponentielles par rapport au nombre des interactions entre ses composants* »². Ainsi deux structures composées d'éléments semblables ont toutes les chances d'être dissemblables par la variété de leurs combinaisons.

Complicier (latin complicare, plier ensemble).

1. *Complicier quelque chose, le rendre moins simple qu'il n'était, plus difficile à comprendre, à réaliser, à effectuer; embrouiller.*³

La complication tient du travail de plomberie plus ou moins bien maîtrisé. Nous ne sommes plus dans la variété de combinaisons d'éléments simples mais dans l'ajout d'excroissances à une structure dont le fonctionnement originel se passait.

Au cours des 20^e journées d'études nationales de l'association des directeurs certifiés de l'école nationale de la santé publique (ADC/ENSP), Hervé Serieyx avait comparé un boeing et des spaghetti. En prenant le temps qu'il faut, on peut parvenir à comprendre comment est construit un

¹ Source, Grand dictionnaire encyclopédique, Larousse, édition de 1982.

² Dominique Genelot, 1992, *Manager dans la complexité*, INSP éditions.

³ Source, idem note 1.

avion. Il est simplement compliqué. Par contre sortir des spaghetti d'une marmite révèle leur complexité. On n'en sort jamais le même nombre quelque soit l'effort de similitude dans la torsion du poignet⁴.

Comment passe-t-on du compliqué au complexe ? Dominique Genelot donne l'exemple édifiant de l'explosion de la navette Challenger survenue le 28 janvier 1986. Les techniciens de la NASA se perdaient en conjectures sur les problèmes techniques aussi fortuits qu'imprévisibles qui avaient pu provoquer cette explosion. « *En fait, il s'agissait d'un joint relativement banal dont on connaissait la fragilité par grand froid. On découvre que les avertissements des techniciens concernant ces points faibles n'ont pas été pris en compte. On découvre que de fortes pressions commerciales et politiques s'exerçaient à l'intérieur de la NASA pour accélérer les vols. On découvre enfin que le fonctionnement de cette agence prestigieuse est atteint d'une lourdeur paralysante* »⁵. La main de l'homme semble être le meilleur moyen de rendre complexe ce qui pourrait n'être que compliqué. La complexité n'est-elle pas simplement attachée au vivant ?

La complexité des établissements publics sociaux et médico-sociaux est a priori dans la conjugaison d'éléments de trois ordres :

- les facteurs humains liés aux individus, le directeur, les administrateurs, les usagers, le personnel dans leur fonctionnement psychique, somatique et social, et ceux liés aux groupes professionnels, familiaux et culturels.

- les facteurs structurels tels que le cadre administratif de l'établissement, le statut de la fonction publique hospitalière, les règles de gestion des finances publiques, les conditions de financement de l'activité, les tutelles et l'organisation matérielle des locaux.

- les facteurs sociaux et économiques environnementaux, tels que la perception sociale de la mission de l'établissement et l'évolution de son exercice.

Pour le directeur, gérer la complication relève de son apprentissage théorique. C'est une partie de son bagage professionnel. Travailler la complexité de l'établissement qu'il dirige fait appel à des ressources plus personnelles. Mais constater que la connaissance de la complexité n'est pas un savoir académique n'a rien de définitif, encore faut-il en approcher les composants. C'est ce que nous allons tenter de faire dans cette première partie. Après avoir approché la complexité des

⁴ Hervé Serieyx, 1991, "La dynamique des structures" in *La complexité sans complexes*, actes des 20e journées d'études nationales de l'ADC/ENSP.

⁵ Dominique Genelot, 1992, *Manager dans la complexité*, INSP éditions. CG Bolman et TE Deal proposent aussi une analyse de cet événement in , 1996, *Repenser les organisations*, page 153, éditions Maxima.

établissements sociaux et médico-sociaux publics dans une analyse progressive (I), nous essaierons d'en déterminer un choix d'éléments radicaux qui permettent l'action (II).

I- Approche de la complexité des établissements sociaux et médico-sociaux: cinq propositions d'analyse progressive.

Lors de la première intrusion dans un établissement social, on peut éprouver la sensation que tout y est à sa place, une impression d'extrême organisation. Chaque professionnel est absorbé par de nécessaires tâches qui semblent parfaitement correspondre à l'endroit où elles s'emboîtent à d'autres nécessaires tâches assumées par d'autres professionnels. Tout semble en harmonie avec la plaquette qui présente l'établissement et son projet. On vous montre tout, on n'a rien à cacher, et tout au long de la visite de précieuses explications berceront votre esprit critique.

A ce stade de votre rencontre avec l'organisation, il vous est impossible de savoir si elle correspond aux finalités qu'elle poursuit. Il faut du temps pour évaluer une organisation. Nous allons tenter d'approcher le coeur du système "établissement social public" à travers cinq propositions d'analyse progressive.

1)- Le système entreprise.

« Un système est un ensemble d'éléments liés entre eux par des relations. Cet ensemble d'éléments forme une totalité intégralement différente de la somme des éléments constitutifs et possède des propriétés en tant que système (il a une dynamique et une logique propre, des résistances aux changements...). »⁶ L'entreprise se présente comme un système dont les prérequis nécessaires au fonctionnement sont l'adaptation, l'organisation, l'intégration et la motivation.

Pour s'adapter, l'entreprise doit répondre aux exigences de son environnement. Elle lui reste soumise en ce qui concerne les matières premières et les ressources diverses qui permettent la production. L'objectif de production doit répondre aux besoins de l'environnement même si cette notion peut faire l'objet de multiples manipulations. Les entrants/ressources et les attendus/produits sont directement interactifs. Les produits sont conçus dans la transformation possible des matières premières et réciproquement la conception du produit est dépendante des possibilités de ressources.

⁶ Claude Leboeuf et Alex Muchielli, 1992, *Le projet d'entreprise*, pages 7 et 8, Que sais-je ? Editions PUF.
Jean-Charles LECOQ - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 1999

Pour vivre, l'entreprise doit s'organiser. L'organisation est un agencement, réputé rationnel par rapport aux objectifs poursuivis, de moyens humains et matériels qui comporte des aspects structurels et fonctionnels en interaction. Par exemple, les moyens humains sont organisés pour permettre le fonctionnement, rétroactivement le fonctionnement influe sur cette structure de base en la rendant opérationnelle. Le fonctionnement peut créer un organigramme informel.

Parce qu'elle est une « *collectivité d'hommes et de femmes rassemblés pour atteindre en commun un objectif de production qui dépasse les capacités de chacun* »⁷, l'entreprise produit des liens sociaux, de l'intégration. Ces liens humains suscitent une cohésion, une solidarité de groupe et s'expriment dans les habitudes de travail, les coutumes, les règlements formels et informels. Cette cohésion peut oeuvrer dans le sens des objectifs de l'entreprise ou à contresens si les liens produits paraissent plus motivants que les buts de l'entreprise. La motivation est l'ensemble des activités qui donne à l'entreprise sa dynamique.

On reconnaît à toute entreprise le caractère de système complexe. Le nombre d'éléments à combiner dans l'organisation d'une entreprise pour la faire fonctionner croît largement et par là le nombre de relations entre eux. Toute organisation humaine semble induire des effets que nous ne maîtrisons pas. Notre logique cartésienne est sans cesse mise en demeure de s'adapter à la production de nouveaux paradoxes. L'absence de linéarité, de constance des liens entre les causes et les effets dans les synergies humaines renvoie nos prévisions au rang d'incantations magiques.

2)- L'effet « pelote de laine ».

L'entreprise sociale s'organise en fonction d'attendus sociaux rassemblés sous le terme de mission qui s'adresse à des populations ou usagers. Ce qui se passe à l'intérieur de l'organisation est réputé être le plus rationnel possible. Il s'agit d'organiser la plénitude des moyens mis à la disposition de l'établissement pour la satisfaction d'objectifs pédagogiques, éducatifs, thérapeutiques et sociaux à destination d'un usager. Ces objectifs sont rassemblés dans un projet d'établissement et déclinés dans un projet individuel pour chaque usager.

⁷ Ibid note 6.

2-1)- Les attendus sociaux sont complexes.

Issus de la constatation collective de situations jugées intolérables et auxquelles il faut remédier, les attendus sociaux sont à la fois l'expression de la solidarité d'une société à l'égard de ses membres et sa volonté de préserver l'unité par une identité commune. Il s'agit de ramener chacun au plus près de l'égalité de la norme dans une double action de protection de l'individu et de préservation de l'unité sociale. La loi de lutte contre les exclusions se superpose au projet de loi de cohésion sociale⁸. Les attendus sociaux sont idéologiques et culturels. Ils s'expriment de manière formelle dans un cadre juridique et sont relayés par des voies administratives. Ils définissent la mission de l'établissement, organisent des dispositifs, émettent leurs normes de mise en oeuvre et cernent des populations cibles. Ils sont la commande sociale.

Ces attendus sociaux sont d'une acuité fluctuante en fonction des flux et reflux de l'opinion. La médiatisation d'un handicap ou d'une situation sociale, dans un effet de loupe, les rend accessibles à une prise en compte collective tout en renforçant leur caractère insupportable. Ainsi la situation des personnes sans domicile fixe nous paraît plus intolérable l'hiver. A ce moment-là, la version tragique de leur quotidien est fortement médiatisée. La collectivité se mobilise pour offrir des hébergements supplémentaires. Dans certaines communes, les personnes sont « raflées »⁹ afin d'être hébergées, alors qu'elles sont transportées hors du territoire communal en période estivale. Chaque décès donne de l'écho à leur misère, renforce le caractère intolérable de leur situation pour la collectivité et l'urgence de l'action sociale au point qu'elle puisse prendre les attributs de l'action humanitaire d'urgence qui fait de l'hiver une catastrophe imprévisible.

Ces attendus sociaux sont faits de toute notre histoire, de toute notre culture, de toutes nos peurs et de tous nos courages. Ils réveillent en nous la charité, le contrat social et le désir d'entreprendre. Ils mêlent au sein de notre communauté empathies humaniste et mystique. Ils transportent nos réflexes sécuritaires et notre altruisme. Que s'est-il passé entre les dispositions prises en juin 1998 pour maîtriser la délinquance et celles prises par le conseil de sécurité intérieure du 27 janvier 1999 ? Rien sur le fond mais le discours s'est musclé pour apaiser un sentiment d'insécurité largement alimenté par les médias. Le destinataire de ces mesures n'en est-il pas transformé ? La modification des attendus sociaux n'induit-elle pas par rétroaction une injonction à changer les orientations des projets individuels des usagers ?

⁸ La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation à la lutte contre les exclusions s'est substituée au projet de loi de cohésion sociale préparé par le gouvernement Juppé en 1997.

⁹ L'utilisation du verbe « rafler » peut paraître choquante. C'était le terme utilisé sous l'ancien régime pour désigner l'enfermement des pauvres et des mendiants. Les pratiques de certaines municipalités paraissent en être une survivance .

Les attendus sociaux sont dialogiques car ils contiennent aussi des attendus de bonne gestion, de moindre coût, totalement concurrents de l'intérêt de l'utilisateur.¹⁰

2-2)- Les usagers de l'entreprise sociale sont fortement marqués par les paradoxes des attendus sociaux.

Par souci d'efficacité, les objectifs de l'action sociale sont segmentés. Des moyens spécifiques sont dirigés vers des populations ciblées, les personnes handicapées, les mineurs délinquants, les personnes âgées, les familles en difficulté sociale, les mères d'enfants de moins de trois ans... Ces usagers répartis en populations sont marqués par les moyens de l'action sociale qu'on leur destine. La discrimination est à double face : la face positive de l'aide, de la solidarité, et son revers négatif de la marque distinctive, de l'exclusion.

Il y a des interactions et des rétroactions permanentes entre l'élan de solidarité et son destinataire. La famille en difficulté nous renvoie socialement médiatisée l'image du bon et du mauvais pauvre. Le premier n'a pas de chance dans un monde d'inégalités, le second est incapable de faire preuve d'initiative dans un monde de liberté et d'opportunité. La notion des seuils où l'action sociale va produire l'inverse du but recherché est issue de représentations collectives et de tâtonnements expérimentaux. A partir de quand l'aide à l'autonomie produit-elle de la dépendance ? L'aide peut à la fois restaurer la dignité et produire de l'exclusion. Les bénéfices secondaires à l'action sociale sont bien répartis entre les bénéficiaires et les dispensateurs. La société a honte de l'exclusion qu'elle produit et est fière d'être capable de bienfaisance. L'utilisateur de l'action sociale est montré du doigt par l'aide qu'il reçoit mais est satisfait d'être dans un créneau où s'exerce la solidarité collective.

L'établissement met à la disposition de son utilisateur toute l'organisation de ses moyens matériels, éducatifs et thérapeutiques dans une prise en charge censée répondre à une généralité de la population ciblée et correspondre à un projet individuel. On imagine la multitude de combinaisons possibles entre ses deux éléments en fonction du degré de prégnance de l'un ou de l'autre.

2-3)- Les liens entre l'organisation et ses objectifs ne sont pas toujours cohérents.

On peut tenter d'analyser l'exemple d'une maison d'enfants à caractère social qui reçoit des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (A.S.E). Elle assume une mission de protection et d'éducation de ces enfants en lien avec leur famille¹¹. Elle est ouverte toute l'année.

¹⁰ "Le principe dialogique signifie que deux ou plusieurs logiques différentes sont liées en une unité de façon complexe (complémentaire, concurrente et antagoniste) sans que la dualité se perde dans l'unité ". Edgar Morin.. Cité par D. Genlot Op Cit.

Les éducateurs assument à la fois :

- des tâches de suppléance familiale en internat auprès de groupes d'enfants,
- un suivi de deux à trois enfants, appelé référence, qui recouvre un travail d'analyse et de compte rendu de l'évolution de l'enfant, ainsi qu'un partenariat avec la famille et l'ensemble des intervenants à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

Le temps nécessaire pour assumer chaque tâche a été évalué et les moyens en personnel éducatif répartis.

- Deux éducateurs sont présents auprès de chaque groupe d'enfants à l'internat pendant les 36 semaines de la période scolaire.
- Compte tenu du respect des liens entre l'enfant et sa famille, la plupart des enfants passent les fins de semaine et les vacances scolaires au domicile familial. L'effectif éducatif est réduit à une personne pour deux groupes les samedis/dimanches et à une personne pour un groupe pour les vacances scolaires. Un quota annuel d'heures à effectuer dans ce contexte a été attribué à chaque éducateur, ainsi qu'une semaine de séjour hors de l'établissement pendant la période estivale.
- Les tâches de référence sont comptabilisées 3 heures pour chacune des 36 semaines de la période scolaire.
- 7 heures par semaine sont consacrées aux réunions de fonctionnement, suivi de l'évolution des enfants, analyses des pratiques, travaux de recherche.

Tout semble vouloir fonctionner pour la satisfaction des besoins répertoriés. Chaque éducateur connaît le temps qu'il a annuellement pour accomplir les tâches de sa fonction. Pourtant, avant chaque période de vacances, une négociation serrée se déroule entre les différents partenaires. Elle a pour but de déterminer les enfants qui resteront à l'internat. La partie émergée du débat se fait autour de la parfois difficile conciliation entre protection de l'enfant et maintien des liens familiaux. La décision ne peut résulter que d'une évaluation au cas par cas. La partie immergée est une lutte sourde entre le nombre de journées que fera l'établissement, et par là le maintien de ses moyens financiers, et la volonté de maintenir une organisation jugée satisfaisante par le personnel éducatif. L'organisation n'est plus strictement justifiée par les missions de l'établissement, mais aussi par les moyens qu'elle doit continuer à capter et par les bénéfices secondaires en rapport à ses objectifs qu'elle doit continuer à produire. Parvenue à la stabilité de l'inter-activité de ses composants internes, elle se stabilise sur ses contradictions. Elle devient une « pelote de laine » dont on ne sait pas où elle commence et où elle finit. L'organisation s'autojustifie.

¹¹ Article 40 du CFAS.

Dans cet exemple, on peut pousser le raisonnement et concevoir trois voies de résolution possible.

Dans une première voie, par la recherche de stabilité et l'évitement de tout conflit interne, dans un souci de maintenir ses moyens tout en préservant son fonctionnement, l'établissement va soit spécialiser sa mission et ne s'adresser qu'à des enfants susceptibles de rentrer au domicile familial les fins de semaine et les vacances scolaires, soit imposer à son usager un calendrier répartissant les vacances à passer dans l'établissement ou en famille. Dans les deux cas, l'organisation court le risque de ne pas remplir totalement sa mission de protection de l'enfance en subordonnant strictement les projets individuels au fonctionnement de l'établissement.

Dans une deuxième voie, l'organisation cherchera à s'auto-aménager. On peut alors imaginer une modification de l'emploi du temps éducatif de manière à couvrir toute l'année. Si cet aménagement consensuel s'avère impossible, la situation peut devenir conflictuelle au point que l'organisation ne fonctionne plus.

Une troisième voie est dans la demande de moyens supplémentaires.

Il est probable que l'établissement explore concomitamment ces trois voies. Il effectuera un tri dans ses demandes d'admission afin que ses usagers correspondent au mieux à l'organisation mise en place. Celle-ci sera modifiée jusqu'au point qui entraînerait un conflit destructeur. La prise en charge des enfants pendant les vacances sera présentée comme un nouveau service aux financeurs dans l'espérance de grappiller quelques moyens supplémentaires.

Les interactions entre usagers et attendus sociaux ne traversent pas l'organisation de manière linéaire. Il y a une triangulation interactive des trois éléments du système.

Chaque élément agit sur les liens existants entre les deux autres éléments. L'organisation est à la fois porteuse de normes sociales auprès de l'usager et porte-parole des besoins de celui-ci au niveau collectif. Elle participe à la définition des politiques publiques. L'usager lui-même, par la fluctuation de ses caractéristiques agit sur la commande sociale qui est faite à l'organisation. Les attendus sociaux s'immiscent dans le contenu de la relation d'aide en y introduisant des contraintes techniques qui influent sur la prestation qu'offre l'organisation à son usager (schéma n°1).

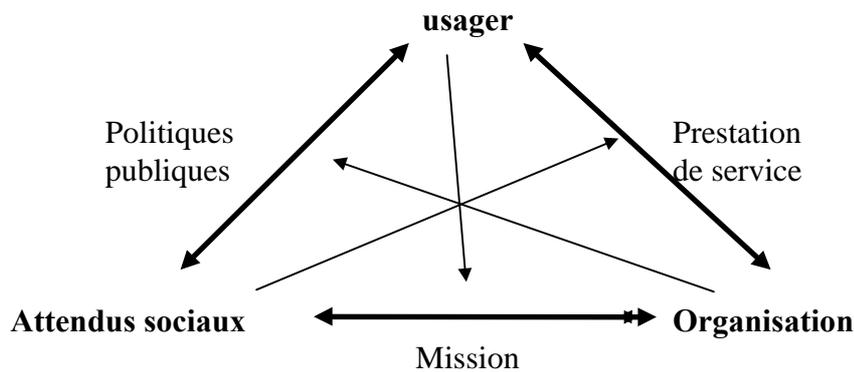


schéma n°1

Le système ne cesse de se complexifier. Travailler sans cesse la « pelote de laine » des interactions entre les objectifs, les moyens, les besoins des usagers et l'organisation est un défi quotidien pour le directeur d'établissement social et médico-social

3)- L'effet « labyrinthe ».

L'établissement social ou médico-social public est à l'intersection de deux maillages. Le premier est l'organisation de l'action sociale emboîtée à l'organisation de la protection sociale et à la répartition des compétences politiques et techniques. Le second est la structuration du travail social sur des bases culturelles, scientifiques et militantes.

3-1)- L'organisation de l'action sociale.

La protection sociale est organisée verticalement par les différentes caisses de sécurité sociale et l'assurance chômage. L'enfance et la famille sont le champ de compétence des caisses d'allocations familiales, la maladie celui des caisses d'assurance maladie, la vieillesse celui des caisses de retraite. L'aide sociale substitutive parcourt transversalement cette organisation en se décomposant en aide sociale d'Etat et aide sociale décentralisée aux départements. Par exemple, l'hébergement des personnes en difficulté sociale relève de l'aide sociale de l'Etat mais si ces personnes sont des mineurs, des femmes accompagnées d'un enfant de moins de trois ans, des personnes âgées de plus de 60 ans ou des adultes handicapés leur hébergement est financé par l'aide sociale départementale.

Les besoins des personnes sont rarement circonscrits aux moyens et aux techniques de la niche sectorielle dont elles sont les populations cibles. L'enfant handicapé, placé dans un institut médico-éducatif (IME) dont le prix de journée est assumé par la caisse d'assurance maladie, connaîtra peut-être des difficultés familiales et aura besoin d'un hébergement social que l'établissement ne pourra pas financer sur son budget. Ainsi il n'est pas rare de voir des enfants qui vivent en établissement de l'éducation spécialisée la semaine, passer leurs fins de semaine ou leurs vacances dans des foyers de l'enfance. L'enfant placé dans un foyer de l'enfance, au financement départemental, est rarement exempt de difficultés psychologiques. Elles sont parfois importantes et méritent des soins adéquats dispensés par des établissements ou services financés par les caisses d'assurances maladie et sous la compétence des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) pour le secteur sanitaire ou des caisses régionales d'assurances maladie (CRAM) et des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) pour le secteur médico-social.¹² Il s'agit à chaque fois de concilier l'action de services aux logiques différentes sans éparpiller la personnalité de l'usager dans le puzzle des réponses à ses besoins.

3-2)- La répartition des pouvoirs.

Le système de protection sociale se complexifie par la répartition des compétences. La décentralisation, par sa répartition des compétences par blocs, aurait théoriquement dû créer une cohérence sur le terrain. En fait les responsabilités s'entremêlent. Si le département devient le principal acteur en matière d'action sociale, l'Etat conserve son pouvoir de réglementation générale, de définition de la politique sociale et un pouvoir de police sur les établissements. Chaque acteur de la protection sociale occupe son champ de compétence avec une logique fortement marquée par ses moyens techniques et financiers. Cette logique cohabite avec celles d'autres acteurs aux intérêts complémentaires ou opposés. Les acteurs prennent des décisions dans des rationalités différentes. Par exemple, les élus sont, le plus souvent, contraints à penser à court terme par les échéances électorales et penchent pour des créations qui flattent leur électorat. Les administratifs ont tendance à privilégier le respect des normes. Ils sont adeptes des schémas et de la précision des cadres juridiques. L'innovation leur paraît le plus souvent suspecte.

Dans une société polyharchique comme la nôtre, le pouvoir fini par être très éparpillé. Tout le monde détient une part de pouvoir. L'Etat, les collectivités territoriales et leurs services, les organismes de sécurité sociale possèdent un pouvoir d'origine structurelle. Les professionnels possèdent un pouvoir par l'intermédiaire de leurs divers groupements. Dans cette répartition des

¹² L'expérimentation de la gestion du secteur médico-social par les ARH devrait se généraliser à court terme.

pouvoirs, l'individu usager est généralement mal loti. Malgré une législation qui lui reconnaît de plus en plus de droits, il n'existe, à l'heure actuelle, que par des associations. Il n'y a guère que dans les secteurs du handicap ou de l'hébergement des personnes âgées qu'il est organisé et qu'il détient un pouvoir.

Cet éparpillement des logiques et des pouvoirs crée des tensions sur le terrain de l'action sociale. Le département en conflit avec les juges des enfants qui multiplient les mesures de placement dans le cadre de l'assistance éducative, peut très bien, par réaction, limiter l'offre de placement. L'ARH, soucieuse de tenir les dépenses d'hospitalisation dans l'enveloppe régionale annuellement répartie, cherchera à faire glisser sur le secteur social des prises en charge dont le caractère sanitaire ne lui paraît pas évident. Le département n'organisera pas d'hébergement pour les familles en difficulté sous prétexte qu'il s'agit d'une compétence de l'Etat. L'éducation nationale orientera vers le secteur médico-social tout enfant qu'elle estimera présenter des troubles du comportement.

3-3)- L'action sociale prend aussi de fortes connotations culturelles et militantes.

Il ne s'agit pas ici de macro-culture nationale mais de micro-cultures locales. Il est évident que certaines situations ou comportements seront vécus différemment dans une banlieue que dans une zone rurale.

Le militantisme des individus ou des groupes joue un rôle important dans la genèse ou le développement de l'action sociale locale. Par exemple, on trouve dans certains départements un réseau de lieux de vie qui offre une alternative aux placements familiaux ou en établissements. Le développement des entreprises d'insertion dans les années qui ont suivies l'instauration du revenu minimum d'insertion¹³ doit beaucoup au militantisme de leurs promoteurs. Il en est de même de l'existence de lieux spécialisés dans la prise en charge des enfants autistes ou des enfants victimes de maltraitance.

3-4)- Les décisions sont prises dans la négociation permanente.

C'est à travers cet enchevêtrement de compétences, de pouvoirs, d'organisations territoriales, de déterminations culturelles et militantes que l'innovation devra se frayer un chemin. Pour se convaincre de l'ampleur du défi, on peut suivre le parcours effectué par un établissement en quête de restructuration.

¹³ Loi 88-1088 du 1er décembre 1988 relative à l'instauration d'un revenu minimum d'insertion.

Cet établissement a gardé de son passé d'aérium une section sanitaire qui prend en charge des enfants présentant des troubles somato-psychologiques¹⁴. Cette section sanitaire s'est reconvertie peu à peu en section sociale et ses actuelles difficultés résultent moins dans une baisse d'activité que dans un défaut de situation entre le sanitaire et le social. La CRAM avait depuis longtemps opté pour la fermeture progressive de ce service dont le versant social de la prise en charge lui paraissait trop évident. L'existence de ce service hybride n'est pas aberrant en soit mais devient intolérable dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé. Pour le secteur social, l'existence d'une telle unité permet la prise en charge d'enfants dont la prédominance des symptômes somatiques ou comportementaux les rend « incasables » dans de classiques maisons d'enfants à caractère social, mais il n'est pas évident que la fermeture du service sanitaire entraînerait un accroissement équivalent des demandes au niveau social.

L'établissement élabore un projet de restructuration autour de deux axes. Une partie des moyens seraient transférés dans la création d'un foyer de vie médicalisé¹⁵ pour adultes handicapés, l'autre partie en une innovante maison d'enfants à double tarification dont le cadre juridique est encore à inventer. Elle correspond à l'émergence dans le secteur social d'enfants présentant à la fois des difficultés familiales et de forts troubles du comportement. Le foyer de vie répond à des priorités fixées au niveau national¹⁶ et à des besoins locaux repérés par la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) et la commission technique d'orientation et de reclassement des travailleurs handicapés (COTOREP) mais non répertoriés dans un schéma départemental qui est en cours d'élaboration.

La création du foyer à double tarification est le premier projet présenté. L'établissement passerait d'un financement assuré par la sécurité sociale sous la forme d'une enveloppe globale distribuée par l'ARH à un financement du département pour l'hébergement et de la sécurité sociale pour les soins.

¹⁴ "Les maisons d'enfants à caractère sanitaire pour déficiences temporaires somato-psychologiques, sont destinées à recevoir des enfants présentant des déficiences de l'état général associées à des difficultés psychopathologiques compromettant de façon temporaire l'adaptation familiale, sociale et scolaire en vue de leur assurer la surveillance médicale et l'assistance psychopédagogique que nécessite leur état ". Décret n° 73-1140 du 21 décembre 1973, article 123.

¹⁵ Bizarrement, la création d'établissements de ce type, aussi appelés foyers à double tarification, ne repose que sur des circulaires et instructions ministérielles qui en autorisent et réglementent l'expérimentation.

- Circulaire n° 86-6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés.

- Circulaire n° 87674 du 3 juillet 1987 portant extension du programme.

- Lettre ministérielle n°243 du 22 avril 1988 et instruction ministérielle n° 403 du 28 décembre 1990.

Pour susciter l'adhésion à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement, ce projet doit présenter toutes les vertus.

A l'intérieur, il devra donner l'envie au personnel de s'engager dans ce projet, c'est à dire donner à chacun la certitude qu'il trouvera dans ce changement un équilibre harmonieux de ses intérêts professionnels et personnels. Il devra aussi susciter l'adhésion militante des administrateurs par ses vertus de maintien ou de développement de l'activité économique. Il devra permettre au président du conseil d'administration, qui est aussi maire de la commune et conseiller général du canton, de concilier les contradictions de ses différents rôles puisque dans ce cas le développement de l'activité de l'établissement entraîne un accroissement des charges du conseil général.

A l'extérieur de l'établissement, il s'agira de faire adhérer l'ARH à la fermeture partielle du service, ce qui semble être le plus facile, et la CRAM à l'ouverture d'un nouvel établissement médico-social ce qui est toujours plus difficile. Il faudra séduire la DDASS qui va étudier le projet pour le compte du préfet et qui, sous la pression des nombreuses gestations de projets similaires, voudrait bien gagner un peu de temps pour faire le meilleur choix. Il faut susciter l'intérêt des services techniques du conseil général qui voudraient bien attendre la clôture de l'élaboration du schéma départemental pour se prononcer valablement. Pourquoi faire un schéma si tous les projets sont acceptés avant qu'il ne soit terminé ? Il s'agira aussi de susciter la bienveillance de l'exécutif du conseil général qui n'a aucun intérêt à favoriser un projet qui coûtera aux finances départementales et qui est implanté sur une commune et un canton d'obédience politique rivale.

Au comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS), la position de chacun est à la fois institutionnelle et personnelle. Les arguments sont à la fois techniques et de chapelle. Le représentant de la protection judiciaire de la jeunesse donnera un avis favorable au projet plus pour le bon partenariat qu'il a établi avec l'établissement que pour des considérations techniques qui sont hors de son champ de compétence. Les représentants des associations trouveront au projet tous les défauts car ils en préparent eux mêmes un et ils ont le sentiment d'être pris de vitesse. Les représentants des établissements publics feront corps avec leur collègue.

Ainsi il ne suffit pas qu'un projet corresponde à des besoins repérés et présente une qualité technique certaine en adéquation à une sobriété de moyens pour avoir le droit d'être mis en oeuvre.

¹⁶ Ce type de création est une priorité énoncée pour la campagne budgétaire 98 et 99, circulaires DAS/TS2 n° 97-826 du 29 décembre 1997 et n° 99-125 du 1er mars 1999.

Encore faut-il que son promoteur ait la capacité et le talent de se mouvoir tel MARIO¹⁷ dans le labyrinthe des multiples compétences et influences qui président aux destinées de l'action sociale.

4)- L'effet « caméléon ».

A la question : qu'est-ce qui ressemble le plus à un établissement social public ?, on serait tenté de répondre un autre établissement social public tant leurs structures paraissent similaires et stables sur leurs bases. Organisation administrative, statut du personnel, cadre d'exercice budgétaire et missions repérées dans un secteur de l'action sociale forment un ensemble qui homogénéise les établissements publics. Pourtant chacun d'entre eux donne à cette réglementation une coloration qui lui est propre et dont il puise les teintes dans son histoire et dans les caractères du territoire où il est implanté. L'établissement public social et médico-social, par ses facultés d'homochromie est une entreprise caméléon.

4-1)- Les couleurs de l'histoire.

« Ici, nous avons une histoire » est une des premières explications que fournissent les membres d'un établissement au nouvel arrivant. L'itinérant institutionnel sait que tous les établissements ont une histoire qui est à la fois singulière et toujours la même. Semblable aux autres car elle se rattache à l'histoire de l'ensemble des établissements sociaux publics. Unique car la vie de l'établissement est faite d'hommes et de circonstances qui ne se retrouvent qu'en elles.

La fonction publique hospitalière est relativement jeune. Le statut général des fonctionnaires de 1945 est une charnière. Avant cette date, le statut du personnel et ses conditions de travail dépendaient du règlement de fonctionnement de l'établissement. De 1945 à 1955 ce système a fortement persisté. De 1955 à 1983, le livre IX du code de la santé publique et ses textes d'application ne constituaient qu'une référence approximative au fonctionnement de nombreux établissements sociaux¹⁸. L'inadéquation des dispositions générales de ce statut aux particularités d'établissements éducatifs ou de centres de réinsertion sociale, a amené de nombreux établissements à élaborer une foule de déréglementations, voire à permettre l'émergence de règles d'usage. Aujourd'hui, la loi du 9 janvier 1986 articule la fonction publique hospitalière au statut général des

¹⁷ Mario est le personnage central d'un jeu électronique dans lequel il parcourt un labyrinthe où sont accumulés pièges et chausse-trappes.

fonctionnaires par ses références aux dispositions de la loi du 13 juillet 1983 et décline des statuts particuliers au sein de grandes filières professionnelles. Cette élaboration a trouvé son terme en mars 1993 par la parution des décrets constitutifs des corps et grades de la filière sociale. Ce long travail d'élaboration des statuts particuliers de la fonction publique hospitalière s'est fait par touche de 1990 à 1997 par l'application des accords Durafour. Des disparités existent encore dans les conditions de travail du personnel des établissements publics mais elles tiennent plus à des disparités de moyens qu'à des persistances d'un droit coutumier.

L'organisation des prises en charge dans les établissements sociaux et médico-sociaux est restée peu codifiée. Chaque secteur a connu ses vingt dernières années des textes qui ont marqué la définition de ses missions et tenté d'apporter des précisions sur les conditions de leur exercice, pourtant l'organisation de la vie et la mise en oeuvre de la mission se fait le plus souvent sur un corpus d'habitudes et de traditions qui métabolise tout apport théorique ou technique. Si la priorité donnée à la transmission orale dans les établissements a favorisé la pérennisation de ces cultures locales, l'obligation d'élaborer des projets d'établissement a permis une distanciation par rapport à ces reproductions systématiques par l'obligation de faire référence à un cadre juridique. Dans un premier temps, on se transmet des clichés sortis de leur contexte juridique, mais les mots peu à peu imprègnent les actes. Travail avec les familles, droits de l'enfant, projet individuel, normes dans l'organisation de l'hébergement, sont en passe de donner aux pratiques professionnelles un contenu différent de celui qu'apportait la tradition de référence unique aux sciences sociales.

4-2)- La marque du territoire.

La territorialité est un des aspects les plus frappants de l'action sociale si on considère que les références constitutionnelles créent une homogénéité nationale. En fait chaque pouvoir, chaque compétence, chaque établissement, chaque service redéfinit sa mission à l'épreuve du terrain. Il colore la mise en oeuvre de ses finalités au contact de celles des autres acteurs. Dans un souci généralisé de pragmatisme, chacun s'organise, volontairement ou sous la pression, en fonction des pleins et des creux de l'organisation des acteurs qu'il côtoie. Dans un département qui présente un bon équipement en instituts de rééducation, de nombreux enfants qui connaissent des difficultés d'intégration scolaire seront orientés vers ces établissements. Si l'offre est insuffisante, certains dossiers, qui ont été refusés dans les établissements de l'éducation spécialisée, seront présentés dans des maisons d'enfants aux finalités plus sociales. L'angle de lecture d'une situation familiale peut

¹⁸ Le décret n° 55-683 du 20 mai 1955, codifié plus tard en livre IX du code de la santé publique, constitue le premier

changer en fonction de l'organisation de l'offre d'équipements sociaux et médico-sociaux. Ainsi l'existence ou la proximité d'une offre donne un certain sens aux besoins. On pourrait croire que l'offre induit la demande. Le raccourci est trop osé dans la mesure où la difficulté familiale ou individuelle de l'utilisateur préexiste. Seule son interprétation et la manière dont elle sera traitée sont directement induites par l'organisation territoriale de l'offre.

Les disparités en équipement peuvent être très importantes comme le montre la comparaison de la répartition des équipements sociaux et médico-sociaux dans les régions des Pays de Loire et Midi-Pyrénées.¹⁹

Les départements qui ont sur leur territoire des agglomérations importantes, ont généralement des taux d'équipement d'accueil pour l'enfance en difficulté plus importants que la moyenne nationale. On constate que les villes importantes attirent les familles en difficulté qui pensent y trouver plus d'opportunités, mais génèrent aussi des problèmes sociaux. Ainsi il n'est pas étonnant que la Haute-Garonne avec l'agglomération toulousaine (5,48) et la Loire-Atlantique avec l'agglomération nantaise (5,31) connaissent des taux d'équipement supérieurs à la moyenne nationale (4,33). Par contre, les niveaux d'équipement des départements de l'Ariège (7,45), des Hautes Pyrénées (6,30) et du Tarn (5,65) ne peuvent être compris que par l'existence d'un patrimoine ancien qui draine aujourd'hui une partie des besoins de l'agglomération toulousaine. Globalement la région Midi-Pyrénées (5,16) est mieux équipée que la moyenne nationale. Ce qui n'est pas le cas de la région des Pays de Loire (3,57). Le faible taux d'équipement de la Vendée (1,25) ne s'explique que par le choix de privilégier le placement familial au détriment du placement collectif.

Au niveau de l'accueil de l'enfance et de la jeunesse handicapée, la différence entre les taux d'équipement régionaux et national (8,41) est difficilement justifiable dans le cas de Midi-Pyrénées (14,00). Les enfants ne sont à priori pas plus handicapés dans cette région que dans le reste du territoire national. Là encore les taux d'équipement des Hautes Pyrénées (19,39) ou du Gers (21,30) ne s'expliquent que par la préexistence d'un patrimoine qui a été utilisé comme support au développement du secteur médico-social. On peut raisonnablement penser que le recrutement des résidents s'effectue au niveau national et que le maintien des liens entre l'enfant et sa famille en paie le prix.

Les différences de mode de vie n'expliquent pas tout et la variété ou l'absence des schémas d'organisation montrent les difficultés de la tentative d'homogénéisation de l'offre sociale et

statut général des personnels hospitaliers.

¹⁹ Statistiques et indicateurs de la santé et du social, DRASS des Pays de Loire et de Midi-Pyrénées, décembre 1997. Les chiffres expriment le nombre de lits ou places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans au 01.01.97.

médico-sociale sur le territoire national. C'est un des grands objectifs de la refonte de la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Dans ce contexte de prégnance de l'histoire de l'établissement et de l'organisation de son environnement immédiat, le directeur aura fort à faire pour répondre aux missions dans l'absolu de leur cadre juridique. Le droit sera pourtant son meilleur argument pour dépasser les résistances historiques et culturelles.

5)- L'effet kaléidoscope.

L'établissement social ou médico-social connaît un perpétuel mouvement. La définition de ses missions est sans cesse à préciser. L'organisation de ses moyens est toujours à réaménager. Les évolutions de notre société, les caractéristiques de l'usager et l'évolution de l'exercice de la mission, par leur conjugaison, impriment une dynamique au système. Comme les verres de couleur d'un kaléidoscope, qui par leurs combinaisons géométriques, donnent à l'ensemble un nouvel aspect, l'ajustement continu de l'établissement à son usager et à son environnement social, de phase en phase, d'adaptation en adaptation lui donne un mouvement.

On peut étudier ce phénomène de plusieurs points de vue mais les contraintes économiques et juridiques paraissent particulièrement d'actualité.

5-1)- Evolution de l'établissement social du point de vue économique.

Le rapport aux phénomènes économiques a récemment changé. Nous sommes passés en quelques années d'une vision idyllique où l'activité économique était directement liée à la notion de progrès et de bonheur à une vision pessimiste où elle est devenue une hydre mondiale qui sème la misère et détruit notre environnement naturel. Le caractère mondial du système économique renforce l'impression d'impuissance humaine. Dans la mesure où des ressources substitutives ont été mises en place, l'importance que garde le travail semble être moins dans la participation à un élan économique ou à un festin de consommateur que dans le lien social qu'il maintient. L'horreur de la pauvreté chronique cède le pas à celle de la précarité du lien social. Au discours de l'égalité des chances à entreprendre dans une société dynamique, qui a perduré quelques années après l'instauration du revenu minimum d'insertion (RMI), se substitue un discours où l'accent est mis sur l'accès au logement, à la santé et à la citoyenneté. Ce glissement est d'importance, c'est la

traditionnelle frontière entre les bons et les mauvais pauvres que le travail matérialisait qui se déplace.

L'usager des établissements sociaux est directement ou indirectement marqué par cette perpétuelle crise économique. Dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), le premier travail des professionnels est de permettre à leurs résidents d'accéder aux droits fondamentaux : logement, santé, citoyenneté. Officiellement aucun enfant n'est placé dans une maison d'enfants à caractère social pour des raisons économiques, mais elles ont une incidence dans la mesure où les difficultés économiques provoquent, accentuent, pérennisent des difficultés familiales.

Au niveau du travail social en général et des établissements sociaux et médico-sociaux en particulier, l'intégration des facteurs économiques comme références s'est faite progressivement.

On a considéré dans les années 70 que l'aide à l'homme n'avait pas de prix. Cette idée est encore présente en tant que valeur fondamentale de l'action sociale, mais on constate qu'une nette dichotomie a été faite entre les coûts globaux régulièrement exposés et le coût individuel difficilement quantifiable. L'autre argument de ces années était de présenter l'action sociale comme le coût inévitable pour le capitalisme de la restauration de la force de travail. Aujourd'hui le lien que nous établissons entre l'économie et l'action sociale est beaucoup plus complexe puisqu'on considère à la fois que les coûts de l'action sociale sont à maîtriser mais qu'elle génère un secteur économique à part entière qui participe à la redistribution de richesses.²⁰

Le contexte de crise économique a introduit des contraintes économiques dans la mise en oeuvre des missions des établissements sociaux. Sans parler de raréfaction des ressources, leur contingentement apporte des obligations de contrôle des actions mises en oeuvre et une presque systématique adaptation aux besoins nouveaux par substitution de moyens. Rien ne se crée, tout se transforme.

Ainsi l'établissement social se modifie sous la pression de plusieurs facteurs à coloration économique. Ses missions s'affinent au contact des nouvelles caractéristiques de son usager marqué par un contexte de crise économique²¹. Par nécessité, il intègre des contraintes économiques dans son fonctionnement, cherche à faire des économies d'échelle, fait des choix de moindre coût. Par

²⁰ Amédée Thévenet et Jacques Désignaux, Septembre 1998, *Les travailleurs sociaux*, Chap. « Les finalités économiques », Que sais-je ? PUF.

²¹ Les thèmes de la fracture sociale et de la société à deux vitesses ne sont pas que des bannières de campagne électorale. Ils recouvrent une réalité prévisible dans notre environnement social.

mimétisme, il prend des attitudes des entreprises du marché, dans ces regroupements, son discours gestionnaire, ses outils de marketing, son usager client.

5-2)- La place grandissante du cadre juridique dans l'exercice des missions.

Le rééquilibrage des rapports de pouvoir entre les univers judiciaire et politique n'est que le symptôme d'un phénomène général qui fait du cadre juridique une référence de plus en plus présente dans les relations humaines. Cette évolution présente certainement des opportunités mais aussi des effets pervers. En cas d'accident, la saisine systématique de la justice favorise l'émergence d'une jurisprudence qui donne une image manichéenne des relations sociales où, faute d'être la victime, on devient responsable de ce qui lui advient. Le foisonnement des réglementations à tous les niveaux, international, européen, national, local, fait que chacun est susceptible d'enfreindre une législation. Pourtant la prise de conscience du pouvoir de chacun à ne pas subir l'arbitraire d'un individu ou d'un système administratif favorise la reconnaissance du citoyen. On retrouve là les fondements de notre démocratie. Nul système ne peut imposer aux individus des règles contraires aux droits édictées par les représentants du peuple²². La raison d'Etat, elle-même est poussée dans ses derniers retranchements. Profitant par défaut de notre boulimie de règles, la contractualisation prend un essor qu'elle n'avait jamais connue dans notre histoire.

Les établissements sociaux et médico-sociaux n'échappent pas à ce mouvement. Ils sont poussés dans la prise en compte du cadre juridique par deux principaux facteurs : la saisine systématique de la justice pour une recherche de responsabilité de plus en plus fréquemment invoquée et la place centrale de l'utilisateur qui entraîne la reconnaissance de droits et une contractualisation de la prise en charge. La contractualisation est omniprésente. Elle articule des règles de droit ou y supplée. Chartes du patient, livrets d'accueil, contrats de séjour, commissions de conciliation fleurissent dans les établissements comme autant de bornes nécessaires à leur activité.

La saisine de la justice dans la recherche de responsabilité, entraîne une importante prise en compte de la réglementation des conditions de prise en charge des personnes. Droits de l'utilisateur dans les pratiques de l'aide sociale à l'enfance, prise en compte de la famille dans l'élaboration du projet individuel pour les établissements relevant des annexes XXIV, rappel du droit commun en

²² « Les lois ne sont proprement que les conditions de l'association civile. Le peuple, soumis aux lois, en doit être l'auteur ; il n'appartient qu'à ceux qui s'associent de régler les conditions de la société. ». Jean-Jacques Rousseau, 1762, *Du contrat social*.

matière d'hébergement des personnes dans les CHRS, participation croissante des usagers au fonctionnement des établissements, conditions d'encadrement par des personnels qualifiés, législation d'hygiène et sécurité draconienne, confrontés à une responsabilité croissante, les établissements répondent par l'application croissante de normes de fonctionnement. La norme, la référence à un cadre juridique devient la frontière entre le risque thérapeutique et la négligence.

II- Choix d'éléments radicaux qui permettent de travailler la complexité des établissements.

Au coeur de la complexité de notre système d'action sociale, l'établissement public semble perpétuellement pris dans une tempête de conflits entre des forces qui lui sont exogènes et endogènes. Pourtant, ces conflits sont essentiels car ils agissent comme une dialectique qui imprime à l'établissement sa dynamique. Tout l'art de diriger résulte dans l'accompagnement de ce mouvement naturel.

Pour accéder à la complexité d'un établissement, pour espérer la travailler, pour la communiquer, pour la transmettre, il faut accepter de l'étudier à travers plusieurs approches dont la conjugaison peut servir de boussole.

La première approche recherche les valeurs qui fondent l'établissement. Elle forme une vision symbolique du système. La deuxième approche étudie les facteurs humains. L'établissement social public est avant tout une communauté humaine au service d'autres hommes. La troisième entrée est l'organisation structurelle de l'établissement. La quatrième approche est l'étude des pouvoirs produits par l'organisation. Il s'agit d'une vision politique interne. Elle est ici articulée à la structure de l'organisation dans un même chapitre.

1)- Les images récurrentes de l'histoire: brève exégèse des valeurs de l'établissement social public.

1-1)- L'évolution de la solidarité: de la charité à la cohésion sociale.

Le sens et l'organisation de notre action sociale est le fruit des imbrications des inflexions historiques de la solidarité.

la solidarité organique est exprimée spontanément, collectivement et individuellement par les membres d'un groupe à l'égard d'un des leurs, dans un double mouvement de protection des individus et de préservation du groupe. La solidarité dictée s'impose à chacun au nom de principes qui lui sont supérieurs : une injonction transcendantale, l'intérêt général de la nation ou un humanisme qui s'exprime dans les droits de l'homme.

Les établissements sociaux sont aussi au coeur d'un débat permanent entre une action sociale d'établissement et une action sociale de territoire, entre une démarche d'enfermement et une démarche d'insertion sociale.

Jusqu'au XVI siècle, l'action sociale est essentiellement l'oeuvre de la charité. Cette solidarité s'est particulièrement matérialisée, dès sa création, dans l'hôpital où le soin du corps et de l'âme étaient étroitement liés. Des congrégations religieuses faisaient fonctionner ces établissements, issus le plus souvent de fondations, par l'exploitation de terres agricoles, de quêtes ou de dons.

En 1662, une déclaration royale ordonne la création d'un hôpital général dans toutes les villes importantes, « *pour y loger, enfermer et nourrir les pauvres mendiants, invalides, natifs des lieux ou qui y auront demeuré pendant un an, comme aussi les enfants orphelins ou nés de parent mendiants.* »²³ Cette solidarité s'exprime dans des conditions de résidence et n'est pas dénuée d'objectifs de maintien de l'ordre.

La révolution bousculera momentanément les principes de l'action sociale de l'ancien régime. Aux notions combinées de charité et de bienfaisance publique, elle substituera un droit à l'assistance publique, « *Au moyen de ce que l'assistance du pauvre est une dette nationale.* »²⁴ Les dispositions prises par la convention en matière de secours sont étonnantes de modernité. Dès 1793, une partie importante de nos dispositifs de protection sociale était inventée, mais seront sans effet faute de moyen.²⁵

La loi de juillet 1901 combinée, en 1905, avec la séparation de l'église et de l'Etat, favorisera l'essor du domaine associatif dans le secteur social qui se développera sur le patrimoine des congrégations religieuses. La réforme hospitalière de 1970, par sa séparation entre le social et le sanitaire et la création d'un secteur médico-social donne l'élan de l'organisation contemporaine. Les lois du 30 juin 1975 homogénéiseront les normes de fonctionnement et de tarification des établissements publics et privés. Elles pérennisent ainsi la fusion des diverses expressions de la

²³ Jean Imbert, juillet 1996; *Les hôpitaux en France*, Que sais-je ?, PUF.

²⁴ Art. 5 du décret du 19-24 mars 1793 concernant une nouvelle organisation des secours publics.

²⁵ Les décrets des 19 et 24 mars 1793 concernant la nouvelle organisation des secours publics et des 28 juin et 8 juillet relatifs à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards sont très actuels par les dispositions qu'ils énoncent.

solidarité en des politiques publiques. Sous l'impulsion de rapports et de textes législatifs, l'action sociale prendra des orientations systémiques qui entraîneront la diminution des places d'internat et une plus grande articulation des établissements avec leur environnement. Le débat entre l'action sociale enfermée ou ouverte reste cycliquement d'actualité, comme en attestent les orientations prise en matière de délinquance juvénile.

Aujourd'hui, on peut se demander ce qui différencie un établissement public d'un établissement privé à but non lucratif qui assume la même mission avec des moyens similaires ?

Les images de la solidarité organique, comme le territoire sur lequel elles s'expriment sont brouillés par les différents niveaux de compétence dans le secteur social. Mais, il s'agit plus de territorialiser les moyens que de permettre une expression locale de la solidarité. Si on constate des disparités dans les dispositions des règlements départementaux d'action sociale, les règles minimales sont garanties par l'Etat. Il s'agit d'une solidarité dictée par la république pour l'ensemble de son territoire, mais mise en oeuvre par tous au nom de la cohésion sociale. Le dernier exemple est la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions :

« La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation.²⁶ ».

Il ne reste de la lutte entre solidarité privée et publique que des images récurrentes. Celle d'un secteur privé qui s'occupe des siens, comme si les associations de parents d'enfants handicapés qui gèrent des établissements, ne recevaient que les enfants de leurs membres, face à un service public qui accueillerait tout le monde. Ou encore, cette autre image d'un secteur public, incapable de s'adapter, empêtré dans une réglementation centralisée, face au dynamisme d'un secteur privé dont il réduirait ou pillerait l'initiative²⁷. Mais les associations à but non lucratif qui assument des missions de service public en colportent aussi les valeurs de continuité et d'égalité d'accès.

²⁶ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, art.1.

²⁷ J-M Miramon, D Couet, J-B Paturet se sont servis de cette image: « La troisième phase (1975 à nos jours) voit « l'appropriation » par l'Etat depuis 1975 et par les collectivités territoriales (depuis 1983) du dispositif privé à but lucratif, sous l'effet des textes législatifs et réglementaires. » 1992, *Le métier de directeur, techniques et fictions*. Page 18. Editions E.N.S.P. Dans le même ouvrage, on peut lire une intéressante analyse des positions des partisans du « tout public », du « tout privé » et de ceux d'une voie médiane plus pragmatique.

1-2)- Le service public est au coeur d'un paradoxe.

En 1789, les idées révolutionnaires sont porteuses de soif de liberté à deux niveaux : une liberté politique et une liberté économique. Ces deux aspirations seront inscrites dans la déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

L'article premier affirme cette liberté politique : « *Les hommes naissent libres et égaux en droit...* ». Le dernier article énonce les fondements de la liberté économique : « *La propriété étant un droit inviolable et sacré, nul ne peut en être privé...* »²⁸.

La révolution est à la croisée de deux pensées, celle de Jean-Jacques Rousseau et celle d'Adam Smith. Trois siècles plus tard, nous savons que les libertés économiques et politiques ont des effets contradictoires. La liberté économique réduit la liberté politique. Pourtant, les moyens de rétablir la citoyenneté ne sont-ils pas aussi issus de l'activité économique ? Notre action sociale est marquée par ce paradoxe.

Pour Rousseau, l'ordre social est un droit sacré qui n'a rien de commun avec un droit naturel puisqu'il est issu d'une convention, le pacte social, qui produit un corps moral et collectif auquel « *le moi commun donne l'unité formelle, la vie, la volonté [...] chacun de nous met en commun sa personne et toute sa puissance sous la suprême direction de la volonté générale; et nous recevons encore chaque membre comme partie indivisible du tout.* »²⁹

Cette souveraineté est inaliénable et indivisible: « *En effet, s'il n'est pas impossible qu'une volonté particulière s'accorde sur quelque point avec la volonté générale, il est impossible au moins que cet accord soit durable et constant; car la volonté particulière tend, par sa nature, aux préférences, et la volonté générale à l'égalité.* »³⁰

L'établissement public est directement relié au « moi commun », à la volonté souveraine. Au niveau métaphorique, il s'oppose à l'établissement associatif relié à une partie et qui est l'expression d'une autre solidarité. Cette image persiste malgré la reconnaissance des associations comme expression de la citoyenneté.

Pour Adam Smith, il faut libérer l'homme de tout ce qui entrave sa capacité de vendre sa force de travail. Il faut libérer l'économie de tout ce qui gêne la faculté de vendre et d'acheter des biens et des services.³¹ Ses idées trouveront un écho d'autant plus favorable dans la société du XVIII^e siècle que la philosophie du siècle des lumières avaient fait de l'individu un sujet central. La loi Le

²⁸ Version de 1789 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

²⁹ Jean-Jacques Rousseau, 1762, *Du contrat social*, livre I, chap. VI- Du pacte social.

³⁰ Jean-Jacques Rousseau, idem, Livre II, chap. II- Que la souveraineté est indivisible.

Chapelier, qui supprimera les associations, était doublement en cohérence avec les idées de la révolution.³² Le contrat social qui lie chaque citoyen « au moi commun » ne saurait souffrir de se déliter en de multiples parties représentantes d'autant d'intérêts particuliers. La liberté économique naissante ne devait pas être entravée par des corporatismes.

Rapidement, liberté économique et liberté politique vont s'affronter dans un paradoxe. La liberté économique induit des effets pervers sur l'essence du contrat social et met en péril l'égalité prônée. Le service public, moyen de la puissance nationale, joue en permanence un rôle de rétablissement de l'égalité. A contrario, pour les défenseurs du libéralisme économique, le service public, par son action et ses coûts, est une entrave à la liberté individuelle et à la richesse de la nation.

Dans la seconde moitié de notre siècle, le rôle régulateur de la puissance publique va atteindre un paroxysme par le développement de « l'Etat providence » et une gestion keynésienne de l'économie. Au début des années 80, les problèmes de l'économie interne issus de la concurrence internationale ont engendré un accroissement du chômage et des difficultés sociales. La réduction du taux de croissance du produit intérieur brut s'est conjuguée à l'accroissement des besoins économiques du secteur public pour faire face à la crise. Les difficultés des entreprises ont induit une surévaluation du risque entrepreneurial et qui s'est traduit par un allègement des charges de contribution publique qui pèsent sur lui. Le courant néolibéral a théorisé ces phénomènes pour en faire un dogme qui s'oppose à l'incursion des états dans le monde économique sinon pour en garantir la totale liberté de manoeuvre et en favoriser les mécanismes. L'épisode de la négociation de l'accord multilatéral d'investissement est significatif des finalités de cette doctrine.³³

La fin de l'Etat providence, les contraintes économiques sont à intégrer à deux niveaux dans une nouvelle culture de mise en oeuvre de l'action sociale. Le premier niveau est la constatation que le travail ne peut plus être l'exclusif garant de l'autonomie des individus et du maintien du lien social. L'action sociale doit apprendre à gérer un déficit de travail rémunéré. Certains ont vu dans ce phénomène l'émergence d'une nouvelle question sociale, mais il ne s'agit peut-être que d'un

³¹ Adam Smith, 1776, *Essai sur les causes de la richesse des nations*.

³² La loi Le Chapelier, 14-17 juin 1791, interdira toute corporation, toute association entre gens d'un même métier et toute coalition.. Les principes de cette loi resteront en vigueur jusqu'en 1864 pour les coalitions, 1884 pour les syndicats et 1901 pour les associations.

³³ On peut lire à ce sujet quelques articles du Monde diplomatique, octobre 1998, J.C Lefort et JP Page, *Double jeu autour de l'AMI*; novembre 1998, B Cassen, *Le bateau ivre de la finance*; décembre 1998, C Brie, *Comment l'AMI fut mis en pièces* ; mai 1999, B Cassen, *Le retour de l'AMI*.

glissement des repères de l'action sociale.³⁴ Le second niveau est la prise en compte par l'action sociale de ses coûts.

1-3)- Les pistes de la rénovation du secteur public.

Des passerelles sont, aujourd'hui, jetées entre les deux mondes:

- L'utilisateur deviendra-t-il le client ?
- L'entreprise peut-elle être citoyenne ?

Les termes d'utilisateur client et d'entreprise citoyenne ne sont pas que des oxymorons. Ils portent en eux les images des paradoxes de notre société et, par la confrontation des valeurs qu'ils sous-entendent, contiennent les pistes de la rénovation du service public.

L'utilisateur est celui qui a l'usage, qui utilise un service public.³⁵ Il n'est a priori pas évident qu'il exerce un droit issu du contrat social tant la relation de dépendance de l'utilisateur au service public paraît lui ôter toute autonomie. L'organisation du service public échappe le plus souvent à son usager.

L'introduction de la notion de client tente au premier abord d'introduire la prise en compte de la demande individuelle dans le service. Les besoins de la personne en sont-ils pour autant pris en compte ? Ne confondons-nous pas servilité marchande et écoute du besoin ? La considération n'est-elle pas de façade ? En fait, les clients de l'entreprise sociale sont multiples puisqu'elle répond à la fois à une commande publique, sur des financements publics en dispensant une prestation de service.³⁶ Le fait que l'utilisateur de l'action sociale ne paie pas directement la prestation de service et soit, en quelque sorte captif, le rapproche du client au sens antique.

L'utilisateur du service public, et de l'action sociale en particulier a certainement tout à gagner à être considéré comme sujet, comme acteur de la solidarité qui s'exprime à son égard. C'est le sens même de la citoyenneté qu'on veut lui voir investir dans les modes de prise en charge. Mieux affirmer la place des usagers et de leurs familles est un des quatre objectifs principaux de la refonte de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Le nommer « client » n'ajoute rien à ses droits, à son statut d'utilisateur, de contribuable et de citoyen.

³⁴ On peut lire à ce sujet, les analyses de M. Autés, *L'insertion, une bifurcation du travail social*, et de R. Castel, *Du travail social à la gestion sociale du non travail*, in « A quoi sert le travail social ? », revue Esprit, mars/avril 1998.

³⁵ Grand dictionnaire encyclopédique Larousse, 1982.

³⁶ René Baptiste propose une grille d'analyse de l'influence sur l'entreprise sociale de l'opinion publique, des élus, des administratifs, des usagers, des prescripteurs et des financeurs. Les prescripteurs apparaissent comme les clients de l'entreprise sociale qui ont le plus d'influence. 1990, *Rénover l'action sociale par le management et le marketing*, p. 94 et 95, CREAI Rhône-Alpes.

L'entreprise citoyenne « est donc une entreprise-organisation qui engage ses compétences dans des « actions citoyennes » pour contribuer à la vie de la cité et pour résoudre des dysfonctionnements de la société avec les intéressés et en complément des services publics, des collectivités territoriales et du monde associatif.» affirme Bruno Libert, président d'Alliance des organisations citoyennes de la région Nord.³⁷ Une vision symbiotique des rapports de l'entreprise et de son environnement paraît plus que nécessaire. On peut penser que le rôle social des entreprises n'est pas négligeable, mais leur plus grand nombre se comporte encore en parasite de leur environnement. L'adjectif de citoyenne semble usurpé quand il est accolé dans ces conditions à l'entreprise. Nous sommes loin d'une adhésion à un contrat social. Les entreprises citoyennes sont certainement à rechercher parmi celles qui oeuvrent dans l'économie solidaire, épiceries sociales, entreprises d'insertion et organismes d'épargne solidaire.

Plusieurs pistes sont à suivre dans l'intérêt du service public et de son usager.

Nous avons longtemps entretenu la confusion entre la continuité du service et la persistance de la structure. Nos fins organisaient nos moyens qui les induisaient rétroactivement. Tout besoin émergent ne pouvait qu'être supplémentaire à ceux existants. Ainsi s'est structurée notre segmentation des moyens tout en préservant parfois des structures inadaptées ou obsolètes.

La première piste est de considérer que nous ne créons pas les structures d'une action sociale, mais que nous dispensons une prestation d'action sociale. Elle nous amène tout naturellement à placer notre usager au centre de nos dispositifs, à rechercher ses critiques, à suivre ses besoins, à faire le lien entre le respect dû au client et le droit de l'usager. Nos structures deviennent éphémères, sans cesse en recherche de l'adéquation des réponses à l'émergence de nouvelles questions sociales.

La deuxième est de considérer que nous pouvons faire mieux et plus. Elle nous conduit tout naturellement à maîtriser nos coûts, à gérer nos moyens. Nos principaux gains se feront sur les compétences et le management des professionnels qui oeuvrent sur le terrain de l'action sociale. Les mécanismes de gestion se rapprochent de ceux de toute entreprise.

Pour articuler ces deux pistes de rénovation, l'activité des établissements sera contractualisée à deux niveaux. Celui de la réponse à une commande publique dans des contrats d'objectifs et de moyens et celui de la qualité d'un service rendu à l'égard de l'usager.

³⁷ Bruno Libert, Septembre 1996, *L'entreprise citoyenne, de quoi s'agit-il ?*, L'expansion Management Review.
Jean-Charles LECOQ - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 1999

L'avenir de l'établissement social public, le maintien de ses valeurs fondatrices, passent par son usager et ses personnels. Le directeur d'établissement social peut utiliser plusieurs voies. Il peut tenter d'accroître l'efficacité de l'organisation qu'il dirige en renforçant la responsabilité des professionnels :

- en les faisant participer activement à l'élaboration des objectifs et à la répartition des moyens,
- en leur confiant la gestion des crédits qui les concernent,
- en développant l'évaluation collective et individuelle.

Il doit aussi asseoir le développement de son organisation sur le respect des droits de son usager.

2)-Regard sur l'établissement social et médico-social à travers la recherche sur la dynamique des groupes.

L'établissement social est une organisation composée de nombreux groupes restreints, groupes de vie, groupes des éducateurs, équipe pluridisciplinaire de prise en charge, équipe de direction...

L'ensemble des recherches sur la dynamique des groupes apporte un éclairage sur la nature complexe de l'établissement social et particulièrement sur ses facteurs humains internes. Nous nous limiterons dans ce chapitre à n'étudier que les apports de ces recherches au niveau de la dynamique des groupes proprement dite, de la résistance au changement et des phénomènes de « leadership »³⁸.

2-1)- Le schéma dynamique de fonctionnement des groupes.

La locomotion d'un groupe est un déplacement dans un champ psychologique constitué du groupe lui-même, des individus qui le composent mais aussi de son environnement qui inclut les buts et les moyens mis à la disposition du groupe pour les atteindre. La dynamique est impulsée par la résolution de deux systèmes de tension. Un système de tension qui est contenu dans la progression du groupe vers des buts, et un système de tension en relation avec les mécanismes de fonctionnement du groupe et ses efforts pour améliorer les relations interpersonnelles entre ses

³⁸ Les références qui ont servi de base à ce chapitre sont tirées de deux ouvrages: D.Anzieu et J-Y Martin, 1976, *La dynamique des groupes restreints*, éditions PUF. J Maisonneuve, 1987, *La dynamique des groupes*, Que sais-je ?, éditions PUF.

membres. Le premier système de tension suscite de l'énergie de production, le second de l'énergie d'entretien.

L'énergie de production est utilisée au niveau opérationnel dans des activités objectives. L'énergie d'entretien est utilisée à des activités favorisant le maintien de la cohésion du groupe et contient une fonction de régulation qui englobe toutes les activités qui ont pour effet de créer et de maintenir les conditions psychologiques nécessaires à la facilitation de la production. Dans un établissement social l'énergie de production est directement traduite en service à l'usager. Les réunions de synthèse ou de fonctionnement participent à la facilitation directe de cette prise en charge. Les réunions informelles autour de la machine à café sont de l'ordre de la régulation.

Si les buts exercent une attraction, l'énergie de production du groupe croît au dépend de l'énergie d'entretien. En se polarisant sur les buts, les positions des membres s'éclaircissent. Les rapports s'établissent à partir de la définition des rôles professionnels. Si les buts exercent une répulsion, l'énergie d'entretien tend à croître. Les relations et les conflits interpersonnels fleurissent, le détournement de la tâche se généralise et on assiste à une multiplication des comportements de fuite.

Dans des cas extrêmes, si l'énergie d'entretien est excessive au point d'annihiler toute énergie de production, on peut penser que l'établissement ne sera plus en mesure d'assumer sa mission. A contrario, si l'énergie de production est maximale et que l'énergie d'entretien soit nulle, l'exercice de la mission risque d'être totalement déshumanisé, ce qui serait un comble pour un établissement social.

Dans une perspective de recherche d'efficience, la répartition de l'énergie utilisable en énergie de production et énergie d'entretien doit être favorable à la première. Plus un groupe dépense d'énergie à son entretien ou à des mécanismes de défense moins il peut produire. Pourtant, cette efficience même ne saurait se passer d'activités annexes aux stricts objectifs du groupe. Un établissement social est un lieu où des usagers et des personnels vivent ce qui suppose une forte consommation d'énergie d'entretien. Néanmoins, vivre ensemble n'est pas un but en soi et les objectifs thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques de l'organisation restent sa raison d'être.

Le directeur d'un établissement devra donc trouver un équilibre entre des besoins et des contraintes contradictoires et faire en sorte que les buts définis restent suffisamment attractifs. Plusieurs principes sont à suivre.

Le premier est que chaque but doit être pertinent, incontestable par rapport à la mission de l'établissement. Partir de la définition juridique de la mission évite bien des dévoiements. Les objectifs sont à ressourcer régulièrement aux valeurs fondamentales du service public.

Le second est que chaque objectif puisse être clairement compréhensible par chacun des professionnels et être fondé sur une réalité objective et non des projets aléatoires, voire irréalistes. Il s'agit donc de s'inquiéter des possibilités de mise en oeuvre des stratégies élaborées.

Le troisième est que chaque but puisse être accepté par chacun des professionnels plutôt qu'imposé. Il s'agit de préparer les esprits en amont de l'action par un important travail de communication.

La préparation de la décision rend sa mise en oeuvre plus aisée mais le groupe peut avoir de bonnes raisons de résister au changement vers de nouveaux buts.

2-2)- La résistance au changement.

Les expériences psychosociologiques sur les groupes mettent en lumière plusieurs facteurs de la résistance au changement.

Le caractère coercitif que peut revêtir le changement déclenche le plus souvent des mécanismes de défense de la part du groupe, des phénomènes d'inertie qui tendent à enrayer l'effort à faire pour changer et des phénomènes de solidarité et de pression collective. Le groupe exerce alors une pression envers les individus dans une recherche de cohésion. Les individus adhèrent au groupe par peur de quitter sa sécurité. Kurt Lewin définit la notion d'état quasi stationnaire comme un état d'équilibre entre des forces d'égale grandeur et opposées en direction.³⁹ Toute action exercée sur un groupe afin de modifier ses normes entraîne l'apparition de forces qui tendent à neutraliser les efforts de cette pression. L'équilibre quasi stationnaire est maintenu au prix d'un accroissement de la tension interne du groupe. C'est la résistance au changement.

En matière de management, deux styles s'opposent.

Le premier choix est d'exercer une pression croissante contre les forces qui résistent au risque de déclencher des conflits destructeurs pour les buts poursuivis et les relations interpersonnelles.

Le deuxième choix est de réduire l'intensité des forces qui s'opposent au changement. Il s'agit de mettre en oeuvre un processus de décristallisation des modèles remis en question par des interventions planifiées sur des points clefs qui mettent en jeu les normes du groupe et de consolider les nouvelles normes par une organisation pertinente.

³⁹ Kurt Lewin (1890-1947) est considéré comme le père de la dynamique des groupes.

Le choix de la tactique dépend du contexte. Dans tous les cas, les résistances au changement doivent être considérées dans le contexte social où elles se posent. Il importe de déterminer les divers groupes qui sont concernés, ainsi que le statut et le rôle des différentes personnes à l'intérieur des groupes.

On peut observer ces phénomènes à travers un exemple. Dans une maison d'enfants à caractère social, les relations avec les partenaires extérieurs sont assurées par deux travailleurs sociaux qui en sont exclusivement chargés. Le directeur de l'établissement propose de réorganiser cette fonction et de la répartir entre l'ensemble des éducateurs. Chacun jouerait ce rôle pour un nombre d'enfants dont il serait le référent.

Plusieurs résistances vont apparaître. Ceux qui assumaient ce rôle particulier perdent une zone d'influence et la source d'un pouvoir important. Ils rentrent dans le rang, perdent leur statut particulier, leur organisation du travail va changer et peut aussi avoir des incidences sur leur vie privée. Ceux qui vont accéder à un nouveau rôle, ont peur de ne pas pouvoir l'assumer. Cette nouvelle responsabilité peut aussi induire des modifications des conditions de travail négativement perçues. L'ensemble du personnel peut refuser le changement par solidarité.

Après en avoir analysé la nature, le directeur pourra entamer des actions de réduction de ces résistances. Au niveau collectif, il peut mettre en avant les apports au niveau de la qualité de la prise en charge et l'égalité de traitement des différents professionnels dans leur rôle. Des actions de formation peuvent être organisées autour du thème pour rassurer ceux qui se dévalorisent et homogénéiser les compétences. Il faudra aussi définir les normes d'exécution par une définition des tâches et du temps imparti pour les accomplir. En précisant le sens et la nature du changement, le directeur lui donne déjà une existence. Il décristallise l'état quasi stationnaire du groupe.

2-3)- Le leadership comme fonction.

Les expériences sur la dynamique des groupes n'apportent pas directement de réponse sur le style de direction qu'il est souhaitable d'adopter suivant les situations. Elle se borne à démontrer que l'autorité concerne à la fois une action du leader et une relation de celui-ci avec le groupe qu'il conduit. L'exercice de l'autorité dépend donc simultanément des normes collectives ambiantes, des situations concrètes et de la personnalité du chef. Les différentes facettes de cette dernière ont souvent été exposées en une galerie de portraits par les auteurs qui se sont intéressés aux directeurs

des établissements sociaux. Dans ce chapitre, il ne sera question que de la fonction même si elle ne vit que par celui qui l'habite.⁴⁰

Le leadership s'exprime comme une fonction indispensable à la vie de tout groupe et qui peut être assumée à plusieurs. Les recherches en matière de dynamique des groupes la scindent en deux sous-fonctions, l'une comporte des aspects socio-opératoires qui concernent la poursuite des buts et la recherche des tâches, l'autre contient les aspects socio-affectifs du maintien d'un climat psychologique favorable à l'efficacité du groupe dans la poursuite de ses buts.

Au niveau opérationnel, un directeur ou une équipe de direction aura à informer sur les objectifs et préciser les méthodes de travail qui permettront de les atteindre. La définition des rôles des différents acteurs professionnels et leur coordination par la formalisation des liens paraissent être essentielles pour tirer quelques synergies de la commune équipe pluridisciplinaire.

La prise de décision est un des actes majeurs de la fonction de direction. Au niveau opérationnel, elle est le carburant de la progression du groupe vers ses buts, mais elle contient aussi des phénomènes affectifs puisque l'adhésion du groupe n'est jamais totalement rationnelle.

L'efficacité du groupe dépend de phénomènes psychologiques, de facteurs socio-émotionnels rassemblés sous le terme générique de moral. Cet ensemble contient le degré d'intérêt pour une tâche et l'ensemble des relations entre les membres de l'équipe qui l'assume.

Le directeur peut utiliser une palette d'interventions visant à stimuler ou à soutenir l'équipe qu'il dirige qui va de la sanction des comportements déviants à l'entretien individuel d'encouragement en passant par la mobilisation collective. La restauration ou le renforcement de la communication entre les membres est aussi de son ressort. Les actions qui tendent à élucider les processus de groupe ou des phénomènes collectifs paraissent incontournables. Plus les modes de régulation sont variés et inclus dans le mode opérationnel moins les affrontements humains ont de chances de se chroniciser. Les modes d'évaluation de l'action collective et individuelle combinés à des modes de régulation du type de l'analyse des pratiques professionnelles participent au maintien d'un climat socio-affectif favorable.

⁴⁰ J-M Miramon, D Couet, J-B Paturet, 1992, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, p 43 et suivantes, éditions ENSP. B. Dobiecki, 1998, *Diriger une structure d'action sociale aujourd'hui*, p.169 à 193, éditions ESF.

3)- Regard sur les établissements sociaux et médico-sociaux publics à travers la sociologie des organisations.

3-1)- L'organisation des établissements sociaux publics comme archétype de la bureaucratie professionnelle teintée d'adhocratie.

Henry Mintzberg constate que les éléments de base de la structuration d'une organisation sont la division du travail et les moyens de coordonner les différentes tâches.⁴¹ L'ensemble des organisations peuvent être étudiées à partir de la combinaison de plusieurs répartitions des tâches et modes de coordination en tenant compte de leur bain culturel.

La configuration structurelle de l'établissement social public dépend de sa taille. Le plus souvent, le sommet stratégique se réduit à un directeur. Parfois le chef d'établissement est aidé par un ou plusieurs directeurs des services. La ligne hiérarchique est réduite. Un ou deux cadres socio-éducatifs dirigent l'ensemble du personnel éducatif. Les psychologues et personnels de rééducation peuvent être sous la responsabilité technique d'un médecin mais ils sont le plus souvent autonomes et relèvent du directeur. La composition de la technostructure est variable. A l'extérieur de l'établissement, elle peut contenir les rôles du trésorier payeur et des représentants administratifs des départements ou des services déconcentrés de l'Etat. A l'intérieur de l'établissement, les psychologues occupent fréquemment cette fonction. La base opérationnelle se décompose en plusieurs groupes, socio-éducatif, soignant, personnel paramédical. La fonction logistique est assumée par le personnel administratif, les ouvriers d'entretien et le personnel des cuisines. Les tâches du personnel de la fonction logistique sont souvent teintées de couleurs éducatives, les personnels administratifs assurent le secrétariat médico-social, les personnels d'entretien deviennent maîtresses de maison, les personnels ouvriers assument, parfois, parallèlement un rôle logistique et d'éducateur d'atelier.

On prête communément aux établissements et services sociaux comme aux hôpitaux l'organisation de la bureaucratie professionnelle. Une de ses caractéristiques est d'assurer la coordination des compétences et non celle des procédés. A ce titre le recrutement des personnels des établissements publics se fait bien sur un tableau des emplois. Chaque grade est défini par un décret, mais si les emplois des personnels soignants sont précisés dans leurs tâches, le plus grand flou est attaché à celle des personnels éducatifs.

« Les éducateurs spécialisés, qui participent, en liaison avec les familles, à l'éducation des enfants ou des adolescents en difficulté d'insertion et sont chargés du soutien des personnes handicapées, inadaptées ou en voie d'inadaptation. Ils concourent à leur insertion scolaire, sociale et professionnelle au moyen des techniques et des activités appropriées. »⁴²

« Les moniteurs éducateurs exercent leur fonction auprès des enfants et d'adolescents handicapés, inadaptés ou en danger d'inadaptation qui sont en difficulté d'insertion ou en situation de dépendance. Ils participent à l'action éducative, à l'animation de la vie quotidienne des personnes accueillies en liaison avec les autres personnels éducatifs et sociaux, et notamment les professionnels de l'éducation spécialisée. »⁴³

Les précisions apportées à chaque grade paraissent subalternes quand on les compare à l'immensité du champ d'intervention. Il faut aussi mettre en rapport les niveaux et contenus des formations de base pour faire un choix entre diplôme et fonction à assumer. Actuellement ce choix est perturbé par des contingences économiques. L'absence de différenciation significative des compétences se double d'une insubordination des grades entre eux. Tous relèvent directement du cadre socio-éducatif, voire du directeur.

En l'absence de définition statutaire des tâches professionnelles et de leur emboîtement, la coordination se fait à partir du travail d'équipe par ajustement mutuel. Il est nécessaire de faire émerger, de l'équipe pluridisciplinaire, des références communes internes en rapport au projet de l'établissement dans sa globalité. Le lien opérationnel à l'extérieur de l'établissement se fait sur la base du partenariat. On retrouve dans cette organisation l'adhocratie interne (organisation par projet) et externe (organisation par réseaux) décrite par H. Mintzberg.⁴⁴

Le déficit de représentation collective professionnelle des personnels éducatifs à l'instar de la commission des soins infirmiers, rend difficile pour les cadres du social l'organisation d'une identité professionnelle éducative. L'expression collective statutaire est portée par les organisations syndicales dans les instances consultatives, comité technique paritaire (CTP) et comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) pour les établissements de plus de 50 salariés.

⁴¹ Henry Mintzberg, 1982, *Structure et dynamique des organisations* ; 1990, *Voyages au centre des organisations*, Editions des organisations.

⁴² Décret n° 93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

⁴³ Décret n° 93-657 du 26 mars 1993 portant statut particulier des moniteurs éducateurs de la fonction publique hospitalière.

⁴⁴ H Mintzberg, *Nous vivons dans le culte du management*, in " Comprendre les organisations", revue Sciences humaines, hors série n°20, mars - avril 1998.,

Dans des petits établissements sans ligne hiérarchique, l'organisation peut prendre les caractéristiques de l'adhocratie ou de l'organisation entrepreneuriale suivant la personnalité du directeur. Elle peut aussi devenir une organisation missionnaire en mettant en exergue les finalités humaines de sa mission, mais ce type de structure se rencontre plus fréquemment dans des établissements où le recrutement des salariés se fait sur la double qualité professionnelle et militante. L'établissement peut prendre parfois les caractéristiques de l'organisation politique le temps d'une vacance de direction.

La mise en avant de la responsabilité des établissements dans les nombreux aléas de la mise en oeuvre de leur mission, conduit peu à peu les directeurs à préciser l'organisation des moyens. Les démarches qualité fleurissent et poursuivent le double objectif de mobiliser les personnels et de répondre clairement à l'obligation de moyens. Tout l'enjeu de ces démarches est de provoquer la créativité des professionnels et non de la réduire. Elles peuvent néanmoins être vécues comme néfastes s'il s'agit de suppléer à la pauvreté des qualifications par la rigidité des procédures.

3-2)- La répartition des pouvoirs dans les établissements sociaux publics.

Les sources du pouvoir sont à distinguer des ressources du pouvoir.

Les sources du pouvoir sont de plusieurs ordres. Elles peuvent être traditionnelles, comme les prérogatives du doyen en âge, rationnelles et légales, comme la nomination d'un directeur à la tête d'un établissement lui donne la légitimité à le diriger, charismatiques, telle est la place de certains leaders, ou issues d'une capacité d'expertise, de la détention exclusive d'une compétence essentielle.

Les ressources du pouvoir, les moyens utilisés pour exercer ce pouvoir, peuvent être explicites, comme dans un organigramme ou une fiche de poste, et être formalisées par la détention d'une information ou d'une connaissance. Elles peuvent être aussi informelles ou dans le contrôle d'une zone d'incertitude.

Friedberg et Crozier remettent en cause la rationalité totale de la distribution du pouvoir dans les organisations⁴⁵. Quelles que soient les contraintes de l'organisation, les différents acteurs ont gardé une marge de manoeuvre. Les fondements du pouvoir sont les atouts et les ressources que possèdent les acteurs, leur marge de liberté. Cette zone d'incertitude doit être pertinente par rapport à l'organisation et à ses missions. C'est à dire indispensable à l'action collective.

⁴⁵ Michel Crozier, Erhard Friedberg, 1977, *L'acteur et le système*, éditions du Seuil.

Les caractéristiques structurelles d'une organisation délimitent les champs d'exercice des relations de pouvoir. Les acteurs ne peuvent disposer de pouvoir les uns sur les autres que dans l'exercice d'une action collective. L'organisation régularise le déroulement des relations de pouvoir, aménage le contrôle des zones d'incertitude. « *Par son organigramme et par sa réglementation intérieure, elle contraint la liberté d'action des individus et des groupes en son sein et, de ce fait, conditionne profondément l'orientation et le contenu de leurs stratégies.*»⁴⁶ L'organisation réintroduit de la prévisibilité dans le comportement de chacun. Les outils sont l'organigramme, les fiches de poste, les protocoles de travail...

Il faut tout de même maintenir des relations de pouvoir dans l'organisation. Tout en s'organisant, elle doit laisser des zones d'incertitude organisationnelle dont les enjeux doivent rester pertinents. La question du pouvoir de chacun est dans l'élargissement de sa marge de liberté. Produit-elle une zone d'incertitude, des ressources de pouvoir mobilisables ?

L'organisation sécrète quatre grands types de sources de pouvoir.

La maîtrise d'une compétence particulière, qui est un monopole de fait dans l'organisation, peut venir de la difficulté à remplacer une personne par son coût où l'ésotérisme de ses pratiques.

Une source de pouvoir est reliée aux relations entre l'organisation et son environnement. La place des éducateurs qui centralisent les relations avec les partenaires de l'établissement induit ce type de pouvoir.⁴⁷ Le marginal sécant est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns aux autres. Il est en mesure de jouer les médiateurs entre des logiques d'action différentes voire contradictoires. Si les prises en charge en réseau se développent ce genre de marginal sécant, de médiateur de réseaux risque d'être indispensable à de nombreux établissements sociaux.

L'organisation crée du pouvoir dans la manière dont elle organise la communication. Les flux d'information suivent rarement le circuit établi. L'utilisation de plusieurs modes de communication de l'information paraît être de nature à en faciliter la diffusion. La méthode diminue la déperdition, augmente la compréhension et fait échec aux rétentions intempestives.

En voulant supprimer des zones d'incertitudes, elle en crée de nouvelles. Elle réduit à la fois la latitude du subordonné (réduction du libre arbitre) et de son supérieur hiérarchique (réduction de l'arbitraire). La règle et la tolérance de la transgression deviennent le terrain où chacun peut avoir du pouvoir sur l'autre.

⁴⁶ Idem note n°45.

La répartition formelle des pouvoirs dans les établissements sociaux publics.

On peut observer la répartition des pouvoirs dans un établissement social public à travers un schéma classique des différents niveaux décisionnels. Niveaux politique, stratégique, tactique et opérationnel. Chaque niveau exerce un pouvoir de décision qui lui est propre sur un axe décisionnel descendant organisé par les statuts des établissements sociaux publics et de leur personnel (schéma n°2).

Le rôle du conseil d'administration se situe au confluent des politiques publiques et de l'organisation stratégique de l'établissement. Il est le porteur de la commande sociale qui s'impose à l'établissement sous forme de mission et définit les voies de sa mise en oeuvre. Sa composition est le reflet de ce rôle. Les représentants des collectivités locales et des organismes financeurs sont majoritaires mais le personnel et les usagers y sont aussi représentés.⁴⁸ Cette représentativité des usagers est complétée par celle des résidents et de leurs familles au sein du conseil d'établissement.⁴⁹

Le champ de compétence du conseil d'administration couvre l'ensemble des décisions stratégiques de l'établissement.⁵⁰

« Le directeur assure la préparation et coordonne la mise en oeuvre des délibérations de l'organe délibérant de l'établissement ». Il participe donc aux orientations stratégiques du conseil d'administration. Il est aussi responsable de l'organisation directe des prises en charge assurées par l'établissement. Il *« a la responsabilité des actions pédagogiques, sociales, médico-psycho-éducatives ou techniques que l'établissement a été autorisé à conduire; à ce titre, il est chargé, en liaison avec les équipes éducatives, sociales, psycho-pédagogiques et techniques qu'il dirige, de l'élaboration et du suivi du projet d'établissement fixant les objectifs éducatifs, pédagogiques, thérapeutiques, sociaux et professionnels de l'établissement ainsi que de la définition des projets individuels des personnes accueillies.»*⁵¹ Le directeur d'établissement est à l'articulation des orientations stratégiques et de leurs déclinaisons opérationnelles. Sa marge de manoeuvre est différente si l'établissement jouit de la personnalité morale ou s'il n'est qu'un service d'une

⁴⁷ Cf. supra, chapitre 2-2, p 30.

⁴⁸ Art. 21 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 et décret n° 78-612 du 23 mai 1978.

⁴⁹ Le conseil d'établissement a été généralisé dans les établissements relevant de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, par le décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991.

⁵⁰ Article 22 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁵¹ Article 2 du décret n° 94-948 du 28 octobre 1994 portant statut particulier des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (4°, 5° et 6°) de la loi n° 83-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

collectivité territoriale. Dans ce second cas de figure, sa latitude est déterminée par le contenu des délégations qu'il assume. Une petite majorité d'établissements publics le sont véritablement au sens juridique du terme et sont dotés d'une personnalité morale (50,89 %). L'autre moitié ne sont que des services des collectivités locales ou des établissements annexés à un établissement plus important.⁵²

Le projet d'établissement est la mise en relation de la mission de l'établissement et des moyens mis à sa disposition en tactique de prise en charge. Le directeur partage formellement le niveau tactique avec les personnels d'encadrement. La définition statutaire de la fonction des cadres socio-éducatifs est exemplaire de cette articulation: « *Sous l'autorité du directeur d'établissement, les cadres socio-éducatifs sont responsables de l'organisation et du fonctionnement du service social et du service éducatif de l'établissement.*

Ils encadrent les personnels éducatifs et sociaux de cet établissement. Ils participent à l'élaboration du projet d'établissement, ainsi que des projet sociaux et éducatifs. Ils participent à la définition des orientations relatives à la collaboration avec les familles et les institutions. Ils présentent chaque année au directeur de l'établissement un rapport d'activité du service socio-éducatif.»⁵³

La base opérationnelle a plusieurs possibilités d'influer sur l'axe décisionnel de l'établissement. Elle peut agir directement sur un axe professionnel ou à travers des instances consultatives statutaires.

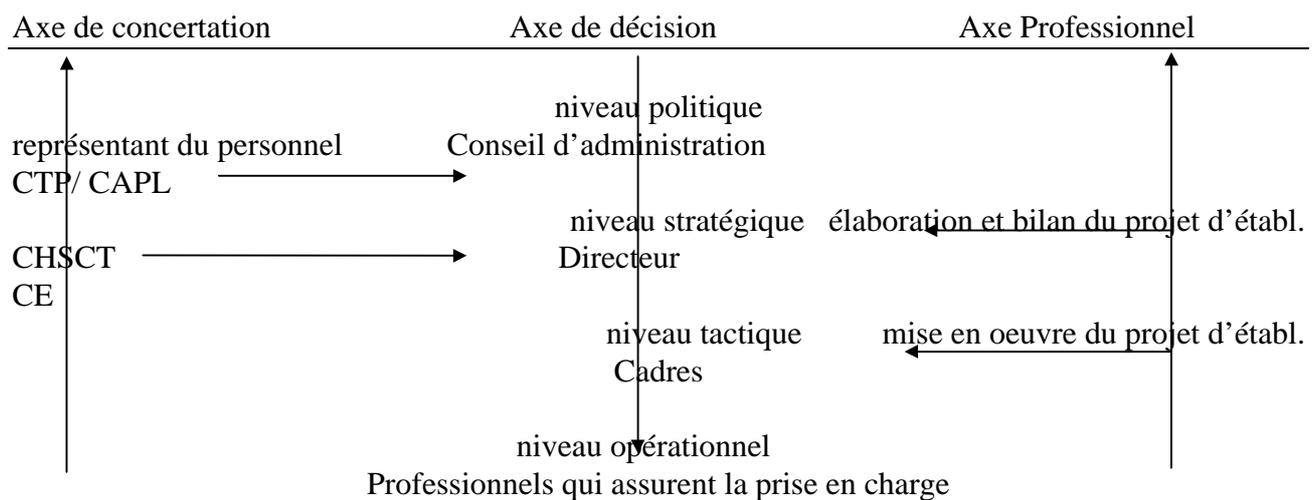


schéma n°2

⁵² Chiffres donnés par la DAS pour l'année 1997.

⁵³ Article 2 du décret n° 93-651 du 26 mars 1993 portant statut particulier des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

L'axe de concertation statutaire offre des opportunités d'influence pour la base opérationnelle. L'expression est dans ce cas médiatisée par les organisations syndicales. Le représentant du personnel au conseil d'administration a voix délibérative. Il participe donc à l'élaboration des décisions stratégiques pour l'établissement. Il peut à la fois informer l'ensemble du personnel du contenu des débats du conseil d'administration et porter auprès de celui-ci les préoccupations du personnel. Le CTP donne son avis sur une partie non négligeable du champ de délibération du conseil d'administration.⁵⁴ Les commissions administratives paritaires donnent des avis au niveau de la carrière individuelle des agents. Elles n'influent pas directement sur la stratégie de l'établissement mais ont un rôle important de protection des professionnels contre l'arbitraire. Le CHSCT influe directement au niveau tactique sur les conditions de travail.

L'axe d'influence professionnel est contenu dans les statuts particuliers de la filière socio-éducative. Chaque décret affirme le principe de la participation de ces professionnels « à l'élaboration et à la mise en oeuvre du projet d'établissement, des projets sociaux et éducatifs ainsi qu'à l'élaboration du rapport d'activité du service social et du service éducatif. »⁵⁵

A travers la répartition formelle des pouvoirs se dessine l'émergence des pouvoirs informels.

La capacité du conseil d'administration à assumer son rôle dépend de plusieurs facteurs. La compétence de ses membres à faire le lien entre des politiques publiques et une stratégie d'établissement est importante. Certains élus sont peu au fait des techniques sur lesquelles ils se prononcent. La composition du conseil d'administration n'est pas sans danger d'éparpillement stratégique. Dans une instance où les représentativités politiques et administratives peuvent être plurielles, on peut voir apparaître des affrontements entre des logiques diverses et une versatilité stratégique qui rendent ingouvernable l'établissement. La motivation des membres du conseil d'administration à participer assidûment à ses travaux dépend aussi des activités qu'ils ont par ailleurs. Certains représentants ont un calendrier trop chargé.

Cette compétence dépend aussi du travail qu'aura fait le directeur en amont de la réunion. Une information large, clairement exposée et étayée par des documents sur la nature des prestations et leurs difficultés de mise en oeuvre, peut susciter l'intérêt des membres du conseil. Dans ce

⁵⁴ Les attributions, la composition et le fonctionnement du CTP sont définies par l'article 24 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986, le décret n° 88-950 du 6 octobre 1988 et la circulaire du 13 février 1989.

⁵⁵ Décrets n° 93-652, 93-653, 93-654, 93-655, 93-656 du 26 mars 1993. Ces dispositions concernent l'ensemble des corps de catégorie B de la filière socio-éducative.

contexte, le pouvoir du directeur va au delà de l'exécution des délibérations. La manière dont il alimente le conseil d'administration en informations, peut induire ses prises de position.

La complicité du directeur et de ses cadres dépasse l'élaboration de la tactique opérationnelle. En fait, ils participent à l'élaboration de la stratégie de l'établissement.

Autour de la base opérationnelle plusieurs enjeux sont possibles. Les organisations syndicales peuvent retenir ou manipuler l'information en direction du personnel. De facilitation de la communication, les organisations professionnelles peuvent devenir un frein. Le mode adhocratique de coordination des professionnels favorise l'émergence des zones d'incertitudes. La place de certains membres à cheval entre la technostucture et la base opérationnelle favorise les confusions de rôle et les prises de pouvoir intempestives. Il n'est pas rare de voir des psychologues s'immiscer dans la ligne hiérarchique.

Chaque niveau doit garder sa part de responsabilité et de décision, mais il doit s'imprégner de la logique des autres niveaux. Faire circuler l'information par plusieurs canaux est un gage d'équilibre des pouvoirs.

Conclusion: pour diriger dans la complexité, il faut abandonner l'état d'esprit du « mécano ».

Chaque établissement social ou médico-social public ressemble aux autres car il répond à une commande sociale donnée dans un cadre juridique. Son fonctionnement est réglementé. Son environnement est identifiable dans le champ de la protection sociale. Chaque établissement est unique par son histoire, la manière dont il applique la réglementation et la nature des relations qui le lient à son environnement. Le directeur fraîchement nommé abordera l'établissement avec un bagage technique et une culture professionnelle qui lui permettront de retrouver les repères généraux de sa fonction. Il devra aussi rester suffisamment attentif à ce qui fait la spécificité des lieux où il pénètre. Si les composants du système sont clonables, leurs relations et leurs effets sont difficilement reproductibles.

Dévider la pelote de laine de l'organisation sur l'écheveau de ses missions semble facile à concevoir. Il suffirait, au directeur, de combiner le cadre de la mission aux contraintes des moyens pour en concevoir une organisation. C'est sans compter sur les nombreux facteurs qui altèrent tout espoir de stricte rationalité. Le cadre de la mission ne répond jamais totalement aux besoins de l'utilisateur. Les moyens donnés comportent des contraintes contradictoires à l'exercice de la mission.

Les professionnels qui participent à l'organisation ont aussi des aspirations qui divergent de l'unique exécution des objectifs de l'établissement.

Se mouvoir dans le labyrinthe des compétences et des pouvoirs qui entourent l'établissement ne nécessite pas qu'un bon plan d'action. L'exercice est toujours unique. Chaque projet, chaque budget doit être traité comme s'il était le premier. Il s'agit de ne prendre aucun raccourci dans l'explication des raisons qui font la manière dont il est présenté et les valeurs qui le sous-tendent. Aucune communication n'est de trop.

Comment faire répondre l'établissement aux besoins de son environnement sans que la nature même, la spécificité de sa mission, son caractère universel ne soient dévoyés. Les couleurs prises par l'établissement caméléon sont nécessaires à l'adéquation des réponses qu'il apporte à son environnement social, il ne doit pas en quitter pour autant la voie tracée par le contrat initial, l'exécution d'une mission répertoriée dans la segmentation du champ de l'action sociale.

L'établissement social est en prise directe avec les évolutions sociales. Les évolutions de l'environnement, des besoins de l'utilisateur et des contraintes de fonctionnement de l'établissement par leur rapport dialectique impulsent sa dynamique. Qui peut dire qu'elles seront, demain, les couleurs de l'établissement kaléidoscope ? Qui peut prévoir les évolutions de notre société à dix ans ?

Pour aborder la complexité d'un établissement social, il faut avant tout abandonner toute prétention de maîtrise totale de son évolution. Comme ces enfants qui cassent leur jouet en voulant en comprendre le fonctionnement, le directeur qui se bornerait à vouloir maîtriser tous les composants de l'établissement et leurs combinaisons dynamiques est le plus souvent condamné à disloquer l'ensemble. L'obligation de résultat n'est pas dans l'entretien ou la réparation de l'organisation mais dans la tentative d'une réponse à des finalités jamais atteintes, le bonheur total des êtres humains dans une société qui réparerait toutes les inégalités. C'est dans cette perspective que l'établissement social échafaude des plans, fait des projets et se donne des objectifs partiels, le développement des potentialités des personnes handicapées, le maintien de l'autonomie des personnes âgées, l'insertion des exclus sociaux, le développement harmonieux des enfants dans leur famille...

Abandonner l'état d'esprit du « mécano » n'exclut pas la recherche d'outils pragmatiques adaptés au contexte. Ils sont à définir dans chaque situation par la conjugaison de quatre approches.

L'approche structurelle permet de rapprocher de leur cadre juridique la mise en oeuvre de la mission et l'organisation de l'établissement en tenant compte des moyens à disposition. L'analyse

devra aborder les techniques et les conditions matérielles de prise en charge des usagers, les conditions de travail du personnel et l'organisation administrative et financière de l'établissement.

L'approche symbolique rappellera en permanence le sens culturel de l'action publique en général et de l'action sociale en particulier. Elle inscrira toute action présente par rapport à l'histoire et à l'avenir de l'établissement. Elle donne au rôle de chacun la dimension que n'apporte pas un organigramme.

L'approche humaine tient compte des potentialités humaines et de leur limite. Elle apporte à la définition juridique de la mission de l'établissement et des normes de mise en oeuvre, toute la réalité des besoins de l'usagers et du personnel.

L'approche politique permet de décoder et d'intégrer les enjeux de pouvoir qui parcourent l'organisation et son environnement.

C'est en articulant ces quatre approches que la fonction de direction prend toute sa dimension : donner la signification et l'orientation de la dynamique de l'établissement à travers la complexité de l'action sociale. Le directeur aura alors la satisfaction d'être l'homme de la situation et l'humilité de ne pas être celui de toutes les situations.

Introduction: limite du champ de recherche et d'expérimentation.

Après avoir tenté d'approcher la complexité des établissements sociaux et médico-sociaux publics, dans cette deuxième partie, nous essaierons de la mettre en rapport avec la définition de la fonction de directeur d'établissement social public (I) et d'en définir les outils possibles à travers trois verbes d'action, diriger, manager et gérer (II).

Une enquête effectuée auprès de directeurs d'établissements publics et un stage de 10 mois auprès du directeur des établissements médico-sociaux de l'hôpital local de Muret ont servi de base à l'analyse de la fonction de direction et à l'expérimentation de quelques outils.

Les établissements publics représentent 11,36 % des établissements sociaux et médico-sociaux. Ce corps de direction couvre 480 postes répertoriés par la direction de l'action sociale. Un roulement de soixante-dix d'entre eux sont vacants, et 28 sont occupés par des directeurs détachés d'autres corps de fonctionnaires. Les directeurs titulaires du certificat d'aptitude à la fonction de directeur d'établissement social (CAFDES) occupent 380 postes.⁵⁶

⁵⁶ Chiffres donnés par la DAS au 1/1/99.

L'enquête a pris la forme d'un questionnaire et d'entretiens (annexe n°1). Elle a été adressée à 32 directeurs en poste. La trame d'entretien part de l'idée que le directeur peut se faire de la complexité de son établissement, passe par le cadre juridique de la fonction de direction pour aborder les outils que chacun a mis en place pour assurer sa fonction compte tenu du contexte où il l'assume (fiche n°2). La fiche n°1 est un questionnaire qui élargit statistiquement la trame d'entretien (fiche n°1).

Le questionnaire a été adressé aux 21 membres du groupement régional des établissements publics sociaux de Midi-Pyrénées (GREPS) et à 11 directeurs répartis sur le territoire national et qui avaient répondu positivement à la proposition d'accueillir des directeurs stagiaires en formation à l'école de la santé publique. Parmi ces 32 directeurs, 21 ont répondu au questionnaire, 3 femmes et 18 hommes, dont 10 ont participé à l'entretien. Compte tenu que certains d'entre eux dirigent des établissements multi-services, ils représentent 4 maisons d'enfants à caractère social, 6 instituts médico-éducatifs ou de rééducation, 5 foyers de l'enfance, 5 établissements accueillant des adultes handicapés, 2 établissements de rééducation pour déficients visuels, de l'ouïe et de la parole, 2 centres d'hébergement et de réinsertion sociale, une maison de retraite. Le plus gros établissement a une capacité de 260 lits et assure 910 suivis dans le cadre d'un centre médico-psycho-pédagogique, le plus petit offre 33 places. La capacité moyenne de ces établissements est de 114 lits ou places.

I- Le directeur d'établissement social public: du cadre juridique à l'homme.

La fonction de directeur d'établissement social ou médico-social public est définie par l'article 2 du décret du 28 octobre 1994. Ce texte reprend en les synthétisant des dispositions énoncées par une circulaire conjointe de la direction de l'éducation surveillée et de la direction de l'action sociale en date du 26 février 1975.⁵⁷

« Le directeur, chef d'établissement, est chargé de la direction d'un établissement, il est responsable de sa bonne marche et assure sa gestion administrative et financière.

Le directeur a la responsabilité des actions pédagogiques, sociales, médico-psycho-éducatives ou techniques que l'établissement a été autorisé à conduire ; à ce titre, il est chargé en liaison avec les

⁵⁷ Décret n° 94-948 du 28 octobre 1994 portant statut particulier des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (4°, 5° et 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. La circulaire du 26 février 1975 s'adresse aux préfets de région et aux préfets des départements et leurs rappelle les conditions de fonctionnement des établissements relevant du secteur associatif. Après avoir rappelée l'importance que les directeurs soient titulaires du CAFDES, une de ses annexes décline

équipes éducatives, sociales, psychopédagogiques et techniques qu'il dirige, de l'élaboration et du suivi du projet d'établissement fixant les objectifs éducatifs, pédagogiques, thérapeutiques, sociaux et professionnels de l'établissement ainsi que la définition des projets individuels des personnes accueillies.

Le directeur assure la préparation et coordonne la mise en oeuvre des délibérations de l'organe délibérant de l'établissement.

Lorsque l'établissement possède la personnalité morale, le directeur, chef d'établissement, est ordonnateur des dépenses et procède à la nomination du personnel dans la limite du tableau des effectifs arrêté par le conseil d'administration. Lorsque l'établissement n'a pas de personnalité morale, le chef d'établissement ne peut exercer ces fonctions que par délégation de l'autorité compétente de la personne publique de rattachement. »

Ainsi définie, la fonction de directeur d'établissement social public articule les rôles d'administration générale et de gestion avec celui de direction technique. Le décret précise la latitude de la fonction de direction par rapport au rôle dévolu au conseil d'administration. Pour plus de précision sur la répartition des compétences, il faut se référer aux dispositions émises par l'article 22 de la loi du 30 juin 1975.⁵⁸ La précision de la compétence du directeur d'établissement social dans les techniques mises en oeuvre au niveau opérationnel est une particularité de ce statut. La définition de la fonction des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux est moins détaillée et s'en tient aux dispositions énoncées par la loi de 1975 : *« Le directeur, chef d'établissement, est responsable de la bonne marche de l'établissement dont il assure la gestion administrative et financière. Il est ordonnateur des dépenses. Représentant l'établissement en justice et dans les actes de la vie civile, il assure la préparation et coordonne la mise en oeuvre des délibérations de conseil d'administration de l'établissement, notamment du projet d'établissement. »*⁵⁹

La fonction d'administration et de gestion est toute sous-entendue dans l'expression de « bonne marche » de l'établissement. Elle est à rapprocher du comportement « de bon père de famille » cher aux organismes assureurs. Pour garantir le bon fonctionnement de l'établissement, le directeur respecte des normes émises par la réglementation. Il veille à la sécurité de tous, prévoit les

la fonction de direction en trois grandes rubriques, la fonction d'animation et de direction technique, la fonction d'administration et de gestion, les rapports entre le directeur et le conseil d'administration de l'établissement..

⁵⁸ L'article 22 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, modifié par l'article 15 de la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 précise à la fois le champ de compétence du conseil d'administration et celui du directeur.

⁵⁹ Décret n° 96-113 du 13 février 1996 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et modifiant le décret n° 88-163 du 19 février 1988 portant statut particuliers des grades et emplois des

travaux d'entretien des locaux et du matériel notamment en matière d'adaptation aux normes de sécurité et d'hygiène. Il organise la production des documents administratifs et budgétaires. Il assure la préparation du budget, son exécution et son compte rendu.

Le directeur est aussi chargé de l'administration et de la gestion du personnel. Si l'établissement jouit de la personnalité morale ou si le directeur en a reçu délégation, il nomme le personnel en correspondance au tableau des effectifs arrêté par le conseil d'administration. Il administre les personnels en respectant la réglementation en vigueur.⁶⁰ Il gère aussi les qualifications et prévoit les formations. Le directeur organise le travail, répartit le temps de travail, les compétences dans les équipes et évalue le travail de chacun à travers une procédure de notation qui tend de plus en plus à se transformer en procédure d'évaluation. Il organise aussi l'expression du personnel à travers les instances consultatives et l'ensemble des droits syndicaux.

Le directeur organise le service à l'utilisateur de l'établissement dans le cadre réglementaire de l'action sociale et dans le respect du droit commun.

La fonction d'animation et de direction technique contient tout le sens qu'il convient de donner à l'activité de l'établissement et qu'induit son agrément. La responsabilité du directeur est contenue dans la mission de l'établissement, mais aussi, à un niveau opérationnel, dans l'exécution d'une prestation de service. « *Le directeur a la responsabilité des actions pédagogiques, sociales, médico-psycho-éducatives ou techniques que l'établissement a été autorisé à conduire.* » Il coordonne, anime les différentes actions des professionnels autour du projet d'établissement dont il fixe les objectifs techniques. Il s'agit autant de la définition du champ opérationnel local de chaque professionnel, de sa place dans la prestation de service, que de « *la définition des projets individuels des personnes accueillies* » dont le directeur est le garant. Cette fonction d'animation et de direction technique n'est pas des moindres. Le directeur n'a pas toujours des cadres socio-éducatifs ou une technostrucure conséquente sur lesquels s'appuyer.

Les relations entre le directeur d'établissement et son conseil d'administration sont formalisées à la fois par le décret statutaire et la loi du 30 juin 1975. Le conseil d'administration délibère sur l'ensemble des orientations stratégiques de l'établissement. Son champ de compétence couvre les orientations budgétaires et financières, la politique immobilière de l'établissement et la

personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁶⁰ La plupart des personnels sont régis par les dispositions du titre IV de la fonction publique mais certains statuts échappent à ce cadre comme celui des contrats emploi - solidarités, emploi - jeunes ou d'apprentissage qui sont de droit privé et relèvent des dispositions du code du travail.

gestion globale des ressources humaines. Vis à vis du conseil d'administration, le directeur a des obligations de préparation de l'exécution des délibérations notamment par l'information sur la marche de l'établissement, la préparation des documents réglementaires tant au niveau administratif que budgétaire. Il exécute ces délibérations.⁶¹ Pour les services rattachés aux collectivités locales, les relations entre le directeur et la commission de surveillance sont sensiblement différentes. Le pouvoir de l'un et l'autre dépend de la latitude que leur laisse la collectivité locale.

Une grande majorité des directeurs interrogés dans le cadre de l'enquête pensent que le décret constitutif de leur corps décrit bien leur fonction ; 50% d'entre eux sont favorables sans réserve à cette définition ; 20% pensent qu'il correspond à leur fonction mais devrait être plus précis ; 5% pensent qu'il décrit bien leur fonction mais devrait être moins précis ; 5% pensent qu'il définit bien la fonction mais devrait être plus précis sur certains aspects et moins précis sur d'autres ; 20% pensent qu'il ne définit pas correctement leur fonction et devrait être plus précis.

De manière générale, on peut estimer que cette définition de la fonction de direction comporte des points forts et des points faibles.

Dans les points forts, on constate que le texte laisse une latitude dans les rapports entre le directeur et le conseil d'administration tout en préservant le pouvoir du directeur d'échapper à tout contrôle. Ce garde-fou a pourtant les limites que comporte l'accès à l'information. Le conseil d'administration contrôle le directeur à travers des délibérations obligatoires et des informations qu'il veut bien lui apporter. Le directeur peut très bien moduler l'exercice de ce contre-pouvoir. Ce décret renforce aussi la légitimité, l'autorité du directeur d'établissement social qui voit ses compétences administratives et budgétaires élargies à des compétences psycho-médico-éducatives. On ne peut néanmoins pas se méprendre, la véritable autorité ne s'acquiert qu'avec la crédibilité que donne l'action quotidienne où le directeur perd et gagne des points sur le terrain.

Dans les points faibles, on peut penser que cette définition manque d'envergure stratégique. Dans sa première partie, elle décrit un parfait administrateur, un prudent gérant de biens, mais certainement pas un audacieux chef d'entreprise de services. Elle comporte aussi deux grandes lacunes, la définition du champ de la responsabilité civile et pénale des directeurs et l'omission des outils de direction.

⁶¹ La répartition des pouvoirs a été analysée dans la première partie de ce mémoire.

Certains ont vu surgir, de ce cadre juridique, un modèle technocratique de directeur qui enterrerait définitivement un ancien modèle charismatique.⁶² Le directeur d'établissement social se présente en effet comme un technicien qui maîtrise à la fois le cadre juridique de droit commun, celui de l'action sociale, les techniques de gestion administrative et financière, les normes de fonctionnement des services que l'établissement offre, les techniques d'animation d'une équipe de professionnels, et les spécificités des usagers. En cela il est peu différent des chefs d'entreprises des secteurs industriels et commerciaux. Seuls ses objectifs diffèrent, ils sont dans le champ social exclusivement humains. Les aspects économiques n'apparaissent que comme des contraintes. L'exercice de la fonction est dans l'adéquation de l'établissement à sa mission qui résulte en la double satisfaction de la commande sociale et des besoins de l'utilisateur selon des normes de fonctionnement et des coûts maîtrisés.

Tous les directeurs n'attachent pas le même degré de difficulté aux différents aspects de leur fonction. Dans l'enquête effectuée dans le cadre de ce mémoire, les directeurs ont noté le degré de difficulté de 11 rubriques qui couvrent les contraintes dues aux finalités de l'établissement et celles qui sont issues de l'organisation ou de l'environnement de l'établissement. On constate que les directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux publics sont particulièrement attentifs aux variations de la mission de l'établissement et des besoins de ses usagers ainsi qu'aux contraintes de la gestion du personnel et des moyens financiers. Les autres difficultés sont induites par des contextes locaux ou par le faible degré de maîtrise que le directeur peut en avoir.

Les fluctuations de la question sociale et des attendus sociaux sont en tête des préoccupations des directeurs avec les fluctuations des caractéristiques et des besoins de l'utilisateur. Néanmoins ces préoccupations se présentent avec plus d'acuité, sous la forme d'une grande difficulté dans les foyers de l'enfance, les IME/IR et les CHRS. Les directeurs des établissements qui accueillent des adultes handicapés, des personnes handicapées de l'ouïe et de la parole ou de la vue sont moins sensibles aux variations de leur mission. On peut penser que les caractéristiques des besoins de leurs usagers sont relativement stables.

On peut rapprocher les constatations de cette enquête de celles énoncées par l'ADC/ENSP en 1993: « *En majorité les directeurs demeurent des travailleurs sociaux, tant au niveau de leurs pratiques que de leurs représentations. A cela s'ajoute toute la culture du social qui fonde la légitimité du directeur sur la compétence en matière de relation d'aide. Alors, les interventions paraissent être conçues comme inhérentes à la fonction, et ne pas devoir être incompatibles avec un*

⁶² J. Désignaux, 1996, L'évolution des fonctions de direction, in A Thévenet, *Créer, gérer, contrôler un équipement*

*discours de type managérial. Elles représentent la norme collective autour de laquelle chacun essaie de révéler sa compétence.*⁶³ »

Au niveau des contraintes dues à l'organisation, la gestion du personnel et les moyens financiers sont deux préoccupations majeures. L'importance de l'histoire de l'établissement est inégalement répartie, mais pour certains directeurs elle est une difficulté majeure. Les relations avec le conseil d'administration ne sont vécues comme difficiles que par 5 % des directeurs.

Les contraintes dues à l'environnement sont jugées moins préoccupantes mais les établissements qui sont financés par l'aide sociale de l'Etat (CHRS) et ceux financés par l'assurance maladie mettent en avant l'affrontement des logiques institutionnelles. Seuls 15 % des directeurs connaissent des difficultés dues aux stratégies « politiciennes » locales. Ils se répartissent sur l'ensemble des types de structures mais deux sur trois ne sont pas autonomes.

Les entretiens menés auprès de 10 directeurs apportent des précisions quant à l'idéal de la fonction et à la manière dont chacun l'assume à partir des réalités contextuelles ou de ses capacités humaines et techniques.

Pour certains, l'idéal rejoint la réalité. Etre directeur, c'est fonder le sens et initier la stratégie de pilotage d'une dynamique d'établissement. Ils n'aspirent qu'à être au service de la structure qu'ils dirigent et à servir ses missions. Ils mettent en place une stratégie qui n'aura de corps que dans son partage et son appropriation par les autres acteurs.

Pour d'autres, le directeur est pris dans les mailles du filets des contraintes. « *La réalité empêche de mettre en oeuvre les concepts.* » On les sent près du terrain. La responsabilité technique médico-psycho-éducative est leur champ de pouvoir. Ils vivent les contraintes de l'organisations comme un péril à la dimension humaine de leur mission. Ils regrettent l'état « préhistorique » des moeurs des établissements. Ils remettent sans cesse la mission et l'utilisateur au centre d'une organisation qui a trop tendance à vivre pour elle même.

Il y a aussi ceux qui s'inscrivent dans un lien direct au contrat social. Ils sont les nouveaux hussards de la République. Ils sont les délégués d'une mission qui leur est transmise codifiée. Ces directeurs fondent leur fonction sur des valeurs républicaines. Ils inscrivent leur action dans l'équilibre des droits et des devoirs du citoyen qu'ils sont, au service des autres citoyens et de l'intérêt général. Ils sont porteurs de ce sens qu'ils tentent d'insuffler à leurs collaborateurs: « *féconder le passé pour engendrer l'avenir telle est la mission du présent.* »⁶⁴

social ou médico-social, Pages 310 à 322, 3^e édition, ESF éditeur.

⁶³ D. Truchat et D Bondu, 1993, *De l'éducateur... au manager*, page 57, enquête de l'ADC/ENSP, IFPTS Lyon.

⁶⁴ Mon interlocuteur prêtait l'origine de cette citation à Nietzsche.

D'un autre type sont ceux qui s'inscrivent dans un rôle rassurant. Ils sont les garants de la sécurité de tous et des moyens en direction des professionnels qu'ils dirigent. Ils sont aussi les garants de la qualité du service rendu à un niveau individuel par leur investissement auprès de chaque usager, collectivement à travers le soin qu'ils donnent au projet d'établissement.

Les directeurs rencontrés sont à la fois semblables et dissemblables.

Ils sont dissemblables par l'innée et par l'établissement qu'ils dirigent, la situation où ils exercent leur fonction.

Ils sont semblables par le sens humaniste qu'ils donnent d'emblée à leur fonction. Mais ils reconnaissent aussi que pour accéder à ce sens, il est nécessaire de maîtriser d'incontournables acquis techniques. Ils recherchent un juste équilibre entre la gestion lourde et complexe, qui nécessite un recul d'autant plus nécessaire que la structure est importante, et le contact avec le quotidien de leurs usagers.

Chacun peut être l'homme probable de toutes les situations par ses acquis mais il aspire avant tout à être l'homme de la situation en exprimant aussi son innée. Ils dépassent le manque d'envergure de la définition de leur fonction pour exprimer sa dimension stratégique dans la réalité.

II- Les outils de la fonction.

« Définir le sage administrateur, ce serait évoquer la figure d'un Socrate gestionnaire dont l'action respecterait à la fois l'esprit des lois, l'esprit des hommes et l'esprit des lieux. »⁶⁵ Cette définition comporte toute la complexité de la fonction de direction. Etre directeur d'un établissement social ou médico-social public, c'est prendre en compte en permanence l'ensemble des éléments évoqués par les approches symbolique, humaine, structurelle et politique. « L'enjeu n'est rien moins que l'efficacité, l'efficience, la dynamisation, l'élasticité, l'adaptation; la flexibilité, la promotion et la qualité des entreprises dans un contexte socio-économico-politique difficile et partant le devenir de leurs salariés et des usagers. »⁶⁶

On peut tenter d'en définir les outils à travers trois verbes : diriger, manager, gérer. Le directeur dirige, il donne une direction et un sens à l'action de l'établissement. Le directeur manage des équipes pluridisciplinaires et crée des synergies humaines. Le directeur gère des moyens humains, financiers et matériels. Les directeurs interrogés dans le cadre de l'enquête devaient classer les trois

⁶⁵ B. Saint-Sernin, 1979, *Le décideur*, éditions Gallimard.

⁶⁶ J.L. Léonard, 1994, *Manager autrement: les outils du management hospitalier*, page 37, TSA Editions.

thèmes par ordre de priorité et de difficulté. Diriger est une priorité pour une majorité (45,45 %), puis vient gérer (30,30 %) et manager (24,25 %). L'ordre de difficulté s'inverse. La majorité pense que gérer est plus difficile (42,8 %) que diriger (33,04 %) et que manager (23,8 %). Ce classement est plus significatif de l'idée que se font les directeurs de leur fonction que de préférences ou difficultés réelles. Les termes ne sont que les reflets ordonnés de pratiques que tout directeur mêle sans cesse au quotidien. Les outils utilisés sont le plus souvent polyvalents.

1)- Diriger : donner un sens à la dynamique du système.

Diriger, c'est donner un sens à l'organisation, lui donner à la fois une signification et une direction. La signification est à rechercher dans les valeurs fondatrices de l'action sociale, dans les missions de l'établissement et les besoins de ses usagers. La direction est à donner à partir de ce sens fondateur à travers les contradictions du présent qui le renforcent pour l'avenir. Il s'agit d'une vision de la persistance dynamique des valeurs dans l'affrontement des exigences du moment. « *Diriger c'est cerner, discerner des faits, les rassembler, les relier, établir et faire ressortir les relations et les corrélations, enfin croire qu'ils sont porteurs de sens.* »⁶⁷

Les actions des professionnels doivent avoir le même sens, les mêmes signification et direction, la satisfaction de la mission et des besoins de l'utilisateur. Le court terme ne doit pas être séparé du long terme. L'ensemble du personnel de l'établissement doit être inclus dans une vision stratégique. C'est dans la direction qu'elle donne que s'exprime la fonction de leadership au niveau opératoire. Le partage de sa signification doit accompagner la décision de la direction à prendre. Un travail est nécessaire pour permettre la locomotion du groupe. Pour développer l'énergie de production collective, il faut expliquer la pertinence des buts, les rendre compréhensibles et permettre à chacun de se les approprier. On peut générer le partage du sens à travers trois types d'outils : la construction d'une organisation apprenante, la mise en place d'un contexte participatif à l'élaboration de la décision et un système de communication aux supports variés mais non pléthoriques.

C. Agyris et D. Schön ont mis en évidence deux formes d'apprentissage dans les organisations. L'apprentissage en simple boucle et celui en double boucle. Dans le premier, en cas de difficulté, l'organisation se borne à changer de stratégie sans s'interroger sur les valeurs qui la

sous-tendent. Dans le second, les valeurs qui guident les stratégies d'action sont remises en question. Les nouveaux choix opérationnels sont formulés à partir du sens général maintenu ou modifié.⁶⁸ L'organisation devient apprenante lorsqu'elle parvient à organiser de manière durable l'apprentissage en double boucle.

Le sens de la mission et la compétence des professionnels à agir pour sa satisfaction dans une prestation de service de qualité est une construction permanente. Cette construction est une interaction entre des apports externes et des connaissances internes. Le plan de formation doit permettre au collectif et aux individus d'entrer en relation avec leur environnement par des actions de formation. Il doit aussi faire émerger la connaissance interne. Un maillage de réunions de réflexion, d'analyse des pratiques et d'échanges professionnels est indispensable à l'amélioration de l'activité et à la coordination des professionnels, mais doit pouvoir déboucher sur un questionnement en rapport avec la mission de l'établissement. Des outils de questionnement des valeurs de la mission et d'élaboration de sa mise en oeuvre dans une prestation de service peuvent être taillés sur mesure dans le patron des démarches de qualité ou de projet.⁶⁹

Le processus de décision doit favoriser la production de sens par un lien interactif entre le directeur et le personnel. Il doit articuler concomitamment trois phases : l'information, la consultation/concertation et la délégation. Pour produire du sens, une information doit permettre, à celui qui la reçoit, d'articuler une réalité objective à une visée stratégique. A partir de cette information les récepteurs doivent exercer un retour auprès du décideur dans une consultation (feedback) et une coproduction de sens dans une concertation. Les instances consultatives prévues dans les établissements sociaux publics sont un excellent support dans la mesure où la simple information ne sert pas de consultation et de concertation. Dans une dernière phase la mise en oeuvre de la décision sera déléguée et permettra encore des ajustements au niveau opérationnel. Partager le sens est la manière de renforcer l'identité de l'établissement, de dépasser les corporatismes et les équipes forteresses. Pourtant, on ne peut ignorer la dimension politique de toute organisation. Parfois il y a trop de pouvoir à perdre pour certains acteurs à adhérer au sens collectif.

⁶⁷ D. Dobiecki, 1998, *Diriger une structure d'action sociale aujourd'hui: valoriser les ressources humaines*, ESF éditeur.

⁶⁸ C.Argyris, *Les individus sont guidés par leur désir d'apprendre*, in *Comprendre les organisations*, revue Sciences Humaines, mars -avril 1998.

⁶⁹ Cf. , le chapitre sur l'élaboration du projet pédagogique, thérapeutique et éducatif de l'IME "Léon Debat-Ponsan", 3e partie.

Le réseau de communication est à penser en tenant compte que chaque information sera décodée à partir de son support, de la situation où elle est transmise et des dispositions interprétatives du destinataire.⁷⁰ Il est inutile de donner à tous les membres d'une équipe la même information sur le même support. Il est donc essentiel de créer un réseau de communication qui atteigne les acteurs du système par plusieurs voies. On peut envisager plusieurs types de circuits de communication à partir de trois modèles de base : les réseaux nodulaire, radioconcentrique et sectoriel. Dans le réseau nodulaire, les différents noeuds de communication sont en relation entre eux sans hiérarchie ni direction. C'est le réseau classique de l'ajustement opérationnel des professionnels. C'est aussi le circuit qu'utilisent « les bruits de couloir ». Le réseau de communication nodulaire peut être centré, c'est le circuit qu'utilisent le journal de l'établissement, les notes d'information ou de service et la pratique du référent du projet de l'utilisateur (schéma n° 3). Dans le réseau radioconcentrique les noeuds de communication sont organisés hiérarchiquement. Certains de ces noeuds sont en relation avec le centre du réseau de communication. Chaque noeud n'est en relation qu'avec une partie du réseau, c'est le circuit de relation organisé autour du conseil d'administration de l'établissement. Les personnels sont représentés dans des instances délibérantes. C'est aussi l'organisation classique du circuit de communication hiérarchique (schéma n° 4). Dans le réseau sectoriel toute relation emprunte une ligne hiérarchique unique. Il n'a qu'une seule voie de communication (schéma n° 5)⁷¹. C'est le réseau de communication qui s'établit autour d'une personne qui est responsable d'un domaine réservé. Tout vient d'elle, tout passe par elle.

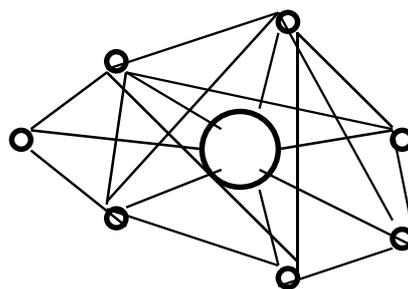


schéma n°3

⁷⁰ La théorie mathématique de la communication exposée par C. Shannon et W. Weaver sert de référence de base à l'ensemble des théories de la communication.

⁷¹ Yves Rollier, 1998, *Le travail en réseau*, document de travail; CREAI de Bretagne.

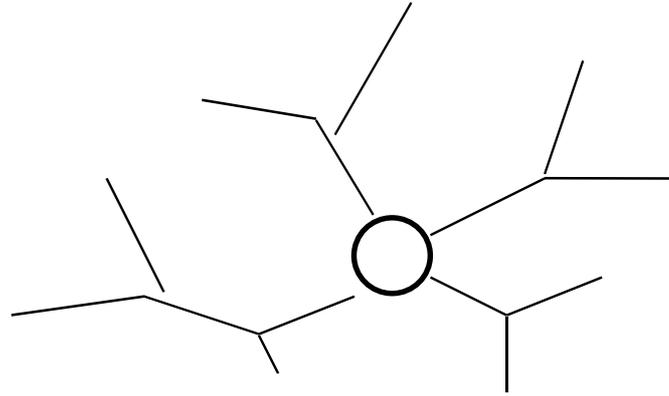


schéma n°4

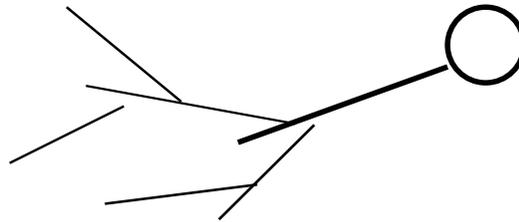


schéma n°5

Il faut combiner plusieurs types de circuits de communication afin que chacun puisse recevoir l'information en tant que membre de l'établissement (journal d'entreprise, assemblées générales du personnel), en tant que professionnel (réunions de service) et en tant qu'acteur politique (instances consultatives). L'information doit rester pertinente dans ses contenu et contenant pour garder aux différents rôles leur juste place. La construction du sens dans le partage est à ce prix. Le réseau formel de communication n'empêche pas l'apparition d'un réseau informel mais l'établissement est d'autant plus sujet aux rumeurs que la stratégie directoriale est peu partagée.

2)- Manager : créer des synergies humaines.

Le verbe manager prend différentes significations suivant les origines qu'on lui prête. Issu de la langue anglo-saxonne, « to manage » contient la direction d'une entreprise au sens large. Le manager devient un spécialiste du management, de la direction, de la gestion d'une entreprise. Issu

de la langue française, manager s'adoucit avec ménager qui rappelle l'expression de « gouverner en bon père de famille ». Issu de la langue italienne, managiere, manager prend le sens de piloter de façon professionnelle.

Dans ce mémoire, le sens qui est donné à manager est moins large que celui de son homonyme anglo-saxon puisque son champ se réduit à la direction des hommes : manager des équipes pluridisciplinaires, créer des synergies humaines. Dans ce contexte, il s'agit de factoriser la capacité de chacun pour produire une force collective, de ménager, voire d'aménager les intérêts personnels pour favoriser l'atteinte d'objectifs collectifs. En remplissant sa mission, l'organisation peut satisfaire doublement des besoins humains, ceux de ses usagers et ceux de ses personnels. Dans ce sens, le management utilise le plus souvent les outils de l'activation énoncée par R. Thietart comme « *un processus qui a pour but d'animer les hommes, qui planifierait, organiserait et contrôlerait. L'activation vise aussi à faciliter la vie de l'organisation en permettant la résolution des conflits et en aidant au processus de négociation.* ⁷² »

Le directeur tente de convertir le maximum d'énergie latente en une énergie utilisable puis de maintenir l'équilibre entre énergie de production et énergie d'entretien du groupe. Tout est dans la recherche de motivations individuelles et collectives. Il est classique de lier la notion de mobilisation à celle des besoins de l'individu. A.H. Maslow distingue la motivation de développement de celle qui tend à combler un manque.⁷³ L'une et l'autre tiraillent l'individu dans une échelle des besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, de reconnaissance et d'accomplissement. Les quatre premiers niveaux de besoins doivent être atteints pour que la motivation de développement puisse être transformée en énergie de production. Si l'un des quatre premiers niveaux n'est pas satisfait, la motivation se trouvera vers cette insuffisance pour la combler. La participation à l'entreprise n'est qu'un biais pour satisfaire d'autres besoins. L'essentiel de la motivation est externe à l'objet du travail. Ramenés à la locomotion des groupes, les quatre premiers niveaux de besoins tendent à la conservation du groupe, le cinquième est l'énergie de production.

Il peut paraître évident que la satisfaction des besoins de base est largement pourvue dans l'établissement public par la rémunération et les conditions de travail. En fait l'appréciation des besoins physiologiques et de sécurité est imminemment subjective. Par exemple, la crainte de remise en question d'un certain nombre d'acquis sociaux et d'organisation du travail à l'occasion de la « remise à plat » censée préparer le passage aux 35H de travail hebdomadaire peut détourner de nombreux personnels des objectifs de l'établissement au profit de revendications corporatistes. Le

⁷² R Thietart, 1992, *Le management*, Que sais-je ? éditions PUF.

directeur est pris dans un dilemme où pour recentrer ses moyens vers les objectifs, il court le risque d'en détourner ses personnels et d'obtenir le contraire de ce qui est recherché. Le management est ici fin pilotage des ressources humaines.

Le sentiment d'appartenance et le besoin de reconnaissance sont recherchés de façon variable par les individus. Dans l'établissement, ils peuvent être développés à travers le réseau de communication et les délégations dans la mesure où ces outils favorisent la participation active à la vie de l'établissement et légitiment la prise de responsabilité. Ce qui est attendu n'a rien à voir avec une démagogie à base de fausse estime ou de pseudo gratitude mais paraît plutôt de l'ordre de l'échange évaluatif empreint de respect, d'écoute et de compréhension. L'entretien individuel d'évaluation associé à la procédure de notation paraît indispensable pour que chaque membre du personnel puisse accéder à la reconnaissance. La délégation est une marque de reconnaissance, elle prépare l'accomplissement individuel.

Le type de motivation que le manager met en place dépend de la philosophie de l'homme au travail à laquelle il adhère. Pour D. Mac Grégor, deux pôles théoriques s'opposent.⁷⁴ Si le manager pense que l'individu éprouve une aversion innée pour le travail et qu'il faut le contraindre, le contrôler et le sanctionner, il adhère à la théorie X. Si le dirigeant pense que l'effort physique et mental dans le travail est aussi naturel que le jeu et le repos, et que cet effort peut être dirigé vers des buts en laissant l'homme s'autocontrôler, s'il pense que l'individu recherche des responsabilités, que les ressources d'imagination, d'ingéniosité, de créativité sont largement distribuées dans la population mais qu'elles sont partiellement employées, il adhère à la théorie Y. En fait, chaque directeur peut pencher pour l'une ou l'autre théorie suivant les individus, les groupes ou les circonstances qu'il côtoie. Le management de la motivation est entre le scepticisme de la théorie X et l'angélisme de la théorie Y.⁷⁵

Il ne paraît pas possible de baser le développement de l'énergie de production sur l'unique coercition collective et individuelle comme il ne paraît pas souhaitable de rechercher l'harmonie à tous prix. Les conflits apportent leur part de construction s'ils respectent les personnes et ne deviennent pas des fixations. Manager, c'est aussi aménager les pouvoirs dans l'organisation et réfléchir à la distribution des rôles, à ce qu'elle produit ou pourrait provoquer. Manager c'est organiser stratégiquement les ressources humaines. Les outils privilégiés du management pourraient être une organisation claire du travail qui facilite la responsabilité dans l'exercice professionnel et la satisfaction de besoins de base, sécurité des hommes, du statut et des règles de travail. Une

⁷³ A.H; Maslow, 1972, *Vers une psychologie de l'être*, éditions Fayard.

⁷⁴ Douglas Mac Grégor, 1971, *La dimension humaine de l'entreprise*, éditions Gauthier-Villars.

organisation démocratique doit permettre la prise de responsabilité professionnelle et l'expression. « *La mise en jeu des compétences est une des fonctions premières du manager qui ne se limite pas à gérer des ressources humaines, mais une dynamique des savoirs et des compétences* »⁷⁶ Au delà de l'organigramme formel des instances consultatives, il est nécessaire d'instaurer des instances de régulation, des réunions de services et des espaces de convivialité.

3)- Gérer : tenir compte des contraintes et créer des indicateurs de satisfaction de la mission.

Issu du latin, gerere, faire, porter, gérer est administrer, régir pour son compte ou celui d'autrui. C'est faire fonctionner. On trouve au verbe gérer des synonymes significatifs tels que maîtriser, veiller et surveiller.⁷⁷ Il est défini comme gérer des moyens financiers et humains. Cette partie de la fonction de direction de l'établissement social fait appel à l'administration du personnel, à la gestion des ressources financières et de l'ensemble des moyens matériels, aux mieux des contraintes qui leurs sont inhérentes, pour la satisfaction de la mission et l'exécution qualitative de la prestation. La stratégie recherche l'efficacité dans l'atteinte des objectifs. La gestion recherche l'efficience, l'optimisation des efforts produits dans le strict respect du cadre de leur utilisation. Il n'est pas question de rechercher une optimisation de gestion financière en outrepassant les règles de la gestion des finances publiques ou de déroger aux règles statutaires du personnel. L'efficience est une recherche permanente, un recalage constant des indicateurs de gestion qui doivent suivre les mouvements stratégiques de l'établissement. Ces indicateurs mesurent l'écart qui existe entre l'exécution réelle de la mission et les objectifs assignés. Ils mesurent la répartition de l'énergie dépensée en ressources humaines, financières et matérielles. Ils permettent le réajustement et la prévision. Ces indicateurs doivent mesurer la qualité et la quantité des prestations de l'établissement au regard des attentes de sa mission.

Plusieurs outils peuvent être utilisés dans cette gestion de l'activité et de ses coûts. Les documents budgétaires et comptables sont d'importants supports. Le budget prévisionnel est l'occasion de faire la vérité sur le rapport idéal moyens/prestation. La période de débat budgétaire est une négociation d'où émergent des choix parfois douloureux. La stricte exécution du budget nécessite l'élaboration d'indicateurs de dépenses et leur suivi. L'analyse financière donne à la

⁷⁵ On pourra compléter cette vision quelque peu manichéenne, par le quadruple éclairage de l'homme déchu, l'homme de raison, l'homme de désir et l'homme de parole, proposé par J-M Miramon, D couet, J-B Paturet, Ibid pages 55 à 69.

⁷⁶ R. Lapauw, 1993, *La pratique du management des entreprises sanitaires et sociales*, éditions Privat.

gestion des moyens financiers une dimension d'appui de la démarche stratégique de l'établissement qui perdent ainsi leur caractère de contrainte passive qui freinerait toute dynamique. L'élaboration du bilan social est l'occasion de mettre en place quelques indicateurs qui permettront une gestion prévisionnelle des ressources humaines, bilan de fonctionnement des instances consultatives, utilisation des emplois, pyramide des âges, taux d'absentéisme, mouvement des personnels sont autant des bilans de la gestion des ressources humaines que des outils de projections. Les bilans d'activité des services doivent énoncer et évaluer la quantité et la qualité des prestations fournies par l'établissement. Ils sont les compléments de l'évaluation annuelle des professionnels par rapport à l'exécution des tâches qui leurs incombent.

Gérer c'est avant tout permettre à l'établissement d'avoir les moyens de sa stratégie. C'est aussi lui donner des capacités de réactivité.

4)- Les réseaux : outils indispensables de la fonction de direction.

Les réseaux ne sont pas simplement à la mode. Ils paraissent être l'incontournable manière d'agir dans la complexité croissante de l'activité humaine. Le secteur sanitaire et social met en avant les réseaux pour dépasser les difficultés de l'organisation de la protection sociale à s'adapter à de nouveaux besoins et de nouvelles contraintes. La segmentation des réponses, la spécialisation et le cloisonnement des acteurs engendrent bien des difficultés, sinon à aborder l'individu dans sa globalité, ce qui peut être irréaliste, mais du moins à individualiser l'action sociale. Les textes qui rénovent le secteur sanitaire et social mettent en avant les réseaux comme des outils indispensables. La réforme de l'hospitalisation énonce la coopération et la constitution de réseaux comme des outils d'organisation du secteur hospitalier.⁷⁸ La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions énonce une volonté similaire par la création d'un observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, de commission de l'action sociale d'urgence, de comités départementaux de coordination des politiques de prévention et de lutte contre l'exclusion.⁷⁹ Ce mouvement devrait toucher l'ensemble des établissements qui relèvent de la loi du 30 juin 1975. « *En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, les établissements et services mentionnés à l'article 26-2 peuvent constituer des réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés. Ces réseaux*

⁷⁷ Grand dictionnaire encyclopédique, 1983, éditions Larousse.

⁷⁸ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, art. 29.

⁷⁹ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, articles 153, 154, 155 et 156.

ont notamment pour objet d'assurer une meilleure orientation des personnes concernées, de favoriser la coordination et la continuité des prises en charges et prestations qui leur sont dispensées en établissement, service, à domicile, en accueil familial ou en milieu ordinaire, en organisant des filières adaptées ; ils peuvent, dans des conditions précisées par voie réglementaire, associer des établissements de santé, des professionnels de santé ou des collectivités publiques ou leurs établissements, notamment d'enseignement. »⁸⁰

De la même manière qu'il positionnera son établissement dans des réseaux externes, le directeur pourra tenter de constituer des réseaux internes. Un réseau de communication et la constitution d'une équipe de direction qui soit un réseau de diffusion de la stratégie de l'établissement et de contrôle opérationnel sont les prémices d'une organisation interne en réseau.

S'ils paraissent être la panacée qui permettra aux établissements sociaux de s'adapter, les réseaux ne sont néanmoins pas exempts de difficultés.

4-1)- Mythe et réalité des réseaux.

Le mot réseau trouve son origine dans le diminutif de rets qui est un filet. Par extension, il est devenu la création de liens en tant que support (le réseau de communication) et en tant qu'appartenance à un collectif (un réseau d'anciens élèves).

La volonté de travail en réseau est très présente dans le champ de l'action sociale. Elle est une double volonté d'intervention sur la globalité de l'utilisateur et de lier les dispositifs dont il bénéficie. On peut y voir un souci de maîtrise « totalitaire » des personnes, mais cette volonté exprime surtout une tentative d'individuation du bénéficiaire de l'action sociale par des approches différentes et coordonnées. Le réseau s'impose donc comme une réponse globale aux besoins de l'utilisateur et une coordination des acteurs dans un système d'échange. Il n'est pas étonnant que la prise en charge en réseau soit mise en avant dans un contexte où la question sociale se complexifie et où le financement de sa prise en compte ne peut plus être inflationniste. Le réseau tendrait théoriquement à résoudre les problèmes posés par la segmentation des dispositifs de l'action sociale et de la raréfaction des ressources pour permettre une prise en charge individualisée de qualité.

Au delà de l'action sociale, le réseau paraît être un outil universel pour aborder la complexité puisqu'il prétend réunir des logiques différentes dans le partage de finalités communes. D. Genelot le définit comme « *une dynamique constituée par les connexions et les échanges des personnes ou groupes de personnes (les noeuds du réseau) animés par des finalités et des valeurs partagées, capables d'adapter une conduite à la fois autonomes et référencée à ces finalités et à ses valeurs, se*

⁸⁰ Direction de l'action sociale, Projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-

reconnaissant mutuellement comme membres du réseau, utilisant des symboles de communication et des règles de conduite commune qui les distinguent des autres et produisent ainsi l'identité propre du réseau.⁸¹»

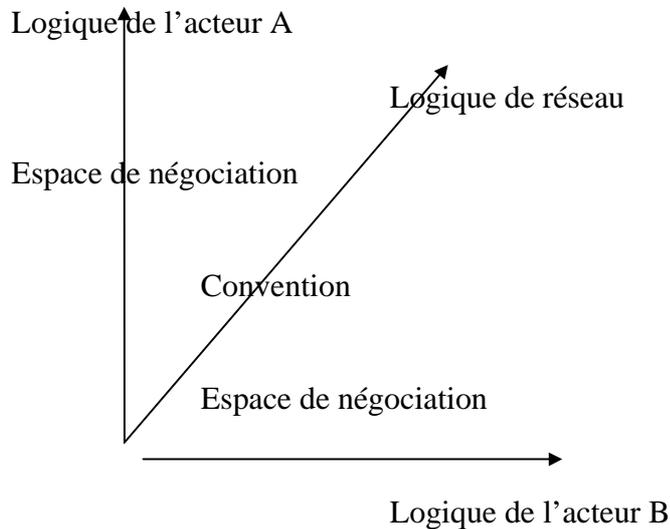


Schéma n°6

Toute la difficulté du réseau est dans cet accolement de logiques différentes sur un principe dialogique.⁸² Associer des logiques d'acteurs dans une conjonction de finalités tout en permettant la disjonction des logiques individuelles est un effort permanent, un rocher de Sisyphe. Pour maintenir le cap du sens du réseau, il faut un garant, une autorité bâtie sur une forte légitimité. Cette légitimité peut être donnée par un cadre juridique législatif ou conventionnel mais doit être relayée dans une fonction de leadership (schéma n°6). Pour jouer pleinement son rôle, cette fonction doit être au centre du réseau de communication. C'est de cette centralité qu'elle diffusera le sens et recueillera les informations nécessaires à la vie du réseau.

Les difficultés à créer des synergies augmentent proportionnellement au nombre des membres du réseaux et avec l'éloignement des logiques. Les représentations symboliques des rôles, les pouvoirs formels définies par la convention et les pouvoirs informels générés par celle-ci trouveront dans les cas difficiles un terrain d'expression et de conflits.

Pour donner quelques chances au réseau, des préalables sont nécessaires à sa constitution. Son sens doit être garanti par une légitimité forte qui doit naître d'un cadre juridique ou conventionnel et s'accomplir dans une fonction de leadership. Le réseau de communication doit

sociales, document de travail du 23 décembre 1998.

⁸¹ D Genelot, 1998, *Manager dans la complexité*, p.255, INSEP éditions.

⁸² Cf. infra, première partie, chapitre « l'effet pelote de laine ».

permettre la centralité de ce leadership par rapport aux autres membres. Chaque partenaire doit pouvoir garder la latitude qui est la sienne hors du réseau.

4-2)- L'équipe de direction comme partage de la fonction de direction.

On peut considérer l'équipe de direction d'un établissement social et médico-social comme un réseau interne d'élaboration, de diffusion, de contrôle de la mise en oeuvre et de réajustement de la stratégie de l'établissement. Cet indispensable outil à l'accomplissement de la fonction de direction comporte les avantages et les travers de tout réseau.

Dans leur large majorité, les directeurs qui ont répondu à l'enquête effectuée pour ce mémoire, pensent qu'il faut, dans tous les cas, constituer une équipe de direction (85%). Une minorité de directeurs estime qu'elle n'est pas nécessaire dans tous les établissements (10%). Certains pensent qu'elle est une utopie (5%). Cette belle homogénéité cache une grande diversité des pratiques qui trouve son origine dans la diversité contextuelle de l'exercice de la fonction de direction. Les subtilités de langage reflètent les différences de mise en oeuvre. L'équipe de direction est parfois entendue dans un sens strict comme une équipe composée d'un directeur chef d'établissement et de directeurs des services. Le plus souvent elle s'élargit à des cadres de catégories A et B qui exercent des responsabilités effectives dans les secteurs administratif et financier, éducatif, médical et paramédical. Parfois l'équipe de direction mue en conseil de direction qui n'est pas sans rappeler le conseil des ministres. Elle positionne chacun de ses membres dans un rôle de conseil du chef d'établissement et d'exécution de ses directives. Parfois une distinction est faite entre l'équipe de direction qui est composée des personnes avec qui le directeur partage la stratégie globale de l'établissement et l'équipe de direction technique, avec qui les membres de l'équipe de direction partagent la tactique opérationnelle.

L'organisation d'une équipe de direction trouve son origine dans la constatation que le directeur ne peut seul diffuser la stratégie, recueillir les informations et conduire toutes les actions. L'équipe de direction organise le partage de la fonction de direction. Comme tout réseau, elle doit rassembler ses membres sur le sens de l'activité de l'établissement, elle doit permettre à chacun de se voir attribuer une latitude par la délégation, elle doit reposer sur un réseau de communication qui la positionne au centre de l'organisation. Elle organise aussi en son sein des temps d'échange. Les réunions régulières doivent permettre l'information, la coordination, la concertation et l'évaluation des actions entreprises mais aussi de débats autour de voies nouvelles.

J.R. Loubat définit les cadres comme « *des gestionnaires de systèmes techniques et sociaux.* »⁸³ Ils gèrent les systèmes techniques qui font la partie opérationnelle de la prestation de service, ce qui sous-entend qu'ils puissent partager des capacités techniques avec les professionnels qu'ils dirigent. Ils gèrent des systèmes sociaux dans le management direct des hommes. Leur rôle suppose la maîtrise d'outils de gestion globale et des outils d'évaluation notamment du personnel. Leur fonction doit être clairement définie et positionnée dans un organigramme.

L'organisation d'une équipe de direction qui ne soit pas qu'un conseil de direction, mais aussi un comité de pilotage stratégique, nécessite une double volonté. Une volonté politique de générer davantage d'implication, de motivation et d'adhésion de la part des cadres. Une volonté organisationnelle de faire partager l'information et de responsabiliser les cadres au fonctionnement de l'établissement. Elle prend alors dans l'organigramme la forme d'un réseau radioconcentrique qui se superpose à un réseau de communication du type nodulaire centralisé. Ainsi formée, elle devient un centre stratégique capable d'utiliser les forces centrifuges et centripètes de la diffusion de la direction et de son contrôle.

Conclusion: créer un système de pilotage de l'établissement.

L'ensemble des outils de direction, de management et de gestion sont à combiner dans un système de pilotage. La direction donnée ne saurait être poursuivie sans un management des hommes et une gestion des contraintes techniques de l'établissement. Partager la signification et la direction de la stratégie de l'établissement participe à la motivation des acteurs. Aucune stratégie n'a de chance d'aboutir si elle ne prend pas en compte la gestion des contraintes, qui, réciproquement, ne prennent de sens que dans celui de la stratégie. La gestion pour la gestion est un mouvement perpétuel vide de sens. Comment manager les hommes sans faire référence à la signification de ce qui les rassemble ?

Pour analyser la combinaison complexe des éléments internes et externes de l'établissement qu'il dirige, le directeur a tout intérêt à prendre du recul. Pour articuler la diffusion du sens stratégique et recevoir des retours de l'organisation il doit être au centre du système. Quel homme peut prétendre posséder de telles facultés d'ubiquité ? Pour utiliser toutes les forces centrifuges de diffusion de la stratégie et maîtriser les forces centripètes du contrôle nécessaire à la direction d'un établissement, un homme seul ne peut pas y suffire.

⁸³ J.R. Loubat, 1997, *Vers la constitution d'un groupe de pilotage ou d'une armée mexicaine ?*, in *L'affirmation des*

Un système de pilotage est à créer à la mesure de l'établissement. Plusieurs outils de base peuvent être envisagés.

Un ensemble de démarches de projet croisées doit articuler les valeurs contenues dans la mission de l'établissement à des préoccupations humaines qui sont celles des usagers et du personnel, les mettre en perspective dans une organisation qui ménage des pouvoirs aux acteurs de l'activité de l'établissement.

Un ensemble d'indicateurs de gestion peut être élaboré à partir des documents qui accompagnent le cycle budgétaire.

Un ensemble de réseaux de communication interne et externe associe les acteurs à la vie de l'établissement.

Une équipe de direction, dont les cadres diffusent et réajustent la stratégie de l'établissement. Son efficacité suppose qu'elle soit au centre des réseaux de communication, que les délégations soient précises mais permettent une latitude, que sa composition soit le reflet de l'organisation de l'établissement, et que ses actions s'inscrivent dans une transversalité volontaire.

Introduction

Dans le cadre de la formation de directeur d'établissement social, j'ai effectué un stage de dix mois auprès du directeur des établissements sociaux et médico-sociaux de l'hôpital local de Muret. Cet établissement est certainement à l'avant-garde des plates-formes multiservices médico-sociales qui naîtront des restructurations hospitalières et du rapprochement des secteurs sanitaire et social. Cette situation est une revanche pour un établissement dont l'histoire est marquée par l'échec, il y a trente ans, dans l'importante place qu'il devait prendre dans le secteur médico-social. Son histoire et ce qu'il devient en font un établissement complexe (I).

La fonction de direction s'exprime à travers une équipe pluridisciplinaire qui pilote l'ensemble à travers des démarches de projets croisées. J'ai eu la chance de participer à ce pilotage et de conduire certaines démarches (II).

I- La complexité de l'hôpital local de Muret.

L'hôpital local de Muret est un établissement public de santé de deuxième classe. Il propose 324 lits et places réparties en cinq structures qui sont rassemblées sous cette identité juridique depuis 1995.

L'institut médico-éducatif « Léon Debat-Ponsan » assure une mission d'éducation spécialisée pour des enfants et des adolescents déficients intellectuels moyens, sévères ou profonds avec ou sans troubles associés (68 places).

La maison d'accueil spécialisée « Marcel Sendrail » accueille des adultes handicapés dépourvus de toute autonomie et nécessitant des soins constants (72 places).

Le foyer d'accueil spécialisé à double tarification « Le Hurguet » accueille des personnes handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps associés dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toutes activités à caractère professionnel et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes de la vie quotidienne (24 places).

Le service de soins de longue durée « Robert Debré » prend en charge des personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (80 lits).

La maison de retraite « Le Castelet » accueille des personnes âgées autonomes nécessitant une assistance dans les actes essentiels de la vie courante (80 lits dont 40 sont médicalisés).

La maison de retraite est située au centre de Muret, les autres établissements sont sur le même site à la sortie sud de la ville.

1)- Le poids de l'histoire.

1-1)- L'historique.

L'hôpital local de Muret fut construit au XVIII^e siècle, au centre ville. Il rassemblait les trois hôpitaux distincts qui existaient depuis le XIII^e siècle. En 1952, il est divisé en deux bâtiments de 80 lits chacun, l'un accueille une maison de retraite et l'autre un hospice.

En 1968, un institut médico-pédagogique de 200 lits est créé à la sortie sud de la ville. Il sera ouvert au public le 15 janvier 1969 sous le nom de « Léon Debat-Ponsan ». Cet ensemble comprend trois unités de 60 lits et une zone médicale spécialisée. Cette création se voulait une réponse novatrice et de haute technicité aux problèmes de l'enfance handicapée. *« Les enfants qui y seront traités présenteront souvent des troubles associés et, d'une manière générale, des affections graves nécessitant le recours à des techniques particulières et à un personnel hautement spécialisé. »*⁸⁴

Il s'agit d'apporter des soins et de prévenir les inadaptations. Cette volonté se traduisait particulièrement dans la création de deux zones médicales.

La première *« où sont regroupés les services techniques offrant toutes les possibilités sur le double plan du diagnostic et de la thérapeutique. Seront reçus non seulement les enfants de l'institut médico-pédagogique de Muret, mais aussi ceux des établissements similaires de la région, dont l'état nécessitera une intervention chirurgicale ou encore différents traitements ou examens. Ainsi seront évités ces traumatismes psychiques liés au transfert brutal dans un grand centre hospitalier où les locaux n'ont pas toujours été conçus pour ce genre de malades, lesquels exigent, de surcroît, la présence d'un personnel spécialisé. »*

La seconde, *« dans la section réservée aux enfants de 0 à 3 ans où il sera fait sans doute plus de prophylaxie de l'encéphalopathie que de traitement d'encéphalopathies constituées.[...] »*

⁸⁴ Extrait du procès verbal de la séance de la commission administrative du 17 décembre 1968.

L'équipement prévu par cet institut a tenu compte des dernières techniques intervenues dans le domaine de la rééducation motrice et sensorielle.⁸⁵ »

La zone médicale de 20 lits et la pouponnière ne seront jamais ouvertes.

En 1972, une restructuration de l'institut est proposée sur les modalités suivantes:

- Un recrutement comprenant 50% d'enfants dits « éducatibles » de moins de 14 ans, la création de deux ou trois options d'orientation professionnelle et de sections de formation professionnelle.
- La création d'une zone médico-chirurgicale qui offre un centre de consultations externes, un centre de soins et d'hospitalisation à la disposition des IMP de la région et un centre d'observation et d'accueil temporaire.
- L'ouverture d'une pouponnière spécialisée dans la prévention des encéphalopathies en lien avec le CHU et les cliniques.

Ces services ne seront jamais ouverts.

La Commission régionale des institutions sociales et médico-sociales (CRISMS)⁸⁶, dans sa séance du 20 octobre 1978 débat de la réduction de la capacité de l'IMP à 170 lits et de la conversion de 60 places d'enfants en 50 places pour adultes.

En 1980 une maison d'accueil spécialisée (MAS) est ouverte. Elle est constituée en établissement autonome. Un centre de long séjour est construit sur le site. La capacité de l'IMP est réduite à 120 places. Il est érigé en établissement autonome.

A partir de cette date trois établissements autonomes coexistent sur le même site, un hôpital local divisé en une maison de retraite et un service de soins de longue durée de 80 lits chacun, un institut médico-éducatif (IME) de 120 lits et une MAS de 50 lits. Une convention régit la répartition des services communs.

De 1983 à 1988, l'IME connaîtra deux directeurs pendant à peine plus d'une année chacun, entrecoupée de deux périodes d'intérim assurées par l'éducatrice spécialisée faisant fonction d'éducatrice chef.

En avril 1988, la restructuration de l'IME est proposée par le centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI), dans une étude sur le fonctionnement de l'établissement effectuée à la demande de la DDASS de la Haute-Garonne. En septembre de la même année, l'actuel directeur des établissements sociaux est nommé. En 1990, la capacité de L'IME est réduite à 80 places, 20 lits sont transférés à la MAS.

⁸⁵ Extrait du procès verbal de la commission administrative de l'hôpital de Muret du 2 juin 1970.

En 1993, un Foyer à double tarification (FDT) de 20 places est créé par transformation de lits de l'IME. Celui-ci n'a plus que 60 places dont 10 en semi-internat et 3 en placement familial spécialisé.

En 1994, l'IME, le FDT et la MAS sont sous une direction commune.

En 1995, les cinq structures sont regroupées en une seule identité juridique: l'hôpital local de Muret.

1-2)- Les séquelles de l'histoire.

L'IMP « Léon Debat-Ponsan » a été imaginé comme une superstructure qui serait une locomotive régionale et extra régionale pour l'ensemble de la prise en charge de enfants handicapés. Ses locaux spécialement construits étaient étudiés pour permettre à la fois des soins très spécialisés et une vie favorisant le développement de l'enfant. Cet établissement est resté en décalage avec sa mission initiale qui était peut-être trop ambitieuse et ne correspondait pas à de réels besoins. En pleine séparation du sanitaire et du social, sa conception hospitalière le préparait mal à trouver sa place, à assumer un rôle dans le secteur médico-social en plein essor. Au fil des ans, l'établissement s'est restructuré sous la pression. Celui qui devait être la figure de proue du secteur de l'enfance handicapée, est rapidement devenu le réceptacle des prises en charge que les autres ne voulaient plus faire, un établissement dépôt. Il en résulte une blessure narcissique encore sensible dans la conscience collective du personnel des trois services médico-sociaux.

Les perpétuelles luttes pour survivre ont engendré dans le personnel des réflexes collectifs d'autodéfense et des dissensions internes persistantes. Les premiers font courir un risque permanent à l'actuelle direction. Le moindre changement sans préparation peut réveiller une cohésion dans la contestation collective. Les secondes ont fait émerger des inimitiés farouches, qui parasitent le fonctionnement de certains services. Les deux organisations syndicales sont une de ces lignes de fracture. L'une est née d'une scission de l'autre. Il n'est pas question de travailler ensemble. Mais leur manque de dialogue ne met pas la direction à l'abri d'une surenchère syndicale.

Les difficultés des directeurs hospitaliers à diriger ces nouvelles structures médico-sociales, le désintérêt des directeurs d'établissements sociaux pour l'établissement ont suscité parmi le personnel des structures médico-sociales un sentiment d'abandon et de méfiance à l'égard de toute direction.

Les personnels du service de soins de longue durée et de la maison de retraite gardent aussi une certaine méfiance pour leurs remuants voisins.

⁸⁶ Les comités régionaux d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) remplacent aujourd'hui les CRISMS.

Chaque structure conserve de son autonomie une forte identité qui a bien des aspects positifs, mais qui a préservé des aménagements qui ont éloigné son fonctionnement de la réglementation en vigueur. Le regroupement passe aussi par une réorganisation des conditions de travail et l'application de la réglementation statutaire. Il s'agit d'un des aspects les plus épineux de la démarche d'unification des établissements.

Les services déconcentrés de l'Etat restent méfiants à l'égard de l'établissement en général et des structures médico-sociales en particulier. Pourtant celles-ci ont fait la preuve ces dix dernières années de leur capacité à s'adapter. La DDASS était, dans un premier temps, défavorable au regroupement.⁸⁷ Le projet a été porté par les directeurs des établissements. L'hôpital local de Muret garde, pour ses tutelles administratives, la réputation d'un établissement frondeur.

2)- Les difficultés à emboîter des structures sanitaires et sociales.

2-1)- Les difficultés d'emboîtement des cadres juridiques.

Depuis 1994, les établissements de santé peuvent gérer des structures médico-sociales accueillant des personnes âgées. L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation a étendu cette possibilité à l'ensemble des établissements médico-sociaux et précise que ces services doivent répondre « *aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédures énoncées* » par les lois du 30 juin 1975. Le cadre juridique de l'établissement de santé est hégémonique, mais les quatre structures qui relèvent de la loi du 30 juin 1975 n'en perdent pas leurs spécificités de fonctionnement pour autant.⁸⁸ Il y a lieu de combiner au mieux les deux cadres juridiques pour que l'ensemble reste homogène.

Si le conseil d'administration unique ne pose pas de problème, le réseau d'instances consultatives est différent suivant les établissements.

La commission médicale d'établissement n'existe que dans les établissements de santé. Elle est dotée d'un pouvoir important au niveau de la mise en oeuvre des missions de l'établissement. Elle donne un avis sur le projet médical, la définition des orientations et les mesures relatives à la

⁸⁷ L'article 37 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 autorise les établissements de santé publics et privés à créer et gérer des établissements pour personnes âgées. C'est sur le fondement d'une lecture restrictive de cet article que la DDASS a donné un avis défavorable à ce regroupement. Une intervention ministérielle a permis cette fusion légèrement en avance sur l'article 51 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.

⁸⁸ La DAS a annoncé l'élaboration prochaine de référentiels pour « cadrer les critères de bon usage de l'article 51 de l'ordonnance. » Cf., *Mieux articuler le sanitaire et le médico-social*, revue ASH n° 2127 du 9 juillet 1999.

politique d'amélioration continue de la qualité, le projet d'établissement et le projet de soins infirmiers.⁸⁹ Il n'est pas prévu qu'elle ait une compétence en matière de projets socio-éducatifs.

Au niveau de la consultation de l'ensemble du personnel, le comité technique paritaire (CTP) des établissements sociaux devient un comité technique d'établissement (CTE). A la représentativité de l'ensemble du personnel par des membres désignés par les organisations syndicales représentatives se substitue une représentativité par catégorie. La séparation est moins marquée entre l'axe consultatif et l'axe professionnel. Cette disposition renforce l'émergence des corporatismes dont notre organisation est déjà fortement imprégnée. Les attributions du CTE sont similaires à celle du CTP.⁹⁰

La commission des soins infirmiers ne représente que des soignants. Cette commission n'existe pas dans les établissements médico-sociaux. Elle a été créée par la réforme hospitalière de 1991,⁹¹ pour répondre aux mouvements des personnels infirmiers à la fin des années 80. Son origine se situe plus dans une perspective de reconnaissance professionnelle face aux pouvoirs médical et administratif dans les grands hôpitaux que par une réelle nécessité dans les hôpitaux locaux. Dans un établissement où les soignants sont moins nombreux que les éducatifs, il est facile d'imaginer que la première revendication de ces derniers sera la constitution d'une commission similaire à leur niveau.

La représentativité des usagers est plus complexe à organiser car deux systèmes doivent cohabiter. Dans un établissement de santé les représentants des usagers siègent uniquement au conseil d'administration. Dans les établissements médico-sociaux leur expression se fait par l'intermédiaire des conseils d'établissements, quatre pour un établissement comme l'hôpital de Muret. Les avis de ces conseils sont transmis au conseil d'administration. Il s'agit de faire cohabiter les deux représentativités tout en les liant.

La commission de conciliation prévue dans les établissements de santé ne prend pas en compte les professionnels du secteur médico-social, seuls des médecins et des personnels soignants sont représentés.⁹²

La définition des champs de compétences des directeurs est différente. Le directeur d'établissement sanitaire prépare et met en oeuvre les délibérations du conseil d'administration.⁹³

⁸⁹ Décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992.

⁹⁰ On peut comparer les attributions des deux instances à travers la définition de leur champ de compétence. Pour le CTP, la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, article 24 et pour le CTE la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, article 8.

⁹¹ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁹² Décret n° 98-1001 du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation prévue à l'article L.710-1-2 du code de la santé publique.

Ses prérogatives sont mal définies par rapport à celles des personnels médicaux et soignants. Le directeur d'établissement social a un champs de compétences qui couvre le domaine administratif et financier mais aussi celui « *des actions pédagogiques, sociales, médico-psycho-éducatives ou techniques.*⁹⁴ »

2-2)- Les difficultés à emboîter les cultures professionnelles.

L'organisation des établissements médico-sociaux ressemble fort à celle des établissements de santé, elles sont des bureaucraties professionnelles qui empruntent leur organigramme à la fonction publique hospitalière. Pourtant leur bain culturel et la répartition des pouvoirs sont différents.

La faculté des professionnels à peser sur les décisions stratégiques est plus médiatisée dans un établissement de santé que dans un établissement médico-social. Le pouvoir professionnel est aussi plus éclaté.

Dans un établissement de santé, l'axe de décision stratégique qu'on peut dessiner du conseil d'administration à la ligne hiérarchique administrative est fortement influencé par le pouvoir médical (CME), le pouvoir soignant (commission des soins infirmiers), et l'ensemble des professionnels représentés par catégories au sein du CTE. Chaque logique catégorielle est représentée au sein d'une instance. Les diverses compétences techniques sont reconnues, mais dont l'homogénéité politique de l'ensemble est réduite.

Dans un établissement médico-social, le nombre d'instances consultatives est réduit puisque la CME et la commission des soins infirmiers n'existent pas. Le CTE est remplacé par un CTP. Il est clair que le pouvoir de cette instance est avant tout politique. Les représentants du personnels, désignés par les organisations syndicales représentent l'ensemble du personnel et non seulement des catégories. Le pouvoir des professionnels socio-éducatifs à influencer sur des décisions stratégiques est inscrit dans leur statut particulier. Il s'agit d'un pouvoir individuel et collectif non médiatisé par les organisations syndicales. Les risques d'éparpillement stratégique sous la pression des corporatismes est moindre que dans un établissement de santé.

⁹³ Décret n° 88-163 du 19 février 1988 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°,2°,3°) de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁹⁴ Décret n°94-948 du 28 octobre 1994 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (4°,5°,6°) de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

La fonction des personnels médicaux et soignants donnent la priorité à l'acte technique. Ils assument leurs tâches selon une hiérarchie et une division statutairement organisées. Il existe de nombreux niveaux de subordination à l'intérieur des équipes. La participation des professionnels à l'élaboration du projet d'établissement se fait par l'intermédiaire des instances. Au niveau des équipes pluridisciplinaires du secteur médico-social, la répartition statutaire des tâches est plus floue. Les rôles se répartissent en fonction de la place de chacun dans l'organisation. Les ajustements se font le plus souvent sur le mode de l'adhocratie. Il n'y a généralement pas de subordination entre les professionnels. La participation individuelle des professionnels à l'élaboration de projet d'établissement est statutaire.

La place de l'utilisateur est aussi différente dans un établissement de santé et un établissement médico-social. Le patient de l'hôpital est identifié par sa pathologie. Autour de celle-ci s'organise une succession d'actes techniques réunis par des protocoles de soins. Le patient est le plus souvent temporairement de passage dans l'établissement. Le résident d'un établissement social ou médico-social attend qu'on organise avec lui un projet de vie. Le projet individuel qui unit les diverses actions des professionnels est toujours unique. Le protocole de travail est à réinventer pour chaque prise en charge.

3)- Les perspectives offertes par le regroupement.

Le 1 avril 1994, les directeurs des trois établissements autonomes proposaient la création d'un établissement unique autour des convergences des missions:

- l'accueil en terme de réponse à une demande d'aide,
- le soin en terme de projet de soins, de projet éducatif et de projet de vie,
- l'hébergement en terme de protection, de gîte et de couvert.⁹⁵

Il s'agissait de conjuguer la force d'une identité commune au savoir-faire de chaque structure. Cette fusion juridique a pour objectif une optimisation des moyens et des coûts. Elle a pour conséquence une réorganisation des fonctionnements de chaque service en vue d'une harmonisation de l'ensemble. Par une recherche de cohérence, elle entraîne une redéfinition des circuits de décision, des fonctions de nombreux personnels et des locaux nécessaires à leur exercice. Elle engendre aussi une rencontre identitaire des personnels issus des cultures sanitaire et médico-sociale.

La volonté de l'équipe de direction est de faire naître de cette rencontre un enrichissement des compétences, une complémentarité fonctionnelle et une optimisation des moyens tout en renforçant les spécificités de chaque structure. Il s'agit d'élaborer une stratégie qui définisse la direction de l'ensemble « hôpital local » et de la diffuser à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement. Cette stratégie d'établissement s'élabore de concert à celles des structures qui le composent et qui donnent à chacune, à travers son propre projet, la direction de la satisfaction de la mission et des besoins de l'utilisateur dans une prestation de qualité.

Ce projet rencontre sur sa route plusieurs difficultés.

Certaines images récurrentes de l'histoire des établissements seront difficiles à dépasser et les cultures seront longues à fusionner. Chaque réaménagement de l'organisation entraîne une multitude de résistances au changement. Elle apparaissent pour des raisons différentes mais peuvent converger vers la contestation globale de la stratégie de la direction.

Les spécificités de chaque structure semblent moins évidentes sous l'appellation d'hôpital local. Les usagers comme les partenaires de l'établissement doivent pouvoir reconnaître d'emblée leur interlocuteur et établir avec lui une communauté de préoccupation. La super structure doit s'effacer devant les spécificités des services qu'elle contient.

La concentration peut comporter les risques de la centralisation ou de la décentralisation mal maîtrisée, et être traversées par l'incohérence des choix de la direction générale par rapport aux orientations des services et réciproquement.

Au final, il s'agit de rassembler des bureaucraties professionnelles dissemblables par leurs cultures en une organisation divisionnelle à la culture unique.

Pour répondre à ce déficit l'hôpital local ne manque pas d'atouts.

Les moyens financiers réunis augmentent la capacité d'adaptation de l'établissement. Des économies d'échelle au niveau administratif et logistique permettent de redéployer des moyens vers la prise en charge des usagers.

Une équipe de direction importante est au centre de l'élaboration et de la diffusion de cette stratégie. Elle représente à la fois l'encadrement de chaque structure et l'encadrement général de l'établissement. Sa conception englobe des représentants des cinq structures et rassemble des professionnels de trois origines, administrative, éducative et soignante. Elle fonctionne sur le mode de la libre expression sans effacer la hiérarchie des fonctions. Ses débats sont riches et elle est le

⁹⁵ J Grialet, T. Arri et R Jacquet, avril 1994, rapport explicatif portant proposition de regroupement des établissements

principal outil de transversalité du projet d'établissement. Par sa constitution, elle utilise spontanément des forces centrifuges, comme la diffusion des informations dans les services, et des forces centripètes comme le contrôle de l'activité des services.

Le plan de travail est clair. Il développe concomitamment le projet d'établissement et les projets des services. Il articule à la fois des actions qui renforcent l'unité de l'ensemble et la spécificité de ses parties.

II- L'expérimentation de quelques outils.

Plusieurs outils sont mis en place, mais la démarche stratégique s'exprime particulièrement dans un ensemble de projets croisés.

Le projet d'établissement s'élabore en équipe de direction avec l'aide d'un consultant, à partir des propositions de deux instances créées à cet effet, un groupe « projet d'établissement » et un groupe « locaux administratifs » (chapitre 1). L'élaboration du règlement intérieur de l'hôpital est un projet collectif qui se décline en partie au niveau de chaque structure. J'ai codirigé la première phase de cette élaboration avec une directrice stagiaire des établissements sanitaires et sociaux (chapitre 2). Les différentes structures de l'hôpital élaborent leur propre projet de prise en charge. C'est dans ce cadre que j'ai dirigé l'élaboration du projet pédagogique, thérapeutique et éducatif de l'IME (chapitre 3). A cet ensemble de projets croisés qui élaborent et diffusent à plusieurs niveaux la stratégie de l'établissement, est associé un ensemble d'outils de contrôle et d'évaluation. Ces outils peuvent avoir pour support la procédure de notation pour l'évaluation individuelle du personnel, les rapports d'activité des services pour l'évaluation collective, les documents budgétaires pour l'analyse financière, le bilan social pour l'évaluation de la gestion du personnel (chapitre 4).

1)- Le projet d'établissement de l'hôpital local.

En 1997, l'hôpital local fait appel à un consultant pour accompagner l'élaboration du projet d'établissement. Il propose une démarche globale qui passe par :

- un état des lieux du fonctionnement des articulations entre les différents services de l'établissement,
- un accompagnement d'action, analysant et développant des coopérations infra et inter-structures, qui s'appuierait sur la prise en compte des différentes situations de travail des personnels et d'accueil des résidants,
- la construction d'orientations générales, de propositions de transformation intégrables dans un projet d'établissement.

1-1)- Partager le sens du regroupement des établissements au sein de l'hôpital local.

A travers l'élaboration de son projet, l'établissement se construit une identité, définit une stratégie partagée par l'ensemble des acteurs et la décline en organisation fonctionnelle. La méthode employée par l'hôpital local de Muret n'aborde pas de front l'ensemble du projet d'établissement mais utilise comme support la réorganisation de la fonction administrative.

En mars 1998, l'équipe de direction se détermine pour un projet qui soit une porte d'entrée à la réflexion globale sur le projet d'établissement. Un projet de structuration commune des services administratifs. Ces services sont répartis dans différents lieux et selon des modalités construites par l'histoire de chaque structure. Ce projet devra permettre d'articuler et de concentrer géographiquement les fonctions administratives. Il offre l'occasion de questionner la stratégie de regroupement à cinq niveaux.

Au niveau symbolique, il réaffirme l'irréversibilité du regroupement des établissements en hôpital local par la concentration de ses fonctions administratives. Il aborde le regroupement comme une association d'établissements qui partagent une communauté de valeurs du service public et ne touche en aucun cas à ce qui fait la spécificité de la mission de chaque structure.

Au niveau humain, il est susceptible d'associer l'ensemble des personnels puisque le projet traverse à toutes les structures. La démarche d'élaboration de ce projet s'appuiera sur l'articulation de réseaux croisés de concertation.

Au niveau structurel, ce projet peut déboucher à court terme sur un résultat concret qui sera la rationalité de l'exercice de la fonction administrative par une répartition efficace des tâches dans des locaux communs. Il entraîne un questionnement sur l'ensemble de l'organisation fonctionnelle de l'établissement. Une réorganisation des locaux administratif doit s'appuyer sur un schéma directeur des utilisations futures de l'ensemble des locaux existants ou devant être construits.

Au niveau politique, en donnant une meilleure efficacité aux fonctions administratives, ce projet a pour ambition de les repositionner dans la cartographie des pouvoirs de l'établissement où se conjuguent pouvoirs médical, soignant, éducatif, administratif et syndical. La fonction administrative est transversale à l'établissement, mais sa réorganisation ne remet pas en question le cœur de la spécificité de chaque service. Elle permet de débattre du projet d'établissement sans que les autres pouvoirs se sentent directement menacés. En fait ils le seront indirectement puisque toute réorganisation d'une fonction transversale modifie l'ensemble par contrecoup.

Le projet partiel que constitue la réorganisation des fonctions administratives engendre un débat sur la globalité du projet d'établissement. De ce débat naît le sens de la stratégie de l'établissement et son partage.

1-2)- La démarche d'élaboration.

Pour que le projet de réorganisation des fonctions administratives soit aussi le support à un débat plus large, son élaboration doit se faire à partir du croisement de plusieurs réseaux de communication internes.

Le réseau des instances délibérantes et consultatives sont des lieux d'information et de débat sur l'avancement du projet d'établissement. Chacune des cinq structures est un lieu d'information et de débat du projet. Deux autres instances de concertation et d'émergence du projet sont constituées, les groupes « projet d'établissement » (GPE) et « locaux administratifs » (GLA). Ces groupes rassemblent des personnels et des cadres de tous les corps de métier et de toutes les structures de l'établissement. Le GLE établit la liste des thèmes et des questions à traiter dans ce projet, il en accompagne l'élaboration et l'écriture. Il fait un état des lieux de l'ensemble des projets des cinq structures et fait des propositions sur le devenir de l'ensemble. Il soumet au GLA les questions qui le concernent dans l'élaboration de son propre projet. Il lui transmet notamment ses avis sur le schéma de rénovation des locaux. Le GLA a fait un état de l'ensemble des locaux et de leur répartition. Il a mis en évidence les dysfonctionnements et a proposé un schéma d'implantation par zones des différentes activités de l'établissement (annexe 2). Ce schéma s'est affiné dans un va et vient permanent entre le GLE, le GLA et l'équipe de direction. Il détermine définitivement l'implantation des locaux administratifs et leur répartition en cinq pôles. qui se partagent la gestion de l'espace : l'accueil, la direction, la gestion des ressources humaines et financières, le secrétariat et l'économat.

L'équipe de direction est le comité de pilotage de l'ensemble de ces projets. C'est elle qui définit la direction qu'ils doivent prendre et qui valide les objectifs retenus pour leur avancement. Elle diffuse aussi les informations relatives aux projets dans l'ensemble des services.

2) L'élaboration d'un règlement intérieur: Structurer le fonctionnement d'un établissement par une démarche pédagogique en direction du personnel.

L'élaboration d'un règlement intérieur est une tradition dans les hôpitaux sous la forme d'un règlement de fonctionnement. Jusqu'en 1955, chaque hôpital élaborait un règlement intérieur qui régissait à la fois l'ensemble du fonctionnement de l'établissement, les relations de l'établissement avec ses usagers et les conditions de travail du personnel. En l'absence de statut unique du personnel de ces établissements, le règlement intérieur contenait l'ensemble des règles applicables au personnel.⁹⁶ La précision du nouveau cadre juridique a rendu superflue l'élaboration d'un document qui réglerait les conditions de travail des personnels à l'instar de celui prévu dans les entreprises par le code du travail.⁹⁷ Le règlement intérieur doit son renouveau à l'émergence croissante du droit des usagers des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Il devient un préalable à l'élaboration de la charte du patient ou du contrat de séjour du résident.

Dans les établissements de santé, la référence de l'élaboration reste l'exemple annexé au décret n° 74-27 du 14 janvier relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et hôpitaux locaux. Dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics, le règlement intérieur n'est normé que pour les établissements qui accueillent des personnes âgées.⁹⁸ Ces modèles correspondent mal aux particularités structurelles de l'hôpital local de Muret, une adaptation locale est nécessaire. Par l'ampleur de son champ d'application, le règlement intérieur est loin d'être un document opérationnel, qu'on utilise quotidiennement. Il est plutôt un document de référence, dont l'élaboration doit servir de support à une démarche pédagogique en direction du personnel et des usagers de l'établissement. Pour devenir utilisable au quotidien il doit être décliné en des documents à la fois plus partiels et ciblés. Ses dispositions peuvent alors être diffusées sous la forme de livrets

⁹⁶ Le règlement général des hôpitaux diffusé par le ministère de l'intérieur et du culte dans les circulaires du 15 décembre 1899 et du 18 mai 1900 est vraisemblablement la base moderne d'un fonctionnement unifié des hôpitaux. Ce règlement contient aussi un règlement général applicable aux orphelinats annexés aux hospices, hôpitaux et bureaux de bienfaisance. Cf. la référence des textes régissant le statut du personnel, page 18.

⁹⁷ Article 122-33 du code du travail.

⁹⁸ La lettre circulaire du 11 mai 1986 relative à la mise en place des conseils d'établissement propose en annexe un modèle de règlement intérieur ainsi qu'un modèle de contrat de séjour.

d'accueil à destination des usagers ou du personnel et par voie d'affichage pour les consignes de sécurité.

Son élaboration est néanmoins une première étape à franchir. C'est une des missions qui m'ont été confiées dans le cadre de mon stage à l'hôpital local de Muret.

2-1)- Le diagnostic.

Avant d'amorcer l'élaboration d'un règlement intérieur, il convient de tenter de cerner l'utilisation qui en sera faite, le champ qu'il doit recouvrir et le cadre juridique qui prédestine son contenu.

Nous avons assigné plusieurs objectifs au document et à son élaboration.

Le premier objectif est de rassembler les 5 structures qui composent l'hôpital local au sein d'un cadre juridique unique tout en permettant à chacune des identités d'exprimer ses spécificités. Ce premier axe semble contenir des objectifs contradictoires. Les organisations des différents services ont gardées de la période de séparation en trois établissements autonomes, des usages de fonctionnement qui leurs sont propres. La démarche d'élaboration du règlement intérieur devra apporter un éclairage qui facilite l'abandon d'anciennes pratiques et l'adoption de nouvelles. Il a aussi pour objectif de faciliter l'emboîtement des fonctionnements d'établissements relevant de la loi du 30 juin 1975 dans un établissement de santé et de donner un cadre réglementaire adapté à l'originalité de l'ensemble. Mais en aucun cas il ne s'agit de faire table rase de la spécificité fonctionnelle de chaque service dans la mesure où celle-ci est induite par les caractéristiques de son usager. Pour atteindre ce double objectif, chaque équipe devra travailler sur le contenu d'un document général tout en élaborant la définition des tâches du personnel et les dispositions relatives aux usagers qui sont spécifiques au service.

Le second objectif est de rappeler la réglementation en vigueur dans l'établissement et de permettre à chacun de se l'approprier. Pour répondre à cet objectif, le règlement intérieur doit avoir deux caractéristiques principales:

- n'énoncer que des règles issues du droit ou de conventions,
- être élaboré dans une démarche institutionnelle qui permette à chaque acteur de s'approprier le contenu du document.

Le troisième objectif est de faire du règlement intérieur une référence vivante pour les pratiques professionnelles. Le document est presque toujours un pavé peu commode d'utilisation. Son caractère de référence s'estompe très rapidement après son élaboration. Son contenu tombe très rapidement dans l'oubli s'il n'est pas intégré par la coutume. Dans le cas de l'hôpital local de Muret,

il n'a pas été possible d'exhumer un quelconque document. S'il a existé, le règlement intérieur de l'établissement ou celui d'un de ses services s'est perdu. Cette constatation témoigne de l'inusité du document. Pour qu'il reste une référence vivante nous avons opté pour une déclinaison du règlement intérieur en plusieurs documents opérationnels:

- un livret d'accueil à l'intention du personnel,
- des livrets d'accueil à l'intention des usagers de chaque service,
- l'affichage des dispositions relatives à la sécurité dans des locaux sensibles.

2-2)- La démarche d'élaboration.

La démarche d'élaboration comporte quatre phases.

La première phase est l'élaboration, par l'équipe de direction, d'une proposition détaillée de règlement intérieur général qui servira de base de discussion avec l'ensemble du personnel.

La deuxième est une phase de concertation, de débat avec le personnel, d'élaboration des fiches de postes et des dispositions relatives aux usagers de chaque service.

La troisième phase est la modification du document de base et de ses annexes et leur présentation aux instances statutaires.

La quatrième phase est la réalisation de livrets d'accueil.

Un calendrier établi sur deux années donne les échéances pour chaque étape.

Pour remplir ces objectifs, le plan du document de base s'éloigne sensiblement de celui qui est proposé en annexe du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974. L'élaboration de ce document a suscité de nombreuses discussions au sein de l'équipe de direction. Le caractère hégémonique du cadre juridique des établissements de santé sur celui des établissements médico-sociaux qui lui sont annexés peut poser quelques problèmes de fonctionnement. Des aménagements ont été souhaités. Cette première phase a duré de novembre 1998 à janvier 1999.

Le document de base proposé est divisé en cinq parties.

I- Description administrative.

Cette partie décrit en deux articles les différents services de l'hôpital et leur agrément.

II- Organisation administrative.

Les deux premiers articles sont consacrés aux rôles du directeur général et des directeurs des services qui l'assistent. La composition et le rôle de chaque instance statutaire fait l'objet d'un article dans lequel sont repris les

termes du texte de référence ⁹⁹. Le conseil d'administration, la commission médicale d'établissement, la commission des soins infirmiers, le comité technique d'établissement, les commissions administratives paritaires et la commission de conciliation sont décrites dans cette partie. A ces instances statutaires s'ajoute la proposition de la création d'une commission sociale, médico-sociale et éducative. Cette instance non statutaire est née des débats en équipe de direction sur les lacunes que laisse la mise en place des seules commission médicale d'établissement et commission des soins infirmiers dans un établissement où les services étaient avant tout sociaux et médico-sociaux. Le personnel éducatif et médico-technique est fortement représenté dans la composition de cette commission. Cette commission joue un rôle d'expertise au niveau social, médico-social et éducatif auprès de l'instance délibérante et des instances consultatives. Elle est obligatoirement consultée sur le projet d'établissement, l'organisation des services sociaux, médico-sociaux et éducatifs, les projets de services médico-sociaux, et l'élaboration de la politique de formation et de qualification du personnel.

III- Dispositions relatives au personnel.

Cette partie rappelle en six articles les grandes dispositions des droits et obligations des agents de la fonction publique hospitalière.¹⁰⁰ Les fonctions du personnel sont décrites à travers sept articles les rassemblant par filière, personnel médical, administratif, soignant, socio-éducatif, médico-technique, ouvrier et personnel relevant de contrat de droit privé. La fonction de chaque grade est reprise dans les termes de son décret statutaire.¹⁰¹ Ces derniers serviront de base à l'élaboration des fiches de postes dans les services.

IV- Dispositions relatives à l'hygiène et à la sécurité.

Un article est consacré à la composition et au rôle du comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail. Un article est consacré à la médecine du travail. Un article rappelle la législation en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles. Six articles rappellent les dispositions relatives aux règles de sécurité, aux procédures de retrait en cas de danger, à l'obligation de participer aux exercices de sécurité incendie et à l'interdiction de fumer.

V- Dispositions relatives aux usagers de l'établissement.

Cette partie est composée de douze articles qui constituent une trame pour les règlements qui seront élaborés dans chaque service. Ils passent obligatoirement par :

⁹⁹ Les références ont été:

- pour le conseil d'administration, l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 et le décret du 30 octobre 1996,
- pour la commission médicale d'établissement, le décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992.
- pour la commission de soins infirmiers, la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991,
- pour le comité technique d'établissement, le décret n° 96-498 du 16 juin 1996,
- pour les commissions administratives paritaires, la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986,
- pour les conseils d'établissement, le décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991,
- pour la commission de conciliation, le décret n° 98-1001 du 2 novembre 1998.

¹⁰⁰ Le contenu de ces articles est principalement issu des lois n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels.

¹⁰¹ Les personnels qui relèvent des contrats de droit privé sont essentiellement les personnes recrutées sur des emplois jeunes et des contrats emploi solidarité. Il faut aussi envisager dans ce cadre les personnes qui effectuent des stages dans le cadre d'une formation professionnelle et dont la présence dans l'établissement est soumise aux termes d'une conventions.

- les conditions d'admission,
- le droit à l'information, l'accès aux dossiers administratif et médical,
- la liberté d'expression, d'affichage et de réunion,
- la liberté de culte et les règles de la cité,
- la réglementation des sorties,
- le respect de la vie privée, chambre, courrier, téléphone, visites,
- le droit à la propriété et la protection des objets de valeur,
- la participation à sa propre prise en charge,
- la participation à la vie collective, les comportements, tenue et vie sociale,
- la discipline et la procédure disciplinaire.

VI- Conditions d'application du règlement intérieur.

Cette dernière partie rappelle en cinq articles les conditions de diffusion, d'application et de modification du règlement intérieur.

La phase de concertation avec le personnel est essentielle puisque les objectifs ne se contentent pas d'élaborer un règlement intérieur mais prétendent aussi permettre à chacun de se l'approprier. La démarche porte à la fois des intentions pédagogiques en direction du personnel, qui accède à la connaissance de la législation qui régit son cadre de travail, et des attendus de participation active puisque chacun donne son avis sur le document général et participera au sein de son service à l'élaboration de fiches de poste et d'un règlement de fonctionnement à destination de l'utilisateur. Pour toucher l'ensemble des agents, nous avons opté pour une diffusion du document et un recueil des observations au cours de réunions dans chaque service opérationnel. Elle a été complétée par une diffusion auprès des membres du CTE et des organisations syndicales. Cette méthode a permis une communication directe entre les porteurs du projet et chaque membre du personnel. Les réunions en petits comités d'une vingtaine de personnes ont facilité les débats, l'explication du contenu du document et la prise en compte des préoccupations du personnel. Elle a aussi créé une véritable dynamique autour de ce projet. Les cinq structures ont commencé à élaborer leur propre règlement intérieur et les fiches de poste. La phase de concertation a duré de février à mai 1999.

La troisième phase a commencé par l'intégration dans le document de nombreuses précisions souhaitées par le personnel. Il n'a néanmoins pas été possible de tenir compte de tous les souhaits dans la mesure où les questions couvraient l'ensemble des dispositions statutaires. Cette phase s'achèvera à l'automne 1999, le document sera alors soumis aux instances consultatives et devra faire l'objet d'une délibération du conseil d'administration. Le document connaîtra ensuite l'épreuve du contrôle de légalité.

La quatrième phase pourra alors commencer. L'élaboration des livrets d'accueil sera l'occasion d'une nouvelle concertation où le contenu du règlement sera à nouveau débattu.

3) Le projet pédagogique, thérapeutique et éducatif de l'IME « Léon Debat-Ponsan » : organiser le fonctionnement d'un établissement à travers une démarche permanente d'élaboration de son projet.

L'élaboration du projet pédagogique, thérapeutique et éducatif de l'IME « Léon Debat-Ponsan » est un exemple de démarche de projet qui articule la mission de l'établissement, les moyens matériels et humains et la satisfaction des besoins des usagers. Cette démarche de projet a pour objectif d'inscrire une équipe de professionnels dans une réflexion permanente qui assure la progression dialectique d'un projet d'établissement dans les rapports triangulaires de la commande sociale, de l'établissement en tant qu'organisation et des besoins de l'utilisateur. Au préalable on considère que l'adéquation entre les exigences des trois pôles de cette triangulation, qui doit s'exprimer dans une prestation de qualité, n'est pas un état stable. Cette adéquation, cette prestation de qualité ne peut être issue que de la recherche permanente d'un équilibre. Le projet d'établissement est alors clairement présenté comme étant en éternel devenir. Il ne sera jamais complètement écrit.

La démarche rompt avec les méthodes classiques d'élaboration des projets d'établissement dans le secteur social. Par le passé, l'élaboration du projet d'établissement était l'occasion d'une période de questionnement interne dont le fruit était fixé dans un document dont chacun pouvait légitimement être fier et qui servait de référence à la mise en place de nouveaux modes de prise en charge. Après une paire d'années, le document était le plus souvent abandonné au fond des placards. Les besoins quotidiens de l'organisation et de ses usagers trouvaient plus ou moins de réponse dans l'urgence. De réponse en réponse, d'urgence en urgence, le fonctionnement s'éloigne sensiblement de sa description initiale toujours consignée dans le poussiéreux document jusqu'au jour où le projet d'établissement est réactualisé. Ce type de démarche de projet n'est envisageable que dans un secteur où la commande sociale, les moyens de l'organisation et les besoins de son usager sont relativement stables. En fait, le système n'a jamais été réellement immobile mais, jusqu'à une époque récente, de nouveaux besoins, faisait surgir une nouvelle commande sociale et de nouvelles organisations, ce qui permettait à chaque structure de rester dans le contexte qu'elle avait circonscrit comme étant son champ d'excellence. Aujourd'hui, l'organisation doit s'adapter sans moyen

nouveau à l'élargissement de la mission qui lui incombe et aux besoins de ses usagers. S'ajoute à ces contraintes, le passage du secteur social et médico-social d'une culture d'obligation de moyens à une culture d'obligation de résultat et de recherche du meilleur rapport coût/qualité d'une prestation de service. C'est tout le sens des démarches de contractualisation et d'accréditation qui traversent le secteur sanitaire et qui atteignent peu à peu le secteur social et médico-social. Nos démarches de projet doivent s'adapter pour mieux y préparer les établissements que nous dirigeons.

Une démarche de projet est toujours un trajet. Le point de départ doit être connu c'est le rôle de l'état des lieux et du diagnostic. Le point d'arrivée peut n'être qu'un point de mire, une finalité jamais atteinte, une aspiration. Le trajet de l'un à l'autre doit comporter quelques jalons. C'est le rôle de la démarche.

3-1)- Le diagnostic.

L'IME « Léon Debat-Ponsan » a connu de nombreuses adaptations depuis sa création en 1969. Son dernier projet date de 1991. Il envisageait la reconversion d'une partie de l'activité de l'IME en un foyer d'hébergement médicalisé pour adultes handicapés de 20 places. L'IME organisait les 60 places restantes en :

- 53 places pour enfants et adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptées réparties en 10 places de semi-internat, 32 places d'internat, 8 places en appartement extérieur à l'établissement, 3 places dans le cadre d'un placement familial spécialisé.
- 7 places pour enfants et adolescents polyhandicapés.¹⁰²

En 1996, un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSD) de 8 places est créé.

Dans le cadre de son agrément, l'IME répond à sa mission sur le secteur géographique de Toulouse sud, telle que l'a définie le schéma départemental. Les demandes de places en semi-internat augmentent chaque année mais la demande de places en internat ne baisse pas. Aucun moyen ne peut être redéployé dans l'immédiat. Cette absence de contrainte sur la structure de l'établissement est un aspect favorable pour entamer une réflexion sur son organisation.

En janvier 1997, l'équipe médico-technique et le cadre socio-éducatif avaient élaboré un document de proposition pour la réalisation du projet pédagogique, thérapeutique et éducatif de l'IME. Ce document fait apparaître une nette différence entre des aspects de la prise en charge qui sont très formalisés et d'autres dont la mise en oeuvre reste très floue. Les lacunes sont importantes

¹⁰² Les conditions techniques d'agrément sont prévues par le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV (enfants présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés), XXIV bis (enfants présentant des déficiences motrices), et annexes XXIV ter (enfants polyhandicapés).

puisqu'elles concernent l'ensemble de l'élaboration, du suivi et de l'évolution des projets individuels des enfants et des adolescents accueillis, mais aussi les relations avec leurs familles, notamment les modalités de leur association au projet individuel, et l'organisation de la prise en charge d'internat.

Le degré de qualification de l'équipe éducative n'est pas homogène. Des éducateurs spécialisés, des aides médico-pédagogiques, des moniteurs éducateurs, des éducatrices de jeunes enfants, des agents des services hospitaliers, des aides soignants et des personnels sans qualification occupent des fonctions interchangeables. Cet état de fait est particulièrement visible à l'internat où la composition des équipes ne semble tenir qu'au plus grand des hasards.¹⁰³ Les fonctions des membres de l'équipe médico-technique ne sont pas définies de manière formelle. Les territoires des deux psychologues s'enchevêtrent. Le médecin psychiatre hésite sur la nature de son rôle. Les conflits sont latents. L'encadrement éducatif est assumée par un éducateur spécialisé qui fait fonction de cadre socio-éducatif. Faute de définition de son poste, il éprouve des difficultés à se situer entre le rôle d'encadrant technique que joue le médecin psychiatre et le directeur qui intervient directement dans les décisions concernant les prises en charges éducatives. L'ensemble fonctionne dans un halo d'usages et quelques jalons techniques, la réunion de synthèse, la réunion hebdomadaire de l'équipe médico-technique, la procédure d'admission. Mais les protocoles de travail établis sont régulièrement transgressés au nom de la réactivité à des urgences qui ne doivent le plus souvent ce caractère qu'à l'absence chronique d'anticipation au niveau opérationnel.

A partir de ce diagnostic, il paraît évident qu'une formalisation des différents aspects de la mise en oeuvre des prestations de l'établissement est nécessaire. La démarche de projet ne peut pas se contenter d'aborder les moyens structurels de la prise en charge. Elle doit aussi s'attacher à les décliner en procédures opérationnelles, en protocoles de travail. Les fonctions, les rôles, les tâches de chacun des acteurs doivent être décrits dans des fiches de poste. Le projet d'établissement doit être le recueil de ce que l'établissement doit faire (mission), de ce qu'il peut faire (organisation structurelle) et de ce qu'il fait (organisation fonctionnelle). La démarche de projet devient une démarche d'élaboration de référentiels communs aux divers professionnels qu'elle rassemble et finalise en un document de contractualisation de la prestation de service en direction de l'utilisateur et des prescripteurs.

¹⁰³ Un organigramme des établissements médico-sociaux est joint en annexe n° 3.

3-2)- La démarche.

Après ce premier diagnostic effectué avec l'équipe d'encadrement médico-technique, nous avons élaboré un premier plan de travail qui passe par une phase d'état des lieux et de projection, puis une phase d'élaboration des protocoles de travail.

Il a été décidé de faire appel à un consultant pour mener la première phase dans le cadre d'une enveloppe budgétaire de 50 000 Frs. Trois consultants ont été contactés et la commande leur a été précisée. Ils devaient effectuer en trois mois un état des lieux qui passe par trois grands thèmes, l'organisation de la prise en charge individuelle, l'organisation de la prise en charge collective et les relations de l'établissement avec les familles des enfants et des adolescents. Il s'agit de faire une recherche simple sur les pratiques professionnelles et de les mettre en rapport avec la mission de l'établissement.

La phase d'état des lieux devait faire apparaître les points faibles et les points forts de l'établissement autour de ces trois thèmes. Le consultant qui a offert la meilleure adéquation entre la réponse à la commande, le temps prévisionnel et le coût d'exécution (35 000 Frs) a été retenu par l'équipe médico-éducative. La démarche a été proposée à l'ensemble du personnel de l'IME dans une assemblée générale. Un document de synthèse présentant ses objectifs et sa méthode a été remis à chacun des participants.

Cette phase d'état des lieux s'est déroulée sur quatre mois. A son issue, six pistes de travail ont été proposées : l'élaboration du projet éducatif individualisé, la représentation des fonctions, le partenariat avec les familles, la circulation de l'information, les locaux et l'ébauche une démarche d'assurance qualité.¹⁰⁴

A la mi avril 1999, la synthèse de cet état des lieux est présentée à l'ensemble du personnel conjointement à une proposition de travail pour la deuxième phase d'élaboration du projet pédagogique, thérapeutique et éducatif.

La phase d'état des lieux, a permis à l'équipe de direction médico-technique d'abandonner l'illusion de l'écriture rapide d'un projet. Le champ d'interrogation couvre la quasi totalité de la prestation de l'IME. Il s'agit d'autre part de structurer l'organisation au fur et à mesure de l'avancement du projet. Son écriture devient une démarche permanente qui utilise les mécanismes de questionnement d'une démarche qualité et la recherche de réponses à travers la méthode d'une formation action.

Pour rentrer dans une démarche d'élaboration permanente du projet pédagogique, pour ne pas se perdre dans la succession des réponses à l'urgence, il est nécessaire que le questionnement qui sert de base à cette écriture suive une trame. Elle doit envisager tous les aspects de la prise en charge proposée par l'IME à ses usagers. Dans ce plan, il s'agit de faire la part de ce qui est momentanément acquis, de ce qu'il est urgent de travailler et de ce qui peut être laissé en suspens sans être oublié. Le document/projet devient à la fois le recueil des questions qui sont traitées et le fil rouge des questions qui sont à traiter. Il fonctionne comme un dictionnaire permanent qui serait remis à jour autant que nécessaire.

Chaque chapitre contient un thème qui doit être débattu et qui doit faire l'objet d'une formulation qui serve de référence opérationnelle. L'ensemble des acteurs de la prise en charge doivent pouvoir participer à ce travail de la place qu'ils occupent et à travers les réunions des groupes fonctionnels auxquels ils appartiennent. Un comité de pilotage est chargé d'élaborer un programme des thèmes et un échéancier. Il préparera un dossier qui servira de support à la réflexion dans les différents groupes fonctionnels. Il synthétisera ces réflexions et élaborera les documents d'étapes et de synthèse. En dernier lieu, il formalisera le fruit de cette recherche en un document descriptif d'objectifs et de moyens qu'on pourrait appeler protocole de travail. Ce document final est inclus dans le document/projet.

Plan du projet pédagogique, thérapeutique et éducatif de l'IME

Introduction: projet institutionnel.*

Première partie : caractéristiques de l'établissement.*

I- Statut juridique.*

II- Agrément.*

III- missions.*

Deuxième partie :organisation fonctionnelle collective.

I- Organisation collective.

1)- Les locaux.*

2)- Le règlement intérieur.*

2-1)- Dispositions relatives aux usagers.*

2-2)- Dispositions relatives aux personnels.*

2-3)- Dispositions communes relative à l'Hygiène et à la sécurité.*

3)- Les réunions.

3-1)- La réunion de direction technique.*

3-2)- Les réunions de fonctionnement.

3-3)- Les assemblées institutionnelles.

II- Prise en charge médicale.

III- Prise en charge thérapeutique.*

1)- Axes thérapeutiques.*

2)- Prises en charge psychothérapeutiques.*

¹⁰⁴ Les six pistes énoncées sont reprises de l'introduction du document de synthèse rédigé en mars 1999 par l'équipe de consultants du cabinet « Anne-Marie Saint Martin Consultants ».

IV- Prise en charge rééducative.*

- 1)- La psychomotricité.*
- 2)- La kinésithérapie.*
- 3)- L'orthophonie.*

V- Régimes de prises en charge.

- 1)- Prise en charge pédagogique :externat ♦
 - 1-1)- Les activités.
 - Axe pédagogique.
 - Axe pratique.
 - 1-2)- Les classes intégrées.
- 2)- Prise en charge éducative : internat.
- 3)- Centre d'accueil familial spécialisé.*
- 4)- Le SESSD.*
 - 4-1)- Mission.
 - 4-2)- Moyens et fonctionnement.
 - 4-3)- Projet individuel et prise en charge.

Troisième partie : organisation de la prise en charge individuelle.

I- L'admission.

II- Le projet individuel, son suivi, sa référence.♦

III- La réunion de synthèse.*

IV- Les relations avec les familles.

Quatrième partie : évaluation du projet.

I- le rapport d'activité.

II- Les bilans d'équipe pluridisciplinaire.

III- L'évaluation individuelle des professionnels.*

Le contenu des chapitres suivis d'un * était formulé et validé en juin 1999. Les chapitres qui sont suivis d'un ♦ étaient en discussion au sein de l'établissement.

La démarche peut être décomposée en quatre phases.

Phase n°1- Le comité de pilotage choisi un programme de thèmes à traiter en les priorisant et en se fixant un échéancier.

Phase n°2- Le comité de pilotage prépare un dossier de réflexion sur le prochain sujet à débattre et le diffuse à l'ensemble des groupes fonctionnels. Cette réflexion préalable peut aussi être alimentée par des actions de formation. Il s'agit d'une étape préparatoire, il est donc important d'avoir toujours un coup d'avance. Pendant qu'un sujet est traité, la réflexion sur le projet suivant doit être amorcée.

Phase n°3- Le comité de pilotage recueille, par l'intermédiaire de la représentativité de chacun de ses membres, les fruits de la recherche dans les groupes. Il les débat, les synthétise et produit un document en direction des groupes fonctionnels.

Phase n°4- Chaque groupe débat du document produit par le comité de pilotage sous l'animation de son représentant et transmet ses observations par son intermédiaire.

Phase n°5- Les étapes 3 et 4 se reproduisent autant de fois que le comité de pilotage l'estime nécessaire. En dernier lieu, il produit un document qui est le descriptif des buts et des moyens qui sera joint au document/projet.

La composition, le rôle des membres et le fonctionnement du comité de pilotage doivent être calibrés en tenant compte du travail de communication qui est à mettre en oeuvre. Le comité de pilotage est un réseau de communication qui diffusera et recueillera des informations dans les moindres recoins de l'organisation. Son fonctionnement doit rester souple pour ne pas augmenter la charge de travail de ses membres et alourdir l'organisation de l'établissement.

Nous avons choisi d'utiliser les réunions qui existaient. La réunion hebdomadaire de l'équipe de direction technique se transforme une fois par mois en comité de pilotage. Les réunions des unités fonctionnelles servent de support au débat de base.

Le comité de pilotage est composé des membres de la direction technique et des membres représentant des groupes fonctionnels:	
le directeur des établissements sociaux et médico-sociaux,	un représentant de chaque groupe éducatif d'internat,
le cadre socio-éducatif,	deux représentants des éducateurs d'externat,
le médecin psychiatre,	un instituteur,
les psychologues,	un représentant des ré-éducateurs,
l'assistante sociale;	un représentant du SESSD.

Le comité de pilotage est chargé :

- d'établir le programme des thèmes à débattre,
- d'élaborer les documents et actions de formation préparatoires à la réflexion,
- de rassembler, de débattre et de synthétiser le fruit de ces réflexions,
- d'écrire et de diffuser les documents intermédiaires et finals.

Les représentants des groupes fonctionnels sont chargés :

- de transmettre les réflexions de leur groupe au comité de pilotage,
- d'assurer le retour des débats du comité de pilotage à leur groupe fonctionnel,
- d'animer les réunions nécessaires à la réflexion.

Ils s'engagent à assumer leur rôle pour l'ensemble de la recherche sur un thème.

Le cadre socio-éducatif et un psychologue assument l'animation générale du dispositif, mais le directeur anime les séances du comité de pilotage qui se réunit à un rythme mensuel. Ses réunions sont programmées pour plusieurs mois. Une secrétaire médico-sociale assure la prise en notes des débats. Un compte rendu des séances est élaboré et diffusé sous la responsabilité du cadre socio-éducatif et du psychologue.

3-3)- Intérêts et écueils de la mise en oeuvre.

Une telle démarche d'élaboration de projet comporte plusieurs intérêts et quelques écueils qu'il convient de maîtriser.

Un des principaux avantages de cette méthode de travail est qu'elle fait émerger le meilleur de l'expérience de chacun pour le mettre au service de tous. Nous sommes au coeur du concept « d'entreprise apprenante ». Les acteurs sont mis en situation de théoriser, de débattre et d'organiser leur travail dans le même mouvement. A la fois, l'ensemble des professionnels interroge le sens de leur action, en débat pour affiner des références communes et les décline en protocole de travail. La démarche de projet devient un outil permanent d'amélioration de la prise en charge et de rénovation stratégique de l'établissement. Elle accompagne le mouvement naturel de l'organisation en lui donnant un sens. Elle donne aussi des habitudes de débat autour l'organisation de travail et de ses objectifs.

Cette démarche de projet comporte aussi les difficultés de ses avantages. Comme toute démarche participative, elle repose sur les qualités de ses animateurs. Rentrer dans une démarche permanente n'exclut pas qu'on en fixe les jalons, quelques objectifs intermédiaires. Dans ce type de travail, on court le risque d'en perdre le fil. Tout peut finir dans un essoufflement général, s'éteindre faute de participant. Les animateurs doivent faire preuve de créativité et imaginer les voies qui maintiendront la flamme de la recherche, le désir de s'interroger. Ils doivent aussi discerner nettement le possible de l'impossible afin que les réponses imaginées trouvent leur concrétisation.

Des pouvoirs mal maîtrisés peuvent naître du rôle qui est attribué à chacun où qu'il s'attribue. Les animateurs devront aussi savoir repréciser le cadre de la démarche et faire du comité de pilotage autre chose qu'un groupe d'analyse des pratiques professionnelles ou de revendications syndicales. On retrouve à ce niveau toute l'importance du leadership dans la vie d'un groupe.

Dans tous les cas, l'absence d'animateur compétent, qu'il soit interne ou externe à l'établissement, voue la démarche à l'échec.

4)- Le bilan social comme indicateur de gestion des ressources humaines.

Les établissements sociaux et médico-sociaux publics ont peu d'expérience en matière d'évaluation de leur activité. Ils se contentent le plus souvent de quelques indicateurs au niveau financiers ou d'économat. Pourtant l'évaluation est nécessaire à toute démarche stratégique. Elle lui assure sa pertinence et sa réactivité.

Certains documents associés au cycle budgétaire peuvent constituer une base pour la mise en oeuvre d'une démarche globale d'évaluation pour peu qu'on veuille en dépasser le caractère administratif. La tentation est grande d'utiliser l'ensemble comme outils de propagande interne et externe. Il est évident que l'élaboration de ces documents ne peut devenir un véritable outil d'évaluation et d'élaboration de la stratégie que si les données qui sont à sa base sont sincères et communicables.

Par exemple, les rapports d'activité des services sont les indispensables outils d'évaluation des fluctuations des besoins de l'utilisateur, de la nature des prestations qui lui sont offertes, des difficultés rencontrées par les professionnels dans l'exécution de leurs tâches et de l'utilisation des moyens. Articulés dans une démarche projet/bilan/projet, ils rythment annuellement le questionnement collectif des professionnels.

L'élaboration du bilan social est l'occasion de créer des indicateurs de gestion des ressources humaines, d'évaluer la politique de l'établissement en la matière et de la communiquer.

Pour la direction de l'hôpital local de Muret, l'élaboration en septembre 98 du bilan social de l'année 1997 a été suscitée par la participation de l'établissement aux travaux de la commission Roché. Elle était un peu précipitée mais a néanmoins permis de travailler quelques indicateurs utilisables dans le temps. L'élaboration du document pour l'année 1998 a affiné la démarche, sans la rendre encore satisfaisante. Le décret 88-951 du 7 octobre 1988 a servi de base à l'élaboration du document.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Ce bilan social n'est obligatoire que pour les établissements employant au moins 300 personnes.

L'étude et la comparaison des tableaux des effectifs théoriques et réels permettent de mettre en perspective les adaptations de l'organisation à travers l'évolution des qualifications. Pour être complète, l'analyse de la structure des emplois doit aussi s'appuyer sur le bilan des mouvements de personnel, départs à la retraite, mutations, titularisations, promotions... La comparaison de la répartition des professionnels dans les différentes fonctions avec des ratios des établissements similaires éclaire sur les choix stratégiques et peut en susciter de nouveaux. Un indicateur peut aussi rappeler le nombre de personnes handicapées employées par l'établissement. La pyramide des âges donne d'autres indications sur la structure des ressources humaines. On peut placer des indicateurs par services et par grades. Ils permettront de prévoir les départs à la retraite et de mixer les générations au sein des services.

L'absentéisme peut faire l'objet de plusieurs indicateurs. On peut mesurer le taux d'absence pour maladie, pour grossesse, pour accident de travail. On peut segmenter ces indicateurs en tranches de nombre de jours. Ils peuvent mesurer l'absentéisme par services, par grades ou par tranches d'âge. C'est ainsi qu'à l'hôpital local de Muret, nous avons constaté que l'absentéisme global était supérieur dans les tranches des 56/60 ans et des 31/35 ans ce qui a conduit à une analyse plus approfondie des facteurs d'absentéisme.

Les frais de personnel de remplacement peuvent être mis en rapport avec les indications données par l'absentéisme. On peut placer des indicateurs par services et par grades pour évaluer les types de qualifications qui sont prioritairement remplacés.

Le bilan des actions de formation sont à mettre en rapport avec les objectifs du projet d'établissement. On peut aussi croiser des informations avec le mouvement du personnel et notamment les promotions de l'année.

Les conditions de travail peuvent faire l'objet d'indicateurs à partir du bilan du CHSCT, du calcul du temps de travail hebdomadaire, de la répartition jours de travail/jours de congé, de la segmentation temps passé auprès de l'utilisateur/temps de préparation et d'évaluation de l'action...

Le bilan des réunions des différentes instances et réunions du personnel est un précieux indicateur de la politique interne de communication de l'équipe de direction. Les ordres du jour cumulés sur une année permettent d'en apprécier le contenu.

D'un document administratif, qu'il est à l'origine, le bilan social peut devenir un outil de d'élaboration et d'évaluation d'une stratégie d'établissement. Il est aussi un instrument de qualification du climat social de l'établissement. Construits de manière empirique, les indicateurs prendront toutes leurs significations et s'affineront par le cumul des informations.

Conclusion

« Rien n'est jamais acquis à l'homme,
ni sa force, ni sa faiblesse... »
Aragon

La rapidité et l'incommensurabilité des relations possibles, inscrivent toute entreprise dans un maillage d'interactions qui en fait un système complexe. Pris dans les fluctuations macro-sociales de la commande sociale et micro-sociales du service rendu à l'individu, les établissements sociaux et médico-sociaux publics n'échappent pas au phénomène. Leur perpétuelle adaptation va connaître une nette accélération dans les prochaines années sous l'impulsion du rapprochement des secteurs sanitaire et social, de nouveaux paramètres de financement et d'organisation, d'une reconnaissance des droits individuels élargis par l'intégration du droit européen et international, et d'une judiciarisation des relations humaines. Si l'ensemble des jalons de l'action sociale s'en trouvent modifiés, ses finalités n'en sont pas pour autant amoindries. Elles sont toujours à rechercher dans les fondements d'une société solidaire.

La fonction de direction s'exprime par le sens qu'elle donne à la dynamique de l'établissement. Il s'agit de lui donner une signification et une orientation. Dans un contexte mouvant, le directeur, pris du vertige de la responsabilité, peut être submergé par un obsessionnel besoin de maîtrise. L'accessoire revêt, alors, l'apparence de l'essentiel pour nous tromper et nous faire prendre les refuges de la technicité pour des finalités.

S'il a l'humilité d'accepter de ne pas tout maîtriser, le directeur trouvera naturellement l'accès au meilleur outil de préhension de la complexité des entreprises : l'homme lui-même. Créer un système de pilotage des établissements c'est avant tout permettre à des hommes de se réaliser dans une action collective à destination d'autres hommes. Il s'acharnera à mobiliser ses ressources humaines, à leurs donner une dynamique et à renforcer leur engagement. Aucun changement profond ne peut se faire sans cette mobilisation.

Il restera, au directeur, de se garder du désespoir d'une trop lente évolution par la force d'une grande conviction.