



**DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICE D'UN IME À L'ÉCHELLE  
D'UN TERRITOIRE AU REGARD DE L'ÉMERGENCE DE  
NOUVEAUX BESOINS**

*D'une logique d'établissement fermé à un dispositif institutionnel ouvert*

**Pascal ROSSOLINI**

**2012**

*cafedes*



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Michèle LE GRAND, directrice de l'IME, ainsi que mes collègues de l'équipe de direction pour leur soutien et leur disponibilité tout au long de la formation.

Merci encore à l'ensemble du personnel de l'IME qui a su accepter mes nombreuses absences et ma faible disponibilité au cours de ces années.

Une mention particulière pour les stagiaires de la promotion CAFDES O ! Leur bonne humeur et leur solidarité sans faille resteront un souvenir impérissable

Enfin, un immense merci à ma famille, mon épouse Marie-Benoît, mes enfants, Lucas, Manon et Louise, sans qui rien n'aurait été possible ! Leur soutien et leur très grande patience m'auront permis d'aller au bout de ce chemin !

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'IME LA GARENNE, UN ANCRAGE TERRITORIAL FORT .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 bouleversement et redistribution des rôles dans le secteur médico-social ....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Évolution de la place des enfants handicapés à l'école .....	3
1.1.2 ... Et mise en place du secteur médico-social.....	4
<b>1.2 Histoire d'une création.....</b>	<b>6</b>
1.2.1 Contexte historique.....	6
1.2.2 L'IME, un établissement de la Sécurité Sociale : atouts et limites .....	8
<b>1.3 L'organisation de l'établissement.....</b>	<b>10</b>
1.3.1 Agrément .....	10
1.3.2 La population accueillie ; des problématiques en évolution .....	11
1.3.3 Une organisation en décalage avec son agrément .....	13
<b>1.4 Les rapports avec l'environnement .....</b>	<b>18</b>
1.4.1 Une situation géographique particulière .....	18
1.4.2 Une tradition départementale .....	20
1.4.3 Un déplacement des besoins vers le secteur adulte .....	21
1.4.4 L'environnement stratégique .....	22
<b>1.5 Synthèse de la première partie : émergence d'un questionnement.....</b>	<b>25</b>
<b>2 UNE NÉCESSAIRE ADAPTATION .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Handicap mental : perceptions et définition .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 L'environnement Interne.....</b>	<b>29</b>
2.2.1 L'organisation de l'établissement .....	29
2.2.2 L'utilisateur, « consommateur » et acteur de la vie institutionnelle .....	31
2.2.3 Les ressources et compétences humaines .....	32
2.2.4 Service et prestation de service .....	34
<b>2.3 Les enjeux externes .....</b>	<b>36</b>
2.3.1 Au plan législatif et réglementaire .....	36
2.3.2 Le contexte de désinstitutionnalisation .....	39
2.3.3 Des partenaires devenus incontournables .....	41
<b>2.4 Des attentes explicites et implicites .....</b>	<b>49</b>
2.4.1 De la part des usagers .....	49

2.4.2	... Mais aussi des partenaires ...	51
2.4.3	... Et des autorités de contrôle .....	52
<b>2.5</b>	<b>Synthèse de la deuxième partie : une organisation interrogée .....</b>	<b>53</b>
<b>3</b>	<b>D'UNE LOGIQUE D'ÉTABLISSEMENT FERMÉ À UN DISPOSITIF INSTITUTIONNEL OUVERT .....</b>	<b>56</b>
<b>3.1</b>	<b>Une nécessité d'ouverture pour continuer d'exister .....</b>	<b>56</b>
3.1.1	Utiliser l'inscription et la reconnaissance territoriale.....	56
3.1.2	Associer l'utilisateur et sa famille.....	58
3.1.3	La nécessité de modifier l'organisation ? .....	59
<b>3.2</b>	<b>Une nouvelle organisation pour des pratiques innovantes .....</b>	<b>60</b>
3.2.1	Les objectifs du projet de changement.....	60
3.2.2	Le dispositif IME : proposition de définition .....	62
3.2.3	Répondre aux demandes et à l'émergence de nouveaux besoins .....	63
3.2.4	Garantir l'amélioration continue de la qualité .....	66
3.2.5	Rééquilibrer les services internat et temps de jour .....	68
<b>3.3</b>	<b>Occuper une position stratégique forte sur le territoire Alençonnais .....</b>	<b>70</b>
3.3.1	Évoluer d'une logique d'établissement vers un dispositif institutionnel .....	70
3.3.2	Établir de nouveaux partenariats en externe.....	72
3.3.3	Renforcer la coopération en interne .....	74
<b>3.4</b>	<b>Prendre le temps de changer.....</b>	<b>79</b>
<b>3.5</b>	<b>Synthèse de la troisième partie : un dispositif construit collectivement .....</b>	<b>80</b>
	<b>Conclusion .....</b>	<b>83</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>85</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert  
AED : Action Éducative à Domicile  
AIS : Adaptation et Intégration Scolaire  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ASE : Aide Sociale à l'Enfance  
ASH : Adaptation et Scolarisation des élèves Handicapés  
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire  
CAF : Caisse d'Allocations Familiales  
CCPE : Commission de Circonscription Primaire et Élémentaire  
CCSD : Commission de Circonscription du Second Degré  
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées  
CDES : Commission Départementale de l'Éducation Spéciale  
CLIS : CLasse d'Intégration Scolaire  
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
COTOREP : COMmission Technique d'OriEntation et de REclassement Professionnel  
CPO : Centre Psychothérapique de l'Orne  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (de 1964 à 1984)  
CREAI : Centre Régional d'Études et d'Actions pour l'Insertion (depuis 1984)  
CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale  
CUA : Communauté Urbaine d'Alençon  
CVS : Conseil de la Vie Sociale  
EAEA : Entretien Annuel d'Évaluation et d'Accompagnement  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EPE : Équipe Pluridisciplinaire Éducative  
ES : Édicateur Spécialisé  
ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail  
ESMS : Établissement ou Service Médico-Social  
ESS : Équipe de Suivi de la Scolarisation  
ETS : Édicateur Technique Spécialisé  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
IME : Institut Médico-Éducatif  
IMP : Institut Médico Pédagogique  
IMPro : Institut Médico Professionnel

IR : Institut de Rééducation  
ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PCH : Prestation de Compensation du Handicap  
PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement  
PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation  
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
RML : Retard Mental Léger  
RMM : Retard Mental Moyen  
SDOSMS : Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale  
SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté  
SES : Section d'Enseignement Spécialisé  
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale  
TDAH : Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité  
TED : Trouble Envahissant du Développement  
TSA : Trouble du Spectre Autistique  
UCANSS : Union des CAisses Nationales de Sécurité Sociale  
UGECAM : Union de Gestion des Établissements des Caisses de l'Assurance Maladie  
ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire  
UPI : Unité Pédagogique d'Intégration

## Introduction

Le secteur social et médico-social est soumis, depuis 10 ans, à de profondes mutations. La prévalence, de plus en plus prégnante, des pratiques libérales vient heurter les représentations d'un secteur dont l'organisation était basée, jusqu'à il y a peu, sur la stabilité, la permanence et la reproduction.

Depuis la mise en œuvre de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, les autorisations ne sont plus données pour un temps illimité. La périodicité des renouvellements d'autorisations a inscrit les structures dans une « temporalité conditionnelle ».

Ce n'est plus la reproduction du même qui garantit un avenir aux structures, mais bien leur capacité à évoluer, à se mettre en mouvement eu égard à l'évolution des besoins des usagers. Il apparaît ainsi qu'aujourd'hui, l'organisation des établissements et services doit être pensée comme ouverte, évolutive, inachevée.

Récemment nommé directeur<sup>1</sup> d'un Institut Médico-Éducatif à Alençon, dans l'Orne, en région Basse Normandie, je perçois cet inversement de tendance comme une opportunité. Les besoins des usagers et la façon d'exprimer ces besoins ont évolué, depuis la loi de 1975. Les établissements médico-sociaux, sont longtemps restés ancrés sur des habitudes de fonctionnement ne favorisant pas l'ouverture, l'innovation et l'échange.

La nécessité de se positionner différemment, au regard d'un public qui évolue, qui ne présente plus les caractéristiques avec lesquelles les professionnels avaient l'habitude d'intervenir, devient une nécessité. Les problématiques des usagers accueillis en IME deviennent plus prégnantes et l'accompagnement proposé doit prendre de nouvelles formes.

Au cours de ce développement, dans une première partie, je présenterai l'établissement, son histoire et ses liens avec l'organisme gestionnaire. En effet, ne relevant pas du secteur associatif, l'IME voit ses relations avec la personne morale bâties sur un mode bureaucratique qui, parfois, peut s'avérer contraignant. Une présentation du public accueilli ainsi que l'organisation actuelle de l'établissement sera nécessaire pour bien mesurer les enjeux liés à l'évolution des profils. Puis en élargissant la focale, je mettrai en

---

<sup>1</sup> J'exerce les fonctions de chef de service éducatif dans cet IME, mais pour les besoins de l'exercice je m'exprimerai de la place du directeur.

avant l'inscription de l'établissement dans son environnement. Cette présentation conduira à un questionnement qu'il s'agira de vérifier au regard d'un diagnostic.

Cette deuxième partie verra la présentation d'un diagnostic établi sur deux plans :

- une analyse de l'environnement interne, des interactions entre usagers, professionnels et direction générale
- une étude des enjeux externes, tant en terme de partenariat que de mise en conformité réglementaire et de relation avec l'autorité de contrôle

Ce diagnostic devra permettre de souligner un certain nombre de points de fragilité ou de force qui conduiront à dégager une problématique.

En réponse à cette problématique, j'exposerai un projet de changement proposant des actions adaptées aux besoins du public accueilli, en terme de prestations, mais aussi d'accompagnement au changement pour l'équipe de professionnels. Celle-ci, dotée d'un réel savoir faire dans le champ du handicap mental, est aujourd'hui déstabilisée face à des situations de jeunes dont l'importance des troubles oblige à une individualisation des réponses et à des actions interdisciplinaires.

La mise en place d'un fonctionnement sous la forme d'un dispositif, faisant passer l'IME d'entité structurelle à une plateforme protéiforme souple et réactive, adaptable aux besoins de chaque enfant ou adolescent, ne pourra s'effectuer que collectivement. Les compétences des professionnels de l'établissement sont une richesse dont il me faudra profiter pour nourrir une réflexion qui aboutira à la réécriture d'un projet de dispositif.

Fort de cette expérience, je fais le pari de la mobilisation du personnel d'un établissement qui s'essouffle, peine à trouver de la ressource pour aller de l'avant et s'adapter à une évolution, certes brutale, mais inéluctable et en adéquation avec la société dans laquelle nous vivons. C'est au travers d'expériences telles que cette réorganisation que les professionnels retrouveront l'intérêt qui fait sens à leur action.

# 1 L'IME LA GARENNE, UN ANCRAGE TERRITORIAL FORT

## 1.1 bouleversement et redistribution des rôles dans le secteur médico-social

La dernière décennie a vu apparaître de profonds bouleversements dans le paysage médico-social, principalement au plan législatif et réglementaire, mais aussi culturel. La représentation, la perception du handicap a considérablement évolué et a incité les différents acteurs du secteur à proposer des adaptations en terme d'accompagnement, tant au plan éducatif, thérapeutique que de la scolarité.

### 1.1.1 Évolution de la place des enfants handicapés à l'école ...

À la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, Jules FERRY, par la loi du 16 juin 1881<sup>2</sup>, rend l'enseignement primaire public et gratuit. Puis, par la loi du 28 mars 1882<sup>3</sup>, il met en place l'obligation d'instruction pour tous les enfants de 6 à 14 ans. L'effet de masse généré par ces deux textes fait alors émerger la question de l'accompagnement des élèves rencontrant des difficultés d'apprentissage.

En réponse à cette question l'État promulgue, au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, différents textes de lois créant des structures de prise en charge des enfants à l'école primaire d'abord, puis des adolescents au collège.

Tout au long de ce siècle, en lien avec l'évolution des textes, l'Éducation Nationale va tenter de proposer des réponses, en terme de scolarité adaptée, aux difficultés d'apprentissage des enfants et adolescents en situation de handicap.

Malgré des velléités, une volonté affichée de favoriser l'accès au savoir pour tous, l'école n'est pas en capacité d'accueillir et accompagner l'ensemble des enfants et adolescents. L'obligation de scolarité de la loi de 1882 a entraîné une forme de mise à l'écart du milieu scolaire ordinaire des élèves avec un profil déficitaire. L'idéal de la loi ne peut aboutir ; l'organisation de l'enseignement en programmes et niveaux ne peut prendre en compte les spécificités et les cas particuliers. Formatif par définition, l'enseignement général est basé sur un niveau et une efficacité intellectuelle moyenne qu'il est nécessaire de posséder au risque de prendre du retard, de ne pas assimiler les notions élémentaires au même rythme que les autres et se retrouver exclu. François DUBET souligne que « *la massification scolaire a été associée, dans sa seconde phase, à un creusement des*

---

<sup>2</sup> Loi du 16 juin 1881 établissant la gratuité absolue de l'enseignement primaire dans les écoles publiques

<sup>3</sup> Loi n° 11696 du 28 mars 1882, portant sur l'enseignement primaire obligatoire

*inégalités. Ainsi, on produit de plus en plus de qualifications scolaires en même temps que de plus en plus d'inégalités<sup>4</sup> ».*

Au cours du siècle passé, l'institution Éducation Nationale n'a pu se donner les moyens de ses ambitions. Effet de la massification, les enseignants ne peuvent consacrer du temps de suivi individualisé pour les élèves qui décrochent. La formation de ces mêmes enseignants, générique et basée sur la transmission du savoir, n'intègre pas de modules sur l'accompagnement des enfants et adolescents en situation de handicap. La création de diplômes d'enseignant spécialisé est venue combler, en partie, ce manque. Cependant, leur nombre reste insuffisant pour absorber la masse d'élèves dans l'incapacité de suivre un cursus scolaire général.

Enfin, il apparaît que l'accompagnement de publics en situation de handicap nécessite un travail d'équipe, de coordination, favorisant l'interdisciplinarité. L'Éducation Nationale, encore aujourd'hui, reste peu coutumière de ce genre de pratiques.

### **1.1.2 ... Et mise en place du secteur médico-social**

Au cours du siècle dernier, le secteur médico-social s'est développé en parallèle à l'Éducation Nationale, venant prendre une place d'abord laissée vacante, en ce qui concerne l'accompagnement des enfants en situation de handicap.

En « mettant sur la touche » les élèves qui rencontrent des difficultés d'apprentissage, l'école publique s'est démis d'une responsabilité qui était la sienne et a favorisé l'émergence d'un secteur parallèle, l'éducation spécialisée. *« A la recherche de l'excellence, l'école publique s'est inscrite dans une logique de distinction psychomédicale au lieu de s'interroger sur ses approches pédagogiques. Elle a ainsi contribué à la création d'un champ d'éducation spécialisé, se dépossédant d'une responsabilité qui aurait dû lui revenir<sup>5</sup> ».*

Le secteur médico-social s'est développé dans d'importantes proportions, au cours des années 1940-1950, sous l'impulsion d'associations caritatives de type loi 1901. La puissance publique, dans l'incapacité de réguler et organiser l'accompagnement de ces populations a laissé l'initiative à ces associations privées en leur offrant des moyens conséquents pour fonctionner.

Progressivement, une tendance s'est dessinée ; un mouvement d'institutionnalisation en direction des enfants et adolescents inadaptés a conduit à la multiplication des

---

<sup>4</sup> DUBET F., 1996, *L'exclusion scolaire : quelles solutions ?*, in PAUGAM S., *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris : La Découverte, p.501

<sup>5</sup> DUBREUIL B., 2007, *Accompagner les jeunes handicapés ou en difficulté, Éducation spécialisée et intégration*, Paris/ Dunod, p.9

établissements et services médico-sociaux. L'orientation vers un établissement avait alors vocation à protéger le jeune de son environnement naturel, familial et social, considéré comme incapable de répondre au handicap. Massivement organisés autour de la prise en charge en internat, les établissements affichaient une volonté de substitution familiale. Le modèle collectif, la prise en charge de groupe avait pour objectif de créer une dynamique, un modèle d'identification qui aiderait l'enfant et l'adolescent à se construire, en référence aux normes du groupe.

Au cours des années 70, l'État et les professionnels du secteur ont pris conscience du contexte d'exclusion et de « désinsertion » qui caractérisait les jeunes fréquentant les établissements spécialisés. Une loi a été, dès lors promulguée, amorçant un renversement de tendance. La loi du 30 juin 1975 visait à modifier la perception et la place de la personne handicapée dans la société. L'article 1<sup>er</sup> de la loi a posé d'emblée une affirmation : « *l'action poursuivie assure, chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent, l'accès du mineur et de l'adulte handicapés aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie*<sup>6</sup>. » L'établissement spécialisé ne pouvait plus être la réponse unique aux difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap.

Le second point soulevé par ce texte concernait l'obligation éducative : « *Les enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une éducation ordinaire, soit, à défaut, une éducation spéciale ...*<sup>7</sup> ». La loi a imposé le principe d'éducation pour l'ensemble des enfants et adolescents handicapés. La scolarité pour les personnes handicapées, même adaptée, est devenue une obligation au même titre que les actions thérapeutiques et éducatives. De plus, et c'est un élément essentiel, le milieu ordinaire devait être favorisé, le secteur spécialisé n'intervenant plus que par défaut, quand aucune autre solution ne pouvait répondre favorablement aux difficultés rencontrées.

Corollairement, cette tendance forte, privilégiant le milieu ordinaire, fut affirmée par la loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989 : « *l'éducation est la première priorité nationale ... le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté*<sup>8</sup> ». Ce texte, de plus, va introduire une forme de révolution au plan des pratiques, à savoir une nécessité de concertation et collaboration entre les responsables de l'Éducation Nationale et ceux de l'Action Sanitaire

---

<sup>6</sup> Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, art. 1<sup>er</sup>

<sup>7</sup> Idem, art. 4

<sup>8</sup> Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation, art. 1<sup>er</sup>

et Sociale. Cependant, à cette époque, malgré des velléités clairement affichées, les statistiques illustrent un mouvement inverse, « *l'appareil scolaire, non seulement ne parvient pas à faire décoller sa politique d'intégration, mais voit même son rôle décroître en matière d'enseignement spécialisé au profit du secteur médico-social*<sup>9</sup> ». Entre 1982 et 1992, dans l'enseignement primaire, le taux d'intégration scolaire passe de 11,8% à 10,7% ! Cette décroissance s'effectue au profit du secteur médico-social, qui voit, lui, son activité croître de façon importante.

L'arrivée du XXIème siècle signe la volonté de la puissance publique de « reprendre la main ! », notamment en terme de contrôle, d'autorisation et de régulation du secteur médico-social, mais aussi afin de rattraper un certain retard concernant les droits des personnes en situation de handicap.

## **1.2 Histoire d'une création**

### **1.2.1 Contexte historique**

Créé à l'initiative de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de l'Orne, l'Institut Médico Éducatif (IME) La Garenne a ouvert ses portes le 1<sup>er</sup> avril 1971.

A l'origine, l'établissement était agréé au titre d'un Institut Médico Pédagogique et Professionnel (IMP Pro). Implanté en marge de la Communauté Urbaine d'Alençon, en raison d'une opportunité d'achat d'un vaste terrain, il était en phase avec une époque où fleurissaient les établissements spécialisés. Selon une idéologie dominante de réparation, le modèle éducatif proposé se voulait différent de celui de la famille d'origine jugée carencée. Il optait alors, pour y suppléer, pour un accueil majoritairement en internat (80 internes – 16 semi internes) centré sur une prise en charge globale de l'enfant.

La population accueillie, à l'ouverture de l'établissement, était définie comme suit : « *Enfants et adolescents, garçons et filles, âgés de 7 à 18 ans, présentant des troubles du comportement ou de la personnalité, avec un facteur de déficience intellectuelle* ». Cette catégorie fut ciblée pour répondre aux besoins repérés, à l'époque, par l'équipe technique du Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (CREAI) de Basse Normandie. Elle venait compléter la population d'enfants et d'adolescents déficients moyens et profonds accueillis dans les établissements gérés par les associations de parents d'Alençon et de l'Orne.

L'établissement proposait le traitement de l'inadaptation en visant une intégration à la vie sociale et professionnelle. Il affirmait la nécessité d'un travail pluridisciplinaire, technique,

---

<sup>9</sup> DUBREUIL B., 2007, *Accompagner les jeunes handicapés ou en difficulté, Éducation spécialisée et intégration*, Paris : Dunod, p.12

ayant pour objectif de développer au maximum les capacités intellectuelles de l'enfant, en faisant le choix de rester en liaison permanente avec son milieu naturel. Cela nécessitait un recrutement dans un rayon de 50 km autour d'Alençon. Les jeunes accueillis étaient répartis au sein de huit groupes verticaux, selon l'idée que le mixage des âges favorisait la dynamique de groupe et l'entraide entre les plus grands et les plus jeunes, sur le modèle de la fratrie.

L'annexe XXIV au décret n°89-798 du 27 octobre 1989 a conduit la direction de la CAF à déposer une nouvelle demande d'agrément auprès du Comité Régional des Organisations Sociales et Médico-Sociales (CROSMS) afin de poursuivre sa mission. Malgré une demande en lien avec la population habituellement orientée vers l'établissement, il ne fut pas possible d'obtenir un double agrément, IME et Institut de Rééducation (IR). La proximité géographique d'un autre IR, ainsi que les incitations des autorités de contrôle, ont obligé la CAF à se positionner pour un unique agrément IME.

Par le décret n°95-185 du 14 février 1995 et sur incitation forte de ces mêmes autorités de contrôle, les établissements du département ont été amenés à diversifier leurs modes d'intervention, notamment par la promotion des Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD).

En 1997, l'IME La Garenne a donc, par redéploiement de personnel éducatif d'internat et à moyen constant, ouvert un SESSAD, agréé pour accompagner 20 jeunes de 4 à 20 ans avec un double agrément : 10 places pour des jeunes présentant un retard mental léger avec ou sans troubles associés et 10 places pour des jeunes d'efficiace intellectuelle normale mais présentant des troubles de la conduite et du comportement.

Cette ouverture du SESSAD, à moyens constants, a entraîné la fermeture de 12 places d'internat à l'IME, faisant passer la capacité de l'établissement de 96 à 84 jeunes (57 internes et 27 semi internes).

Face à l'augmentation très rapide et constante des demandes et des orientations vers le SESSAD, en 1999, une demande d'extension de capacité de moins de 30% a été demandée, portant le nombre de places de 20 à 26, sans augmentation du budget.

En 2000, le désengagement de la gestion directe de la CAF a vu l'intégration de l'IME au sein de l'UGECAM de Normandie. Gestionnaire de plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux, sur la Haute et la Basse Normandie (3 sanitaires et 4 médico-sociaux), l'UGECAM de Normandie était une des plus petites UGECAM de France.

Afin de gagner en taille et garder une possibilité d'existence en tant que telle, sous peine de dissolution et réaffectation des établissements dans les UGECAM voisines (Pays de la

Loire, Île de France et Nord Picardie), la direction générale a pris, en 2009, la décision de séparer les SESSAD de l'Orne de leurs établissements d'origine, leur donnant une autonomie administrative et financière. Les SESSAD de l'IME La Garenne et de l'ITEP La Rosace de SÉES ont donc fusionné pour donner naissance au huitième établissement de l'UGECAM de Normandie. Avec une capacité d'accueil de 46 places, le SESSAD Ornais se positionnait comme le plus important du département en nombre de jeunes suivis, dans le domaine du handicap mental et des troubles du comportement et de la conduite.

Enfin, la signature d'un CPOM en mai 2011, outre le passage à une dotation globale en terme de financement, a conduit à une modification sensible de l'agrément de l'IME, notamment au niveau de la répartition internat, semi internat. Prenant en compte l'évolution régulière des orientations vers le semi internat au détriment de l'internat, le nouvel agrément permet, aujourd'hui, l'accueil de 84 jeunes (42 internes - 42 semi internes)

### **1.2.2 L'IME, un établissement de la Sécurité Sociale : atouts et limites**

L'IME La Garenne, nous l'avons vu, était géré, à sa création, par la Caisse d'Allocation Familiales de l'Orne. Organisme de sécurité sociale avec une représentation paritaire au Conseil d'Administration, la gouvernance de l'établissement a toujours différé sensiblement de celle d'un établissement dépendant d'une association. La CAF n'avait pas de projet où étaient inscrites les valeurs qui fondaient son action. Son intervention, en tant que gestionnaire d'un établissement médico-social était essentiellement axée dans une optique de bonne gestion de l'argent public et d'équilibre des budgets.

Un arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> juin 1987, relatif au programme cadre d'action sociale familiale des Caisses d'Allocations Familiales, a précisé l'obligation, pour les caisses concernées, de procéder aux opérations de désengagement à l'égard de secteurs qui ne faisaient plus partie de leurs attributions, comme c'était le cas pour les établissements médico-sociaux en gestion directe. La CAF de l'Orne, malgré un fort attachement à l'établissement et de fortes résistances de la part du personnel, a dû obtempérer. Au niveau national, ce désengagement représentait des changements conséquents pour plus de 10 000 salariés.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a alors proposé la création, dans 13 régions, d'Organismes de Gestion dont l'objectif était d'assurer la continuité de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux de Sécurité Sociale tout en étant détachées de la gestion directe. Ainsi est né, fin 1999, le Groupe UGECAM (Union de Gestion des Etablissements des Caisses de l'Assurance Maladie).

L'IME La Garenne a été intégré à l'UGECAM de Normandie le 1<sup>er</sup> janvier 2000. L'organisme gère aujourd'hui 3 établissements sanitaires et 5 établissements et services médico-sociaux.

Depuis 2000, l'UGECAM a installé d'importantes procédures de gestion, de contrôle, empruntées au secteur sanitaire, qui permettent de créditer les établissements d'une solide confiance auprès des autorités de contrôle (« reporting », mutualisation des fonctions supports, audits réguliers sur les services généraux et administratifs, etc.). La situation économique et financière des établissements médico-sociaux est saine et les procédures sont installées.

Clairement inscrite dans une optique de gestion, l'UGECAM de Normandie a mis en place, en douze années, une organisation efficace autour du contrôle de gestion, des budgets, des achats et des marchés publics.

De plus, les ambitions d'expansion de l'UGECAM, au plan national, sont clairement affichées, avec une orientation médico-sociale affirmée. Consignes sont données aux directeurs généraux des unions régionales pour se positionner dans les reprises d'établissements rencontrant des difficultés ou dont les associations gestionnaires cherchent à céder la gestion directe.

La Convention UCANSS (Union des CAisses Nationales de Sécurité Sociale), spécifique aux personnels de sécurité sociale, s'est avérée un argument de premier ordre dans la mobilisation des salariés et leurs représentants pour rester dans l'organisme. Elle reste, aujourd'hui un atout très incitatif dans le cadre de campagne de recrutement de personnel, par les nombreux avantages qu'elle présente, tant au plan salarial que des conditions de travail et de vie des salariés.

Malgré ces atouts, l'UGECAM montre aussi des limites qui peuvent être un frein à cette politique d'expansion. Elle présente, somme toute, une expérience limitée dans le domaine médico-social. Bénéficiant de peu de reconnaissance de la part de ses pairs du secteur associatif, l'organisme est assez isolé, au plan régional, et régulièrement écarté des commissions de réflexion et d'élaboration des schémas régionaux. De création récente, elle ne dispose pas de réseaux étendus et ne peut prétendre à une influence sur les orientations stratégiques des politiques régionales.

La sensibilité de l'UGECAM est naturellement portée vers le secteur sanitaire, historiquement en lien avec les missions de l'Assurance Maladie. Le savoir faire, en matière de gestion, a vu un transfert de procédures du sanitaire appliquées au médico-social. En revanche, la connaissance de la déficience intellectuelle est peu maîtrisée. L'organisation de l'accompagnement éducatif, thérapeutique et pédagogique est donc laissée à l'initiative des directeurs d'établissements. Le reproche fréquemment formulé

par le personnel éducatif tient en ce que l'UGECAM serait plus préoccupé par l'organisation et la gestion des établissements que par l'accompagnement et l'épanouissement des usagers.

Enfin, dans un contexte conjoncturel qui nécessite réactivité et technicité (notamment en ce qui concerne les réponses aux appels à projets), il est à craindre que la petite taille de l'organisme, la méconnaissance des règles et fonctionnement du secteur, ne soient un frein à un développement plus conséquent, malgré une détermination affichée d'aller dans ce sens.

### **1.3 L'organisation de l'établissement**

#### **1.3.1 Agrément**

L'Institut Médico Éducatif La Garenne est un établissement médico-social privé à but non lucratif qui exerce son activité en conformité avec la loi n°75-535 du 30 juin 1975, l'annexe XXIV du décret 89-798 du 27 octobre 1989 et la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

Sa capacité totale est de 84 places. Un arrêté à venir fixera la répartition des places de la façon suivante :

- 42 places en internat de semaine
- 42 places en semi internat

Le budget de fonctionnement, sous forme de dotation globale, est autorisé par le directeur de l'Agence Régionale de Santé de Basse Normandie (ARS), suite à La signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

L'IME La Garenne est agréé pour accueillir des enfants et adolescents, de 6 à 20 ans, présentant un retard de développement intellectuel, léger ou moyen, auquel peuvent être associés des troubles ou carences d'ordre psychique, cognitif, affectif ou socio-éducatif, sur notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

La mission de l'IME est d'accueillir ces enfants et adolescents et de mettre en œuvre des actions éducatives, psychopédagogiques, professionnelles et thérapeutiques visant pour chaque jeune à :

- Développer ses potentialités
- Renforcer ses acquisitions cognitives
- Participer à son épanouissement
- Restaurer sa place dans les réseaux relationnels sociaux et familiaux

La vocation de l'établissement est de favoriser au maximum l'insertion sociale et professionnelle du jeune, dans le respect de ses compétences et de ses attentes, ainsi que celle de sa famille.

Pour répondre aux besoins identifiés de chaque jeune accueilli, l'établissement est doté d'un plateau technique lui permettant d'intervenir sur trois aspects :

- Educatif : aider les jeunes à devenir acteurs de leur quotidien et du monde qui les entoure. Leur permettre l'acquisition de règles de vie individuelles et collectives. Les accompagner dans la construction d'un projet social et professionnel, que ce soit vers le milieu ordinaire ou protégé.
- Pédagogique : enseigner, en créant les conditions permettant la levée des blocages scolaires, de langage ou de psychomotricité et en apportant les notions de base d'apprentissage pré professionnel.
- Thérapeutique : traiter et travailler à la réduction des diverses perturbations et carences psychoaffectives par des interventions adaptées.

La volonté affichée est de faire participer, le plus largement possible, les familles à l'ensemble des actions menées tout au long du séjour des jeunes, et ce, dès l'admission. Le point central de l'accompagnement est la mise en œuvre du Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA)

### **1.3.2 La population accueillie ; des problématiques en évolution**

Depuis son ouverture en 1971, l'IME a vu son public cible évoluer au fur et à mesure des évolutions sociétales et législatives.

Au moment de son ouverture, malgré la mixité affichée dans l'agrément, la très grande majorité des usagers était de sexe masculin.

Institut Médico Pédagogique, l'établissement accueillait des jeunes dont les difficultés se situaient dans le retard mental léger, mais aussi des jeunes en rupture avec le milieu scolaire ordinaire, présentant un retard scolaire massif, mais dont l'efficacité intellectuelle était préservée. L'axe essentiel du travail se concentrait sur la pédagogie, l'accompagnement éducatif se situant exclusivement au niveau de l'internat.

L'affirmation du droit à une scolarité ordinaire pour tous a naturellement conduit les parents à rechercher en priorité une scolarisation dans l'école proche du domicile. Ce principe a rapidement été suivi d'effets puisque : « *le nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire a augmenté d'un tiers depuis 2005 (+33% entre 2005 et 2010)<sup>10</sup> »*. Parallèlement, le nombre d'enfants scolarisés en établissement médico-social a baissé de 3,3% entre 2004 et 2010 (source Éducation Nationale). La promotion forte de l'accompagnement de l'enfant au plus près de son milieu ordinaire de vie favorise le

---

<sup>10</sup> Rapport au président de la République : *La scolarisation des enfants handicapés*, mai 2011, p.7

développement des SESSAD. Nous constatons au plan départemental, mais aussi national, une augmentation exponentielle des demandes d'orientations vers les SESSAD. Entre 1997 et 2006, leur capacité d'accueil a quasiment doublé (+83%). De plus, entre 2008 et 2014, la programmation nationale de création de places dans les établissements et services médico-sociaux prévoit encore un renforcement significatif de l'offre dans ce type de services<sup>11</sup>.

L'effet le plus marquant, pour l'IME La Garenne, tient en une modification des profils des jeunes habituellement orientés vers l'établissement. Entre 1971 et 1990, globalement, la répartition était stable, entre un accueil de 50% de jeunes inscrits dans le champ de la déficience intellectuelle légère et 50% de jeunes sans déficience. Ces jeunes présentaient des troubles du comportement ou des inhibitions scolaires qui justifiaient, à l'époque, une orientation vers un établissement d'éducation spéciale. 85% des jeunes accédaient à l'emploi en milieu de travail ordinaire. 10% bénéficiaient d'un travail en milieu protégé et 5% quittaient l'établissement sans solution.

Entre 1990 et 2006, l'agrément unique IME a incité la Commission Départementale de l'Éducation Spéciale (CDES), puis la CDAPH à recentrer les orientations vers l'établissement sur le champ du handicap mental. Ainsi, au cours de ces années, les accueils ont concerné, dans leur immense majorité, des jeunes présentant une déficience intellectuelle légère, avec pour un grand nombre, des troubles du comportement.

Depuis 2006, les jeunes orientés vers l'établissement n'ont plus le même profil. Plus carencés, présentant des troubles associés à leur déficience intellectuelle, ils ne peuvent être accueillis, temporairement, dans les dispositifs mis en place par l'Éducation Nationale. En effet, il est demandé aux jeunes fréquentant les établissements scolaires ordinaires d'avoir, a minima, une attitude d'apprenant. Les enseignants ne sont pas préparés, ni formés à l'accompagnement d'enfants ou d'adolescents n'entrant pas dans les apprentissages.

De plus, j'observe une évolution de la population accueillie vers des capacités intellectuelles moindres ; le nombre de jeunes présentant un Retard Mental Moyen (RMM), au regard des normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), augmente au détriment du nombre de jeunes présentant un Retard Mental Léger (RML) ou une efficience intellectuelle « normal limite ».

---

<sup>11</sup> Source CNSA, *Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie, 2008-2012*

## Évolution de la population accueillie à l'IME La Garenne

	2008	2009	2010	2011
Retard Mental Moyen (RMM)	20,62%	26,50%	30,93%	34,12%
Retard Mental Léger (RML)	61,85%	37,75%	40,21%	42,35%
Efficiencie intellectuelle normale (limite inférieure)	6,18%	11,22%	9,28%	7,06%
Non évalué au cours de l'année	11,35%	24,53%	19,58%	16,47%

A cette déficience intellectuelle principale, s'ajoute un accroissement des troubles associés, dans différents domaines, qu'ils soient cognitifs, développementaux ou psychoaffectifs. Parmi ceux-ci, on observe :

- des troubles épileptiques (5,88% 2009 ; 4,25% en 2011)
- des troubles de la conduite et du comportement (15% en 2009 ; 19% en 2011)
- des troubles psychologiques ou relationnels (4,5% en 2009 ; 7,75% en 2011)
- des Troubles Envahissants du Développement (TED) (1% en 2009 ; 5% en 2011)
- des Troubles du Déficit de l'Attention et de l'Hyperactivité (TDAH) (0% en 2009 ; 3% en 2011)
- une déficience du langage et de la parole (2,94% en 2009 ; 6% en 2011)

Cette évolution, rapide et importante en volume, déstabilise le personnel de l'établissement qui voit ses pratiques, tant au plan pédagogique qu'éducatif, mises à mal face aux difficultés rencontrées par les jeunes usagers. J'ai pu observer que cette situation, liée à des représentations culturelles, une difficulté d'adaptation à des besoins nouveaux, entraîne des mécanismes défensifs. Des demandes insistantes pour opérer à des réorientations vers d'autres établissements sont alors adressées aux cadres intermédiaires, notamment quand les troubles présentés par les enfants ou les adolescents ne semblent plus correspondre à ceux habituellement pris en charge.

### 1.3.3 Une organisation en décalage avec son agrément

L'IME La Garenne, nous l'avons vu, est agréé pour accueillir des enfants et adolescents, de 6 à 20 ans. L'accompagnement d'un enfant de 6 ans diffère sensiblement de celui proposé à un adolescent de 16 ans. C'est pourquoi, l'accompagnement éducatif et pédagogique est organisé autour de deux sections distinctes, qui permettent de prendre en compte des besoins, des degrés de maturité différents.

La Section d'Enseignement et d'Éducation Spécialisée (SEES), qui accueille les enfants de 6 à 14 ans

La section Initiation et Première Formation Professionnelle (IPFP), qui accueille les adolescents de 14 à 20 ans.

## A) La SEES

Sous la responsabilité d'un chef de service éducatif, cette section regroupe 4 classes, un groupe éducatif de temps de jour (semi internat) et deux groupes d'internat<sup>12</sup>. 40 jeunes, en moyenne, sont accueillis au sein de cette section.

Les enfants sont scolarisés, en fonction de leur niveau, au sein d'une des 4 classes. Les affectations des enfants dans ces classes sont déterminées par le niveau d'acquisitions scolaires, l'âge et la capacité à suivre un rythme d'apprentissages.

Les activités pédagogiques, encadrées par des enseignants, sont adaptées aux capacités de l'enfant. Ainsi, le temps de présence en classe peut être différent pour chaque enfant. A ces temps pédagogiques peuvent s'ajouter des temps d'accompagnement éducatif en direction d'enfants pour lesquels, il est estimé que le rythme scolaire quotidien est trop long, peu adapté aux difficultés rencontrées.

Les éducateurs qui interviennent sur le temps de jour viennent en renfort pour l'équipe pédagogique, en soustrayant des enfants des classes sur des temps ponctuels et poursuivant deux objectifs :

- Proposer un temps de pause, dans la journée de classe, avec des supports éducatifs, vécus comme moins contraignants, tout en visant l'acquisition de savoir-faire et savoir être sur des modes différents des activités pédagogiques.
- Permettre à la classe et à l'enseignant de « respirer », hors de la présence d'éléments agités, très perturbateurs qui créent une dynamique peu propice aux apprentissages.

Les progrès, au plan scolaire et éducatif, ou bien l'âge, en l'absence de progrès significatifs, déterminent les passages d'une classe vers une autre.

La particularité de la SEES tient au fait que les secteurs ne sont pas « étanches ». En effet, les éducateurs d'internat peuvent être amenés à intervenir pendant le temps de jour, au travers d'activités éducatives, en lien et en concertation avec les enseignants. Ces interventions viennent très ponctuellement compléter les interventions éducatives de l'équipe de jour. J'ai proposé cette organisation suite à plusieurs constats :

- une évolution des problématiques des enfants orientés vers l'IME, pour lesquels la scolarité telle qu'organisée dans l'établissement, ne convenait pas totalement. Cette organisation scolaire, très proche de celle du milieu ordinaire, mais en groupe restreint, visait très clairement l'acquisition d'un niveau de compétences assez élevé. Les profils très carencés des jeunes admis dernièrement ne permettent plus de viser ce niveau de compétences.

---

<sup>12</sup> Cf. Annexe n°2 : Organigramme de la SEES avant septembre 2012

- Une diminution très nette des orientations de jeunes vers l'internat, au profit du semi internat. Les groupes d'internat se sont retrouvés avec des effectifs très faibles, ne justifiant plus une présence éducative aussi soutenue, en terme de volume horaire et d'encadrement.

Cette organisation très scolaire de la SEES est en lien avec l'histoire de l'établissement. Jusque récemment, le profil des enfants orientés vers l'IME, permettait d'envisager des apprentissages scolaires proches de ceux constatés dans le milieu ordinaire. Les troubles du comportement induisaient des blocages, des refus des apprentissages que l'établissement, par des actions éducatives et pédagogiques conjuguées, réussissait, dans la majorité des situations, à résoudre. Lors de mon arrivée, j'ai pu constater à quel point cette organisation était ancrée dans les fonctionnements des professionnels. Les représentations liées à la performance de l'établissement étaient essentiellement en lien avec la scolarité. L'IME tirait sa réputation de résultats scolaires flatteurs qui le faisait s'apparenter à un établissement d'enseignement.

La SEES est le secteur touché en premier lieu par l'évolution des problématiques des jeunes ; en effet, les admissions concernent prioritairement des enfants dont l'âge se situe entre 6 et 12 ans (âge moyen à l'admission en 2011 : 10 ans et 2 mois).

## B) L'IPFP

Sous la responsabilité d'un second chef de service éducatif, la section Initiation et Première Formation Professionnelle est organisée sur un mode différent de la SEES. La scolarité des adolescents fonctionne sur le mode de l'alternance entre la classe et la formation pré professionnelle. Tous les adolescents au delà de 14 ans sont concernés par cette organisation. Cette alternance prend la forme, pour chaque jeune, d'une semaine de classe suivie d'une semaine d'atelier.

La section IPFP est aujourd'hui composée de 3 classes, 3 ateliers préprofessionnels, 3 groupes d'internat, une unité d'accompagnement des jeunes adultes entre 18 et 20 ans, ainsi qu'un service insertion<sup>13</sup>.

La répartition des jeunes dans les classes se fait en fonction du niveau scolaire et des capacités d'acquisitions.

En revanche, les adolescents ont le choix entre trois ateliers :

- Un atelier Bâtiment qui propose une progression pédagogique en s'appuyant sur la découverte des principaux métiers du bâtiment.

---

<sup>13</sup> Cf. Annexe n°4, Organigramme de l'IPFP avant septembre 2012

- Un atelier Horticole qui travaille les techniques d'horticulture, d'aménagement d'espaces verts, de production florale et de maraîchage.
- Un atelier ESF (Économie Sociale et Familiale) qui initie aux travaux de repassage, de couture, d'entretien des locaux et à la cuisine, dans une optique pré professionnelle. Cet atelier s'adresse à des jeunes intéressés par les métiers de la restauration, les emplois de collectivité et d'aide à la personne. L'emploi du temps intègre, depuis l'année scolaire 2008/2009, des modules de puériculture, animés conjointement par la monitrice d'atelier et l'infirmière. Un restaurant d'application, ouvert au personnel de l'établissement, permet, une fois par mois, de mettre à l'épreuve les connaissances des adolescents et de les valoriser.

Le dispositif de formation intègre également un service d'orientation/insertion, animé par un éducateur. Chargé de la mise en stage progressive des jeunes, il intervient, en interne auprès des professionnels des services généraux de l'établissement et, hors de l'établissement (artisans, PME, ESAT, ...)

J'ai pu faire le constat que, là encore, l'organisation du secteur IPFP ne prend pas en compte les évolutions liées aux problématiques des jeunes accueillis. En effet, Le fonctionnement uniforme sur le mode de l'alternance ne permet plus de répondre, efficacement, aux difficultés rencontrées par les jeunes que l'établissement accueille depuis quelques années. Le rythme scolaire, pour un certain nombre de jeunes enfants de la SEES, est très allégé, compte tenu des troubles présentés, notamment l'incapacité de rester en classe plus de 30 minutes.

Malgré le travail effectué, malgré des progrès constatés, ces difficultés resteront présentes lors du passage à l'IPFP. Il apparaît donc indispensable, d'engager un important travail de réflexion autour de l'accueil d'un public adolescent qui ne présente plus les caractéristiques avec lesquelles les professionnels ont l'habitude de travailler.

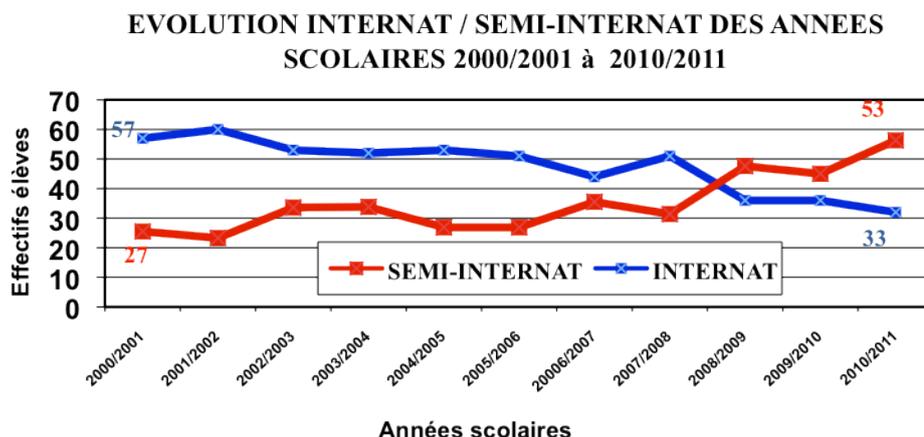
### C) L'internat

Traditionnellement organisé sur un mode horizontal, depuis 1987, l'internat est composé de 5 unités de vie. Chaque unité de vie est encadrée par 3 éducateurs et est en capacité d'accueillir 12 internes.

L'accompagnement éducatif s'effectue sur les temps extra scolaires, temps de repas du midi, soirée et mercredi après midi. Classiquement, le travail est orienté sur le développement de l'autonomie personnelle et des capacités sociales.

Jusqu'en 2011 l'agrément autorisait un accueil selon la répartition théorique de 57 internes pour 27 semi internes. Pour l'année scolaire 2010/2011 le taux d'occupation était de 33 internes pour 53 semi internes. Cet inversement de tendance, a priori durable, m'a

conduit à envisager une modification de l'agrément, dans le cadre de la signature du CPOM, pour être plus en phase avec la réalité et l'évolution des demandes.



Jusqu'en 2008, la DDASS avait toujours accepté de financer le surcoût lié au sureffectif et avait fixé un prix de journée quasi identique entre semi internat et internat, au motif que les coûts liés au transport des semi internes impliquaient un niveau de dépenses élevé. La mise en place progressive de l'ARS a induit un rééquilibrage et une différenciation entre la journée d'internat et celle de semi internat.

Historiquement, l'établissement a axé sa spécificité sur l'internat. L'organisation, en terme de postes éducatifs et d'infrastructure a été pensée pour l'accueil d'un grand nombre d'internes. Il apparaît clairement que, compte tenu de l'évolution des textes, de la demande des familles et, globalement, de l'évolution sociétale, l'internat ne pourra plus être un argument prédominant dans le « catalogue » des prestations proposées.

Effet de mode ou logique durable, le semi internat est, aujourd'hui, le régime de prise en charge plébiscité par les usagers et leurs familles. En effet, globalement, les familles marquent une nette préférence pour le retour des enfants au domicile tous les soirs, exprimant ainsi le souhait d'afficher, aux yeux de leur environnement, un fonctionnement social se rapprochant de la norme. Les orientations en internat ont, désormais : « des visées « thérapeutiques » et éducatives, destinées à assurer un temps d'éloignement de la sphère familiale ou à traiter certains dysfonctionnements dont elle est le lieu<sup>14</sup> ». Cependant, l'internat n'ayant pas vocation à se substituer aux missions des services de protection de l'enfance, la vigilance et le travail en partenariat doivent être un moteur de la réflexion. En effet, l'IME n'a pas d'habilitation, ni de mandat judiciaire ; dans le cadre d'accueil d'enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, il coordonne son action avec celle des services du conseil général.

<sup>14</sup> Rapport CTNERHI, *Diversification de l'activité des établissements et adaptation au parcours de l'enfant*, 2007, p.47

D'importants travaux de rénovation, restructuration et mise aux normes ont été entrepris en 2005 et visaient, principalement le secteur internat, permettant d'accueillir 50 jeunes dans des conditions de confort plus que satisfaisantes. Aujourd'hui, la diminution des orientations vers l'internat m'amène naturellement à me poser la question de l'adaptation des locaux et du personnel à cette réduction d'effectif au profit du semi internat.

Cet inversement de tendance me conduit à questionner la gestion des emplois et des compétences. En effet, l'établissement est dorénavant suréquipé en matière d'accompagnement éducatif sur l'internat (13 éducateurs pour accompagner 33 jeunes !). Il apparaît indispensable de réfléchir à d'autres modes de prise en charge, notamment en recentrant une partie de l'activité des éducateurs sur le temps de jour et l'accompagnement des enfants qui présentent des troubles envahissants, rendant difficile une scolarisation classique.

## **1.4 Les rapports avec l'environnement**

### **1.4.1 Une situation géographique particulière**

Implanté en périphérie d'Alençon, sur le territoire de la Communauté Urbaine, à 4,5 km du centre ville, L'IME La Garenne a, depuis sa création, été obligé de travailler avec les instances de plusieurs régions et plusieurs départements.

Alençon, chef lieu, préfecture de l'Orne, est géographiquement situé à l'extrémité sud du département. Créée le 31 décembre 1996, elle est aujourd'hui la plus petite Communauté Urbaine de France, fruit de l'union de 19 communes, représentant un bassin de population de 51 500 habitants. Limitrophe des départements de la Sarthe et la Mayenne, la particularité, spécificité, de la Communauté Urbaine d'Alençon (CUA) est d'intégrer 4 communes du Nord Sarthe, administrativement dépendantes d'une autre région, les Pays de Loire.

Cette singularité se retrouve, naturellement, dans les relations de l'établissement avec son environnement. Par son implantation géographique, l'IME est sollicité pour accueillir des jeunes ressortissants de la Sarthe et de la Mayenne. Cette situation est renforcée par la totale absence d'autres établissements dans le Nord Sarthe et le Nord-Est Mayenne. Logiquement, les MDPH de ces deux départements proposent des orientations d'enfants et d'adolescents vers l'IME, ne disposant d'aucune autre réponse de proximité.

Malgré les demandes récurrentes de la MDPH de l'Orne de donner priorité aux jeunes ressortissants du département, il s'avère difficile de refuser l'accueil d'un enfant, domicilié dans la CUA (moins de 15 kilomètres de l'IME) ou dans une autre commune proche d'Alençon, mais dont le territoire administratif est différent.

### Origine géographique des jeunes orientés vers l'IME

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Alençon	<b>33</b>	<b>35</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>31</b>	<b>37</b>
Orne	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>25</b>
Sarthe	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>15</b>
Mayenne	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
Total	<b>81</b>	<b>82</b>	<b>79</b>	<b>83</b>	<b>85</b>	<b>84</b>	<b>86</b>	<b>85</b>

Au cours des dernières années, tout en restant vigilant quant aux admissions hors département, l'IME a accueilli, en moyenne un peu plus de 25% de jeunes issus d'un département limitrophe.

La seconde difficulté que j'ai pu repérer, liée à la proximité avec une autre région administrative, est de travailler avec plusieurs MDPH dont les priorités et les exigences diffèrent sensiblement.

La MDPH de la Sarthe ne transmet aucune indication concernant les situations des jeunes orientés vers les établissements ou services et ne donne aucune indication, conseil ou obligation concernant l'accompagnement à mettre en place.

La MDPH de la Mayenne ne transmet, elle non plus, aucune indication concernant les situations des jeunes, mais impose, au travers de la notification des exigences concernant la nature de l'accompagnement, notamment en ce qui concerne la scolarisation et les soins.

La MDPH de l'Orne, quant à elle, transmet, après accord de la famille, des éléments de dossier, notamment au plan social, de la scolarité, des suivis antérieurs, psychologiques, éducatifs et autres. En revanche, elle ne donne aucune indication sur la nature des accompagnements à mettre en place.

Cette disparité et ces exigences différentes se retrouvent aussi dans le traitement des dossiers, tant au niveau des changements de régime de prise en charge (internat – semi internat) que des renouvellements de séjour. Les délais de traitement varient ainsi de deux à six mois en fonction de la MDPH. Cette situation, à certains moments, pose problème, notamment quand la famille d'un jeune demande, en cours d'année, un accueil en internat. Cette lenteur dans le traitement des dossiers peut s'avérer préjudiciable pour la qualité du suivi éducatif et la mise en œuvre du Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA).

Globalement, la situation géographique particulière de l'IME La Garenne, me conduit, tout en restant dans les injonctions de la MDPH de l'Orne, à traiter les situations et les orientations avec beaucoup d'attention, m'amenant à considérer et tenir compte des

demandes d'orientations d'enfants issus de départements limitrophes, ne pouvant être accueillis dans un autre établissement, trop distant du domicile familial.

#### **1.4.2 Une tradition départementale**

L'Orne est le troisième département de Basse-Normandie sur le plan démographique. Il totalise une population de 292 210 habitants au 1er janvier 2012, ce qui représente 20 % de la population de la région, après le Calvados (46 %) et la Manche (34 %). De 1990 à 1999, une baisse d'un peu plus de 0,5% du nombre d'habitants était observée qui se poursuivait entre 2005 à 2011, par une baisse de 0,26%<sup>15</sup>.

D'autre part, le département présente une forte dominante rurale : la densité atteint 48 habitants au km<sup>2</sup>, contre 81 habitants au km<sup>2</sup> au niveau régional.

Confronté à une importante baisse démographique, le département de l'Orne, avec un bassin industriel en friches, est peu attractif en terme d'emploi et développement professionnel. L'ensemble de ces caractéristiques démographiques générales pourrait laisser présager une stabilisation du nombre de personnes handicapées sur le territoire départemental. Toutefois, l'Orne possède une forte tradition d'accueil de populations extérieures au département, ce qui se traduit par un nombre de structures sociales et médico-sociales important.

Le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) de Paris, implanté dans l'Orne depuis le siècle dernier, dispose de deux agences qui travaillent au plus près de familles d'accueil dans le département. La raison première de cette implantation dans le département de l'Orne vient de la relative proximité avec la région parisienne, mais aussi de la distance « raisonnable », qui permet une réelle coupure avec le milieu familial naturel, pour les situations qui le requièrent. De nombreux enfants parisiens vivent ainsi sur le territoire Ornaï et fréquentent les établissements et services médico-sociaux.

Deux établissements médico-sociaux du département (Un ITEP et un IME) ont pour objectif spécifique, l'accueil et l'accompagnement d'enfant et adolescents souffrant de troubles épileptiques. Cette spécificité a, pendant longtemps, permis à ces établissements de bénéficier d'un régime particulier concernant les orientations, accueillant des jeunes en provenance de l'ensemble du territoire national.

Enfin, une association spécifiquement orientée vers les déficiences sensorielles, avec une vocation régionale, voit l'accueil d'enfants et adolescents, dans le cadre d'un établissement et de services ambulatoires, ressortissant de la région Basse Normandie.

---

<sup>15</sup> Source Conseil Général de l'Orne

L'IME La Garenne est ainsi situé dans une région très bien dotée en matière d'équipement médico-social. La Basse Normandie est la région française qui offre le plus de places pour les jeunes de moins de vingt ans en situation de handicap (11,8 places pour 1000 habitants<sup>16</sup>). Sur l'ensemble des places proposées, plus de 50% concernent des IME. Le département de l'Orne est, quant à lui, le mieux pourvu de la région, en terme d'établissements par rapport au nombre d'habitants (11 IME dans l'Orne et le Calvados, 9 dans la Manche).

Ce nombre important d'établissements et services conduit naturellement les MDPH des départements voisins, moins bien dotés, avec une répartition et une couverture territoriale moins harmonieuse, à solliciter régulièrement les établissements Ornais pour des accueils et, plus spécifiquement, ceux situés à proximité des limites départementale.

### **1.4.3 Un déplacement des besoins vers le secteur adulte**

Cette tradition d'accueil du département de l'Orne, aussi louable soit-elle, n'est pas sans préoccuper les autorités de contrôles. Un contexte économique peu favorable, une démographie en baisse et une offre d'accueil en établissements et services bien au delà des moyennes nationales, sont des aspects qui ont prédominés lors de l'étude et la rédaction du schéma départemental du handicap 2008-2013.

Ce schéma met clairement en avant la dotation pléthorique d'établissements pour enfants dans le département. De plus, statistiquement, il s'avère qu'un grand nombre de jeunes accueillis en établissement médico-social, reste à l'âge adulte sur le même territoire. Ainsi, les établissements d'accueil pour adultes accueillent « *une population majoritairement masculine, provenant, pour le tiers, d'un autre département*<sup>17</sup> ». Cette situation est moins problématique en ce qui concerne les populations d'enfants ; le financement des séjours étant pris en charge à 100% par l'assurance maladie. En revanche, à l'âge adulte, les financements des établissements sont multiples et sont imputés pour partie au conseil général de l'Orne, qui n'apprécie pas de devoir prendre à sa charge les séjours de personnes issues d'autres départements.

Le schéma départemental fait apparaître deux segments peu couverts par l'offre de service médico-sociale : l'accompagnement de l'autisme à l'âge adulte, ainsi que le vieillissement des personnes handicapées.

Les priorités de ce schéma se portent donc sur :

- La création et le développement d'unités spécifiques dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), pour accueillir cette catégorie de personnes handicapées.

---

<sup>16</sup> Enquête DREES auprès des structures pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'édition 2006. N°20 - 2011

<sup>17</sup> Schéma départemental du handicap 2008-2013, département de l'Orne, p.13

- La création et le développement de Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) spécialisés pour les adultes souffrant de syndrome du spectre autistique.

De plus, et compte tenu des observations formulées ci-dessus, il apparaît dans les priorités du schéma d'« *adapter qualitativement et quantitativement l'offre d'accompagnement des établissements pour enfants handicapés<sup>18</sup>* ». Cette priorité signifie une réduction de 100 places dans les IME du département, sur la durée du schéma. Cette réduction de places enfants devant être réaffectée à la création de places adultes, dans les FAM et les EHPAD.

Seuls les SESSAD sont concernés par les priorités du schéma, notamment dans le lien avec l'Éducation Nationale, dans le cadre du développement des Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS).

Ces priorités se retrouvent dans le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), Basse Normandie, 2011-2015.

Compte tenu de ces priorités, mais aussi des injonctions liées au Schéma départemental du handicap, les responsables d'associations et organismes gestionnaires ont été invités à se concerter pour envisager le redéploiement de ces places enfants vers le secteur adulte.

#### **1.4.4 L'environnement stratégique**

Géographiquement, l'IME La Garenne partageait son territoire avec deux autres IME gérés par une association de parents. La CDES de l'époque avait bien pris en compte l'existence des différents établissements sur le territoire Alençonnais. L'un des établissements, géré par une association de parents s'est rapidement « spécialisé » dans l'accueil d'une population d'enfants et adolescents trisomiques ou plus lourdement handicapés. Ainsi, de façon tacite, la commission, en fonction du profil d'un jeune, proposait aux parents l'orientation vers l'un ou l'autre des établissements. Cette manière de procéder a duré sur toute la période d'existence de la CDES.

La loi 2005-102, en créant les MDPH et en regroupant les CDES et les COMmissions Techniques d'Orientation et de REclassement Professionnel (COTOREP), au sein d'une seule et même commission, la Commission pour les Droits et l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), a modifié sensiblement les pratiques des commissions départementales.

Disposant désormais, pour partie, d'un agrément similaire, les établissements du territoire Alençonnais ont donc vocation à accueillir le même public. La CDAPH, par respect des

---

<sup>18</sup> Schéma départemental du handicap 2008-2013, département de l'Orne, p.59

textes règlementaires, propose ainsi systématiquement les trois établissements aux parents quand elle prononce une notification de décision d'orientation.

Conjugués aux effets de la loi 2005-102, en terme de scolarisation, les incidences sur les orientations ont été importantes au regard des troubles dont souffrent les enfants et les adolescents orientés aujourd'hui vers l'IME La Garenne.

La priorité donnée à la scolarisation en milieu ordinaire, induisant moins d'orientations, a installé les établissements du bassin d'Alençon dans une logique de concurrence. Il m'a ainsi été donné de constater une forme de course aux admissions entre les établissements. Dès réception de la notification de décision d'orientation de la CDAPH, le directeur d'un autre IME prend personnellement contact avec les familles pour proposer une visite de l'IME et pour engager la procédure d'admission.

De la même façon, l'IME La Garenne met en avant un « catalogue » de prestations, le différenciant de l'autre structure (cadre paysager très agréable, multiples partenariats avec des institutions culturelles de la CUA, théâtre, conservatoire, etc.).

Cette logique produit des effets indésirables pour les deux autres structures qui se traduisent par un déficit important d'orientations et des établissements fonctionnant à 75% de leur capacité totale d'accueil. Pour remédier à ce problème, l'association gestionnaire procède, actuellement, à une fusion des deux IME, de façon à réduire la capacité d'accueil sur le secteur enfants, mais redéployant des moyens sur le secteur adultes, en réponse aux recommandations du schéma départemental.

L'IME La Garenne, en revanche, profite bien de cette logique de concurrence, admettant des enfants qui, au préalable, auraient été directement orientés vers les deux autres IME, compte tenu des troubles présentés. L'établissement occupe, désormais, une position forte sur le territoire du sud du département de l'Orne, tant en termes de prestations proposées, de qualification du personnel que d'environnement architectural et paysager (bâtiments rénovés et restructurés, modernes, fonctionnels et adaptés pour l'accueil d'enfants, douze hectares boisés, fleuris et bien entretenus). De plus, en réponse aux demandes fortes des familles des usagers, l'accueil en internat, aujourd'hui, s'est considérablement assoupli ; ainsi, l'IME propose différents types de régimes d'accompagnements qui vont du semi internat à l'internat de semaine classique, tout en proposant, depuis peu, des possibilités d'accueil modulé d'une, deux ou trois nuits dans la semaine, ceci en fonction des besoins repérés et des demandes des familles.

Implanté depuis quarante ans sur le territoire Alençonnais, l'établissement jouit d'une solide reconnaissance et notoriété auprès des pouvoirs publics, autorité de contrôle et partenaires, ce qui induit des relations de confiance constructives. Cette confiance est un

atout supplémentaire qui permet à l'IME de se détacher nettement dans cette concurrence qui s'est désormais clairement installée.

La création, avec le décret du 02 avril 2009<sup>19</sup>, des Unités d'Enseignement vient donner un signal fort aux établissements médico-sociaux ; par la signature d'une convention avec les services de l'Éducation Nationale, un véritable partenariat est aujourd'hui possible, permettant de faire bénéficier, aux enfants en situation de handicap, des services et compétences des deux secteurs. L'enjeu est de taille ! Corollairement à son orientation vers un établissement médico-social, l'enfant reste inscrit dans son école d'origine. Cela rend possible, à tout moment, des temps de scolarisation en milieu ordinaire, adaptés à son rythme et ses capacités. En revanche, la mise en place prochaine de ces Unités d'Enseignement implique une réflexion approfondie au sein des établissements médico-sociaux qui aboutira, inéluctablement, à une réorganisation des services pédagogiques et un recentrage de l'action des enseignants sur les situations les plus délicates.

Enfin, même s'ils restent relativement informels, non contractualisés, l'établissement dispose de réseaux assez larges :

- Des relations étroites se sont instaurées avec l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et le service d'Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO). Ces relations sont essentiellement liées aux affinités entre professionnels des différents services, mais aussi aux caractéristiques de la population accueillie, issue majoritairement de milieux sociaux extrêmement défavorisés et fragilisés.
- Des relations constructives se sont installées avec les services de l'Éducation Nationale : un travail conjoint autour de l'Unité d'Enseignement se met progressivement en place. Des conventions de scolarisation en milieu ordinaire, CLIS ou ULIS, sont signées avec l'IME. Enfin, l'établissement participe aux séquences de formation des Assistants de Vie Scolaire (AVS), autour de la question de l'accompagnement du handicap mental en milieu scolaire.
- Le Service insertion de l'établissement a constitué un réseau très large d'employeurs disponible pour l'accueil de jeunes en situation de stage ou de formation qualifiante (type CAP).

---

<sup>19</sup> Décret n°2009-378 du 02 avril 2009, relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L.351-1 du code de l'éducation, et les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

## **1.5 Synthèse de la première partie : émergence d'un questionnement**

Au terme de cette présentation, certes non exhaustive, de l'IME La Garenne et de son environnement, je peux constater que, malgré une apparente « bonne santé », l'établissement, dans sa forme actuelle, voit sa pérennité interrogée.

Implanté dans une région très (trop ?) bien dotée, en terme d'équipement médico-social, l'IME, comme les autres acteurs du territoire, va devoir démontrer à l'autorité de contrôle, son utilité sociale et la plus value qu'il apporte au regard des besoins repérés. La logique de concurrence, déjà bien présente sur le territoire, va encore s'amplifier.

Connu, reconnu, disposant d'une solide confiance de la part des partenaires et des autorités de contrôle et de tarification, l'établissement a peu évolué dans son organisation et ses pratiques, depuis sa création.

Les lois du XXIème siècle sont venues bouleverser une homéostasie liée à des habitudes de fonctionnement, une organisation structurelle solide et un savoir faire avéré dans l'accompagnement d'une catégorie de public. J'ai pu constater, lors de ma prise de fonction, le désarroi des professionnels dans l'accompagnement au quotidien d'usagers qui ne répondent plus aux standards habituels de l'IME.

La relative méconnaissance du secteur de l'organisme gestionnaire, vient renforcer cette inquiétude ; en effet, comment s'appuyer sur une personne morale dont la sensibilité est plutôt portée sur le secteur sanitaire, qui comprend difficilement les préoccupations des professionnels et propose des réponses essentiellement en terme de procédures ?

Ainsi, je peux observer, aujourd'hui, une inadéquation entre l'offre de service de l'IME et les attentes et besoins d'une population de plus en plus dépendante. Ce décalage crée de l'insatisfaction, tant du côté des professionnels qui ont perdus leurs repères que du côté des usagers qui ne trouvent plus dans la structure une réponse adaptée à leurs besoins.

**Comment, dès lors, repenser et faire évoluer l'accueil et l'accompagnement, à l'IME La Garenne, au regard des besoins de la population accueillie, mais aussi des enjeux stratégiques à l'échelle du territoire Alençonnais ?**

Il apparaît indispensable, et c'est de ma responsabilité de chef d'établissement, d'engager l'IME dans une démarche adaptative vis à vis de nouveaux besoins du public, ceci en adéquation avec les attentes du législateur et de l'autorité de contrôle.

Cependant, le projet de changement devra s'appuyer sur un diagnostic de l'environnement, interne et externe, de l'établissement. C'est ce que je vous propose dans la deuxième partie de ce développement.

## 2 UNE NÉCESSAIRE ADAPTATION

La problématique soulevée précédemment implique de procéder à une analyse plus précise de l'environnement de l'établissement, ceci pour, ensuite, proposer des leviers d'action opérants.

En m'appuyant, au préalable sur une présentation sommaire du concept de handicap mental, je procéderai à une analyse, en terme de diagnostic, de l'organisation interne, puis des enjeux externes. C'est la synthèse des éléments, tant internes qu'externes, qui conditionnera l'élaboration d'un projet de changement, adapté aux évolutions du public, du territoire et du contexte législatif.

### 2.1 Handicap mental : perceptions et définition

La population accueillie à l'IME La Garenne souffre, dans sa très grande majorité, d'un handicap mental dont les origines peuvent être diverses.

L'organisation mondiale de la santé, dans sa 10<sup>ème</sup> révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), en mai 1990, donne la définition suivante : *« le retard mental est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales. Des capacités intellectuelles réduites sont le trait dominant de ce trouble, mais on ne pose le diagnostic que si elles s'accompagnent d'une moindre capacité d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social<sup>20</sup> »*

Cette définition vient compléter la Classification Internationale des Handicaps (1980) qui organise les handicaps en trois niveaux d'expériences et qui sera reprise, quasiment mot pour mot, dans la nomenclature de l'Éducation Nationale à destination des CDES<sup>21</sup> :

- Déficience : *« dans le domaine de la santé, toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique »*
- Incapacité : *« dans le domaine de la santé, toute réduction (résultat d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales par un être humain »*
- Désavantage<sup>22</sup> : *« dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est considéré comme le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et*

---

<sup>20</sup> Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, OMS

<sup>21</sup> Arrêté du 09 janvier 1989, nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages, ministère de l'Éducation Nationale

<sup>22</sup> Traduction française du terme anglo-saxon handicap

*qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels ».*

Cette définition fut très critiquée, car considérée comme trop réductrice, limitant le handicap aux seules causes organiques et ne prenant pas en compte les facteurs environnementaux, ni les limitations sur la participation que ces « désavantages » impliquent. De plus, considérée comme stigmatisante pour les personnes en situation de handicap, notamment par les termes employés dans la traduction française, l'OMS a proposé une nouvelle définition en 2001 : « *Constitue un handicap (une situation de handicap) le fait, pour une personne, de se trouver, de façon durable ou transitoire, limitée dans ses activités personnelles ou restreinte dans sa participation à la vie sociale du fait de la confrontation interactive entre ses fonctions physiques, sensorielles, mentales et psychiques lorsqu'une ou plusieurs sont altérées et, d'autre part, les contraintes de son cadre de vie*<sup>23</sup> ».

Reprise dans la loi du 11 février 2005, elle permettra l'adoption d'une définition commune du handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant*<sup>24</sup>. »

Dans le cadre d'une orientation vers un établissement médico-social ou une classe d'enseignement adapté, l'enfant ou l'adolescent doit subir un test qui exprimera son Quotient Intellectuel (QI). Le QI est un indice qui cote l'efficacité intellectuelle d'un enfant. L'arrêté relatif à la nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages précise que les définitions retenues pour les déficiences intellectuelles correspondent à celles proposées par l'OMS. On considère qu'un QI entre 50 et 70 correspond à une déficience intellectuelle légère et qu'un QI compris entre 35 et 49 correspond à une déficience moyenne.

Toutefois, il est important de souligner que le QI n'est pas une "mesure de l'intelligence" mais un "indice de dispersion" qui situe la place de l'enfant ou l'adolescent parmi la population de jeunes du même âge. Il permet de comparer l'enfant à sa catégorie d'âge et de situer son rang parmi cette population.

---

<sup>23</sup> Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, OMS, Genève, 2001

<sup>24</sup> Article L.114 loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Concernant les orientations vers l'IME La Garenne, nous l'avons vu, un déplacement s'opère vers l'accueil d'un public plus déficitaire, au regard du QI. Cependant, il est nécessaire de souligner qu'un certain nombre de ces orientations par la CDAPH concerne des enfants dont le QI se situe dans la zone de déficience légère, ceci dû essentiellement à des causes dites « environnementales », liées à un défaut de stimulation. Ces causes concernent environ 20% des enfants et adolescents testés dans la zone de déficience légère. Pour un grand nombre, l'accompagnement éducatif et pédagogique proposé par l'établissement permet, après un temps relativement court (une année environ), de remobiliser les jeunes sur les apprentissages et de retrouver un niveau d'efficiences proche de la normale.

C'est là une des caractéristiques qui, jusqu'à récemment, distinguait l'établissement des autres IME de la région. La « spécialisation » en direction d'un public issu de milieux précaires, rencontrant des difficultés sociales très importantes, a conduit à la mise en place de liens étroits avec le secteur de la protection de l'enfance.

Enfin, c'est une piste de réflexion qu'il nous faut mener ; compte tenu des capacités scolaires d'un certain nombre de jeunes orientés vers l'établissement, temporairement inscrits dans la déficience, ceux-ci doivent rapidement retrouver le milieu ordinaire, même si c'est à temps partiel, pour rester en phase avec leur potentiel.

## **2.2 L'environnement Interne**

### **2.2.1 L'organisation de l'établissement**

#### **A) Les actifs physiques**

L'UGECAM de Normandie est propriétaire des locaux et du terrain. Installé sur un parc boisé et paysager de 12 hectares, l'IME La Garenne propose un environnement agréable, structuré et surtout parfaitement adapté au public accueilli jusqu'à présent. Bâti en 1971 pour l'accueil d'enfants et adolescents, l'architecture de l'établissement a été réfléchi en ce sens. Tous les bâtiments ont été conçus pour la prise en charge et le confort des jeunes.

Le parc immobilier a été entièrement réhabilité, modernisé et mis aux normes entre 2005 et 2008. En terme d'image, l'établissement est extrêmement séduisant et la configuration des locaux, la gestion de l'espace et l'entretien des espaces verts et fleuris ont une influence certaine sur le choix des familles pour l'orientation d'un enfant vers l'IME. Cependant, la capacité d'accueil de l'internat a été maintenue à plus de 50 lits, ce qui ne correspond plus aux accueils de ces dernières années. En effet, force est de constater que, les travaux de restructuration, pour nécessaire qu'ils furent, n'ont pas été liés à une réflexion préalable concernant l'évolution des demandes et la réduction durable des

orientations vers l'internat. Je me trouve donc dans l'obligation de gérer un ensemble immobilier surdimensionné, dont les coûts d'entretien vont venir impacter le budget global de l'établissement.

#### B) Les ressources financières

Comme pour tous les établissements médico-sociaux accueillant des enfants, les ressources financières sont essentiellement fondées sur les produits de la tarification.

Jusqu'en mai 2011, l'IME était tarifé au prix de journée, il touchait un financement au vu de ses coûts réels et complets, chaque journée de présence d'un enfant étant facturée à la sécurité sociale. Jusqu'en 2008, les prix de journée d'internat et de semi internat étaient sensiblement identiques, ceci suite à des négociations avec les autorités de tarification, mettant en avant les charges importantes liées au transport de semi internes. La mise en place de l'ARS a conduit à un fort réajustement en 2010, en effet, elle a refusé de prendre en compte ces frais, accordant, cependant, une augmentation sensible du prix de journée internat et, diminuant le prix de journée semi internat. Pour l'établissement, ce réajustement aurait pu être dangereux, notamment en raison de la diminution importante des orientations vers l'internat au profit du semi internat. Toutefois, la signature du CPOM, au mois de mai 2011, faisant évoluer le financement vers une dotation globale, devrait apporter plus de souplesse dans la gestion de accueils modulés, que ce soit au niveau de l'internat ou du semi internat.

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Budget approuvé	3 752 905,29	4 018 729,02	4 000 317,77	3 962 041,00
Dépenses	3 664 879,72	3 909 271,81	3 779 819,04	3 894 569,03
Recettes	3 883 118,38	3 952 184,28	3 822 700,26	3 972 598,07
Résultat net	218 238,66	42 912,47	42 881,22	78 029,04
Prix de journée autorisé :				
- Internat	204,37	298,45	379,64	CPOM
- Semi internat	228,08	196,42	176,39	

Les premières remarques de l'ARS ont fait apparaître des coûts de fonctionnement bien supérieurs à la moyenne nationale. L'organisme gestionnaire, mis en demeure de proposer des coûts se rapprochant progressivement de cette moyenne nationale, doit opérer des choix au plan budgétaire qui peuvent être un frein au développement de projets plus spécifiques.

La situation financière de l'établissement est, cependant, saine avec des excédents chaque année. C'est un atout qui contribue aux rapports de confiance installés, depuis de

nombreuses années, avec l'autorité de tarification. Toutefois, les restrictions annoncées, compte tenu de la diminution des crédits alloués au secteur et des injonctions de l'ARS, ne sont pas des facteurs de confiance en l'avenir et de motivation du personnel sur des projets innovants.

### **2.2.2 L'utilisateur, « consommateur » et acteur de la vie institutionnelle**

Matière première vivante de l'action sociale et médico-sociale, infantilisé et déresponsabilisé, l'utilisateur n'avait que peu de moyens d'exprimer ses aspirations, de donner son avis sur le projet qui était défini pour lui.

En l'espace de quelques décennies, l'utilisateur est passé d'un statut d'objet « pris en charge » à celui de personne accueillie et accompagnée.

La loi 2002-2, par l'affirmation des droits fondamentaux de la personne handicapée, est venue modifier des façons de fonctionner et d'envisager l'accompagnement dans un établissement médico-social.

Une première révolution a concerné le droit d'accès à toute information concernant sa situation. Le personnel éducatif de l'IME La Garenne a vécu cette obligation légale comme une contrainte, signe d'une remise en question de la qualité des services proposés. Les familles d'utilisateurs formulant une requête pour consulter le dossier de leur enfant, ou pour être destinataires du PPA, étaient considérées comme procédurières, dont il fallait se méfier ! Il est à noter que, fort de son savoir faire et de son expérience, en terme d'accompagnement d'enfants et d'adolescents, l'équipe éducative reste, dans sa grande majorité, sur des représentations qui n'ont, normalement, plus cours aujourd'hui. Ainsi, la fonction de suppléance, de substitution parentale, reste une référence contre laquelle il me faut batailler, avec l'aide des cadres intermédiaires. Cette situation est d'autant plus regrettable que cette équipe, malgré une ancienneté relative, est composée à 35% de jeunes éducateurs, logiquement formés en référence aux évolutions des textes et des tendances sociétales.

De plus, l'autre changement conséquent tient en la participation directe de l'utilisateur et de sa famille à la conception et la mise en œuvre du projet d'accompagnement. Nous sommes là face à une évolution conséquente du rapport entre l'établissement et l'utilisateur ; il n'est plus question de partir du principe que les professionnels savent ce qui est bon pour la personne accueillie et qu'au nom de ce savoir, ils ont les pleins pouvoirs pour décider de la mise en place de telle ou telle action. Nous sommes passés dans une *« coproduction de services (réaliser ensemble), qui évoque une transaction, une combinaison entre les producteurs que sont les professionnels et les utilisateurs ou consommateurs. Ces derniers ne sont pas, au sens strict, eux-mêmes des producteurs,*

*mais l'idée est qu'ils soient impliqués de manière égale et active dans l'activité d'un établissement ou d'un service<sup>25</sup> ».*

Ainsi, la mise en place des outils de la loi 2002-2 a permis, même si ce n'est pas encore une généralité, la participation active des usagers (principalement adolescents) et de certaines familles dans les projets d'accompagnement des jeunes accueillis.

Il reste, cependant, que pour un certain nombre de familles, la mise en avant de ces droits, conduisent à certaines dérives qu'il est difficile de contrôler, notamment en ce qui concerne des attitudes consuméristes. *« Le développement d'une société de service et de consommation introduit irrémédiablement une relation de type « marchand », monétaire ou non, et donc contractuel entre le producteur de service et le bénéficiaire. Même lorsque la prestation fournie ne fait pas directement l'objet d'une transaction monétaire, un contrat s'établit entre les parties. Il garantit les caractéristiques de l'échange et la qualité de sa réalisation<sup>26</sup> ».*

La présentation de l'offre de services de l'établissement, au moment des premiers contacts, avant l'admission, induit fréquemment ce type de réaction. La famille de l'utilisateur, revendique le droit à toutes les prestations proposées par l'IME, notamment en terme de rééducations orthophoniques et psychomotrices. Le livret d'accueil précise que les actions de rééducations sont liées à des besoins repérés suite aux bilans effectués à l'admission. Cependant, les familles estiment qu'il s'agit de prestations offertes par la structure et qu'elles ont le droit d'en bénéficier. Cette attitude, induite par la loi, mais aussi par une logique de concurrence entre établissements, conduit fréquemment la famille de l'utilisateur à exprimer un désaccord dans les prestations proposées.

Plus globalement, il est assez clair, aujourd'hui que, malgré certaines dérives, inhérentes à l'évolution sociétale, l'utilisateur et, plus largement sa famille, bien que consommateurs des prestations proposées par l'établissement, sont devenus de vrais acteurs de la vie institutionnelle. Il n'est plus concevable, dorénavant, de mettre en place ou d'élaborer un projet d'accompagnement sans l'avis et l'accord de l'utilisateur ou sa famille.

### **2.2.3 Les ressources et compétences humaines<sup>27</sup>**

#### **A) L'équipe éducative**

Globalement, la moyenne d'âge des salariés de l'établissement est relativement élevée. Cette constatation conduit à deux commentaires : ce chiffre élevé donne un indice GVT (Glissement Vieillesse Technicité) important et situe l'IME dans la catégorie des

---

<sup>25</sup> BAUDURET J.F., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoires d'une refondation*, Paris, Dunod, p.86

<sup>26</sup> BATIFOULIER F. NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris, Dunod, p.55

<sup>27</sup> Cf. Annexe n°1 : Tableau des emplois permanents

établissements coûteux en charges de personnel. En revanche, cette moyenne d'âge élevée est signe d'ancienneté et d'expérience, ce qui contribue à la maîtrise d'un savoir faire en matière d'accompagnement de jeunes souffrant de déficience intellectuelle légère.

Concernant l'ancienneté des salariés dans la structure, 40 % du personnel est présent depuis moins de 8 ans, mais plus de 40 % est présent depuis plus de 8 ans. Cette situation assure un équilibre entre les « anciens » et les « nouveaux », procurant un certain dynamisme, évitant que des services ne se « sclérosent » par absence de mouvement. L'autre intérêt de ce côtoiement entre anciens et nouveaux est l'échange d'opinion, d'idée, de savoirs faire. Les compétences techniques des jeunes éducateurs, nourrissent la réflexion des équipes, alors que l'expérience de personnes plus anciennes vient confirmer et étayer les interventions auprès des jeunes. Cette complémentarité, devrait enrichir l'action éducative et contribuer à proposer un accompagnement des jeunes au plus prêt des difficultés qu'ils rencontrent. Cependant, depuis mon arrivée dans l'établissement, je constate une souffrance, une lassitude de l'équipe éducative. Celle-ci a perdu ses repères et n'est plus du tout certaine de son savoir faire et de l'intérêt de son action au regard de la population accueillie. Les cadres intermédiaires ont pu me faire remonter l'expression d'une insatisfaction globale concernant l'accompagnement éducatif. Depuis quelques années, en effet, la modification du profil des jeunes orientés vers l'IME a entraîné des modifications de l'organisation de l'internat et de l'accompagnement sur le temps de jour. Chaque année, dans un processus d'adaptation, avec expérimentation et évaluation, l'organisation a été modifiée. L'absence de vision pérenne de l'organisation entraîne une lassitude et, progressivement, les plaintes du personnel prennent le pas sur la logique adaptative. Confronté à cette situation dès ma prise de fonction, il me faut entendre ces plaintes comme l'expression d'une inquiétude face aux évolutions non maîtrisées des orientations, mais aussi, la perte d'un certain confort basé sur la maîtrise du travail avec une catégorie de population.

De plus, un certain nombre d'éducateurs reste ancré sur la certitude que l'établissement doit pallier aux défaillances des parents ou de l'école. Il en résulte, fréquemment, des discours critiques sur la responsabilité des familles et du système scolaire dans les difficultés rencontrées par les jeunes. Les représentations des professionnels sur ce qui motive leur intervention restent très ancrées sur des modèles du passé de l'IME. Globalement, j'ai pu constater que cette équipe éducative, malmenée depuis quelques années par des changements d'organisation fréquents, une population qui ne répond plus aux standards de l'intervention qu'elle maîtrise, reste motivée et désireuse de travailler sur un nouveau projet, tout en aspirant à une forme de pérennité dans l'organisation.

## B) Les relations avec la direction générale

L'organisme gestionnaire, l'UGECAM de Normandie, est très présent à tous les stades de prise de décision. Directeur d'établissement, je me trouve à l'interface entre la direction générale et le personnel. La direction générale, nous l'avons vu, possède une solide culture de gestion et une bonne connaissance du secteur sanitaire, mais encore peu de sensibilité et de maîtrise du secteur médico-social. Il en résulte souvent des incompréhensions entre les décisions du siège et les attentes du personnel des établissements. De plus, malgré d'importants progrès, le siège est encore vécu par les salariés de l'établissement comme trop lointain, peu concerné par les difficultés rencontrées au quotidien par les équipes et par la réalité du travail éducatif.

Je suis repéré comme la personne décisionnaire concernant toutes les actions engageant l'image de l'établissement à l'extérieur. A l'interne, un certain nombre de délégations permettent aux chefs de services éducatifs d'animer, manager et prendre des décisions concernant les actions à mettre en place en direction des jeunes accueillis. Cela procure un confort de travail intéressant et induit, pour les cadres intermédiaires, un sentiment d'appartenance à une équipe de direction.

Pour tout ce qui touche à la politique de recrutement, c'est le siège de l'UGECAM qui décide du remplacement ou non d'un salarié quittant l'établissement. Le recrutement des cadres est une prérogative de la direction générale. J'assure, en revanche, le recrutement du personnel non cadre, associant le cadre du secteur concerné aux entretiens d'embauche. La promotion interne est valorisée au sein de l'UGECAM.

### **2.2.4 Service et prestation de service**

Les médias le disent, nous sommes passés dans une société de services et le secteur social et médico-social n'échappe pas à cette évolution. Le modèle entrepreneurial est modifié et la production de biens, en France, est régulièrement en baisse, au profit de la production de services.

Francis BATIFOULIER et François NOBLE estiment que le directeur d'établissement ou service social ou médico-social dirige une entreprise de service. En se basant sur l'analyse de ces auteurs, Il m'apparaît utile, dès lors, de tenter une approche du concept de service afin de bien en comprendre les évolutions pour notre secteur, et plus précisément pour l'IME La Garenne.

#### A) Les services sont intangibles

« On ne peut les voir, les toucher, les sentir, les goûter ou les entendre avant de les acheter ; ils sont un acte de la part du prestataire, une expérience pour le bénéficiaire<sup>28</sup> ».

Même s'il semble rare que le service soit totalement immatériel (il existe pratiquement toujours un support matériel), il est une réalisation, un processus, ce qui l'oppose au produit, tangible, bien matériel que l'on peut toucher. Le service apporte une amélioration pour la vie de la personne, mais celle-ci ne peut en voir le résultat avant la mise en place. Cette intangibilité peut être source de difficulté pour le bénéficiaire, l'utilisateur du service ; il ne peut évaluer à l'avance la qualité du service ou bien même en saisir la nature. Il cherchera, alors, des signes extérieurs, des informations pour se faire sa propre opinion sur la qualité de ce service.

La visite de l'établissement, avant l'admission, permettra au bénéficiaire du service de trouver de la signification dans tout ce qu'il pourra voir : les locaux, le matériel, le personnel, la plaquette d'information ... c'est en ce sens qu'il est tout à fait nécessaire de soigner l'accueil et la présentation de l'offre de service dans le cadre d'une visite avant admission. L'usager et sa famille, à l'issue de ce premier contact, ont une idée de l'établissement et de ce qui s'y fait qui sera déterminante dans le choix de l'orientation.

L'IME propose un accompagnement en lien avec les apprentissages de base, les habiletés sociales et le développement de l'autonomie de la personne ; il « offre donc une prestation de service caractérisée par une dominante d'intangibilité, mais dans le même temps et le même lieu il organise des services plus tangibles (alimentation, hébergement, etc.)<sup>29</sup> ».

#### B) Les services sont fabriqués et consommés simultanément

« Un service est fabriqué en même temps qu'il est consommé. On ne peut comme dans le cas des produits tangibles, concevoir, fabriquer puis commercialiser en autant d'actions diverses<sup>30</sup> ».

Cette caractéristique du service implique que le bénéficiaire découvre la « qualité », les avantages du service au moment de sa réalisation. L'évaluation ne se fera que sur la base de sa propre expérimentation. La difficulté, pour l'utilisateur du service sera donc de faire le bon choix avant que ne débute la prestation ; en effet, il n'est pas simple de changer de « fournisseur » de service dès lors que l'accompagnement a débuté. Les caractéristiques externes du service proposé sont les plus influentes dans le choix du prestataire, alors qu'elles en sont les moins importantes, comparées aux caractéristiques

---

<sup>28</sup> BATIFOULIER F. NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris : Dunod, p.175

<sup>29</sup> idem, p.176

<sup>30</sup> idem, p.177

internes, liées à la qualité de l'accompagnement, des soins, que l'on découvre progressivement.

C) Le bénéficiaire participe à l'élaboration du service

Dans le secteur marchand, la conception, l'élaboration d'un produit est souvent basée sur une étude de marché, et le but est d'arriver à standardiser la production de ce produit pour en maîtriser le coût. « *En ce qui concerne notre secteur d'activités, le qualificatif d'aventure toujours nouvelle nous semble particulièrement pertinent, et l'enjeu est non la standardisation mais l'adaptation du service à chaque usager, la personnalisation de la prestation à travers toutefois une certaine formalisation des procédures techniques et des méthodologies professionnelles (procédures d'admission, projet personnalisé, etc.)*<sup>31</sup> ».

La mise en place de la loi 2002-2 a renforcé ce mouvement, favorisant l'individualisation des prestations, renforçant la notion de projet individualisé et la participation de l'usager à l'élaboration et la mise en œuvre des actions éducatives, thérapeutiques et pédagogiques.

## 2.3 Les enjeux externes

### 2.3.1 Au plan législatif et réglementaire

A) Les effets de la loi du 2 janvier 2002

Les rapports de l'IME avec son environnement territorial sont en pleine mutation, liés à la mise en œuvre des lois 2002-2, 2005-102 et 2009-879.

Les outils de la loi 2002-2 sont aujourd'hui en place et semblent opérants.

Le jour de l'admission d'un enfant ou d'un adolescent, avec le chef de service concerné, je reçois la famille et, au cours de l'entretien, nous définissons ensemble les premiers objectifs de travail. Ces objectifs sont inscrits, pendant l'entretien, sur le contrat de séjour qui est signé le jour même par la famille, le jeune et moi-même. Au cours de cette rencontre d'admission, présentation est faite du règlement de fonctionnement, de la charte des droits et des libertés ainsi que du livret d'accueil. L'ensemble des documents, consignés dans une pochette, est remis à la famille.

La procédure d'évaluation interne, engagée au mois de janvier 2010, accompagnée par un organisme extérieur, a vu, dans un premier temps, la constitution d'un groupe de pilotage dénommé COmité QUALité (COQUAL). Ce COQUAL a, pendant six mois, à raison d'une réunion par semaine, revisité toutes les procédures, le fonctionnement de chaque service de l'établissement. Des fiches descriptives ont été rédigées qui ont,

---

<sup>31</sup> BATIFOULIER F. NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris, Dunod, p.179

ensuite, été soumises à l'ensemble du personnel, dans le cadre d'une démarche institutionnelle qui a permis de dégager un certain nombre de points :

- des fonctionnements satisfaisants qui n'impliquaient pas de changement
- des fonctionnements décalés, notamment par rapport à l'évolution des besoins de la population accueillie, qui nécessitaient des réajustements
- des fonctionnements insatisfaisants car plus adaptés au public accueilli, et qui nécessitaient d'être abandonnés au profit d'une nouvelle organisation.

Suite à cette consultation du personnel, un rapport d'évaluation a été rédigé par les membres du COQUAL, reprenant l'ensemble des points abordés et proposant des axes d'amélioration continue de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Ces axes d'amélioration, validés en comité de direction, sont désormais inscrits sur un échéancier qui nous conduira jusqu'en 2013, où sera procédée à une nouvelle évaluation interne avant la mise en place de l'évaluation externe prévue pour l'année 2014.

#### B) Une obligation de coopération avec l'Éducation Nationale

L'une des avancées les plus significatives, pour le sujet qui nous préoccupe, concerne l'inclusion scolaire. Par la loi du 11 février 2005, l'Éducation Nationale se voit obligée de proposer une formation scolaire, professionnelle ou supérieure pour tous les enfants, adolescents et jeunes adultes, en privilégiant systématiquement le milieu ordinaire. Un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) est élaboré par une Équipe Pluridisciplinaire d'Éducation (EPE) et mis en œuvre par une Équipe de Suivi de la Scolarisation (ESS). L'éducation spécialisée est maintenue si le besoin est avéré. Les SESSAD, par leur mission principale de maintien du jeune dans son milieu ordinaire de vie, deviennent des partenaires incontournables de l'Éducation Nationale et sont appelés à se développer.

La promulgation de cette loi a provoqué bien des remous dans le paysage médico-social local. Les habitudes prises avec l'organisation et le fonctionnement de la CDES ont été bouleversées par la création de la CDAPH, souveraine en terme d'orientation, mais surtout dont la composition changeait. Avec une représentation plus forte du secteur médical, mais aussi des représentants des services publics de l'État et, au moins pour un tiers de ses membres, de représentant des usagers, les décisions d'orientations vers les établissements médico-sociaux sont devenues moins systématiques.

Dans le secteur enfants, la scolarisation en milieu ordinaire est devenue la priorité. Pourtant, cela ne s'est pas traduit par une augmentation sensible du nombre d'élèves d'inscrits dans les écoles du département. La proportion d'élèves handicapés reste pratiquement la même au cours de ces cinq années.

Tableau comparatif des effectifs d'élèves scolarisés dans le département de l'Orne<sup>32</sup>

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Effectif élèves scolarisés dans le 1 <sup>er</sup> degré (privé-public)	29 476	29 095	28 869	28 678	28 152	27 997
Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés	267	292	274	285	273	235
%	0,9%	1%	0,95%	1%	0,96%	0,83%
Effectifs élèves scolarisés dans le 2 <sup>nd</sup> degré (privé-public)	/	/	22 560	22 516	22 263	22 388
Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés	/	/	653	586	538	592
%	/	/	2,9%	2,6%	2,4%	2,6%

Il faut, toutefois, observer, au cours de ces cinq années, que la démographie du département est en forte baisse. Cela se traduit par une diminution du nombre d'élèves, surtout dans le 1<sup>er</sup> degré (-1479 entre 2005 et 2010).

Une autre observation fait état d'une légère augmentation en ce qui concerne la scolarisation des élèves handicapés en milieu ordinaire, avec une proportion qui évolue quelque peu, au détriment du secteur médico-social.

Tableau comparatif de la répartition des élèves handicapés scolarisés dans l'Orne<sup>33</sup>

	Milieu Ordinaire		Secteur Médico-social	
2007/2008	867	50%	869	50%
2008/2009	967	52,9%	860	47,1%
2009/2010	966	53,7%	834	46,3%

Globalement, ces chiffres statistiques font apparaître une intention croissante de répondre aux exigences de la loi. Le mouvement s'amplifiera vraisemblablement au cours des années à venir.

### C) Un profond remaniement territorial

Effet de la loi 2002-2, amplifié par la loi du 21 juillet 2009, L'UGECAM de Normandie a signé, le 1<sup>er</sup> mai 2011, un CPOM<sup>34</sup> avec l'ARS de Basse Normandie, fixant des objectifs, tant qualitatifs que quantitatifs, en lien avec les dispositions du SDOSMS et du SROSM. Ce contrat a permis, également, de définir les bases des dotations budgétaires

<sup>32</sup> Source INSEE

<sup>33</sup> Source Inspection Académique de l'Orne

<sup>34</sup> Cf. Annexe n°6 : Fiches actions du CPOM

nécessaires à l'accomplissement des missions des trois établissements gérés par l'UGECAM en Basse Normandie ; un IME, un ITEP et un SESSAD.

Parmi les objectifs principaux fixés pour l'IME La garenne figurent :

- une modification d'agrément révisant la répartition des places internat/semi internat
- une extension d'agrément 18-20 ans à capacité égale
- la mise en place d'une unité d'accompagnement adaptée aux enfants présentant une problématique ne leur permettant pas un accès aux soutiens ordinaires proposés par l'établissement.

De plus, et impliquant l'ensemble des établissements et services, il s'agit de mettre en œuvre les dispositions des lois 2002-2 et 2005-102, tant au niveau des droits des usagers que des outils permettant de les exercer.

Enfin, ce CPOM fixe aussi l'obligation de procéder, pour l'UGECAM de Normandie, à l'élaboration d'un schéma directeur des ressources humaines, avec une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, en lien avec les évolutions budgétaires et réglementaires.

Un autre aspect de la loi 2009-879 qu'il sera nécessaire de prendre en compte dans les années à venir est lié à la nouvelle procédure d'appel à projets. Si l'ARS de Basse Normandie, malgré les orientations du PRIAC en matière d'accompagnement de l'autisme, n'a pas déclenché d'appels à projets dans le département de l'Orne, c'est principalement parce qu'elle n'a pas les moyens, actuellement, de les financer. Les modifications d'agréments, les augmentations de capacités et les autorisations se font prioritairement à moyens constants, par mouvements et redéploiements internes.

La question se posera, dans l'avenir, de la capacité de l'UGECAM de Normandie à faire preuve de réactivité pour répondre à un appel à projet qui pourrait concerner son champ d'intervention. La technicité, en matière de gestion des établissements sanitaires, est indiscutable ; cependant, la faible connaissance du secteur médico-social, ses habitudes, son fonctionnement peut, à terme, être préjudiciable pour formuler des propositions en phase avec les besoins des populations.

### **2.3.2 Le contexte de désinstitutionalisation**

Effet des lois 2002-2 et 2005-102, le libre choix éclairé des usagers et leurs familles doit être recherché systématiquement lorsqu'une orientation vers le milieu médico-social est envisagée. Signe de l'évolution sociétale, des aspirations fortes des personnes pour une vie en référence à une « normalité », le milieu ordinaire est une priorité, en terme de scolarisation et de participation à la vie sociale, plus globalement. Cette évolution ne

concerne pas uniquement la France, mais toute l'Europe ; à tel point que le Conseil de l'Europe a produit une recommandation en ce sens. Celle-ci : « *Recommande aux gouvernements des Etats membres de prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres adaptées à cette situation (...) afin de remplacer l'offre institutionnelle par des services de proximité dans un délai raisonnable et grâce à une démarche globale*<sup>35</sup>. »

Cette recommandation, bien que radicale et ne prenant pas en compte les spécificités de chaque état, vient illustrer une évolution amorcée depuis le début des années 2000, qui prône l'intégration et la participation des personnes, quelque soit les difficultés ou le handicap.

De fait, il est vrai que le mouvement de désinstitutionnalisation est amorcé. Les internats des établissements médico-sociaux fonctionnent de plus en plus en sous effectif. « *Le pari de l'intégration scolaire, la primauté affirmée des liens familiaux et l'importance accordée à l'intégration sociale ont conduit à privilégier le développement des SESSAD plutôt que la création de nouvelles places en institutions, les semi internats plutôt que les internats de semaine*<sup>36</sup>. »

Les MDPH, soucieuses de garantir le maillage territorial et l'intervention de proximité, furent un facteur d'amplification du phénomène.

Il reste que cette recommandation suscite des débats au sein du secteur, ne serait-ce que par la sémantique utilisée, générant de la « *confusion entre ce qu'est l'institution et un établissement (...), l'établissement étant d'abord un lieu physique, géographique, un espace temporel où se déroulent des activités organisées. (...) L'institution est un ensemble de règles établies en vue de la satisfaction de l'intérêt collectif*<sup>37</sup>. » Notion beaucoup plus large, l'institution peut alors se reconnaître dans l'école, la famille... Plutôt que parler de désinstitutionnalisation, il serait alors plus opportun de faire référence à une nécessaire diversification de l'offre de service, en vue de maintenir le lien de proximité de l'enfant avec son milieu de vie. « *Ce qui fait institution, ce ne sont pas que des murs, mais une organisation, des règles et une éthique permettant le lien social*<sup>38</sup>. »

---

<sup>35</sup> Recommandation CM/Rec (2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité (*adoptée par le Comité des Ministres le 3 février 2010, lors de la 1076e réunion des Délégués des Ministres*)

<sup>36</sup> CTNERHI, *Diversification de l'activité des établissements et adaptation au parcours de l'enfant, Rapport final*, avril 2007, p.46

<sup>37</sup> DENIAU Lionel, article Union Sociale, « Enfants handicapés, faut-il désinstitutionnaliser tous azimuts ? », Juin 2010

<sup>38</sup> idem.

Il faut cependant souligner que ce changement, s'il s'est accéléré au cours de la dernière décennie, a suivi, progressivement, l'évolution sociétale.

Une évolution sensible de la façon d'envisager l'intervention sociale et médico-sociale est perceptible au travers des lois de 1975 et de 2002. La loi de 75 propose des réponses en terme d'hébergement, placement, internat, tandis que la loi 2002-2 met en avant l'autonomie des personnes, la prévention de l'exclusion et la correction des effets de cette exclusion. De plus, elle insiste particulièrement sur le respect des droits de la personne et son consentement éclairé.

L'arrivée de la loi du 11 février 2005 a marqué une nouvelle évolution dans la façon d'envisager l'accompagnement des personnes handicapées. L'accueil séquentiel est incité, ainsi que l'intervention à domicile et le travail en réseau. Les organisations institutionnelles doivent suivre l'évolution des besoins du public, ajuster leurs réponses, en veillant à la qualité du service rendu et en permettant la participation des usagers à l'élaboration de ces réponses.

En l'espace d'une décennie, nous sommes ainsi passé d'une solution institutionnelle quasi systématique à une diversité de réponses à proposer en fonction de la nature du handicap et des difficultés rencontrées.

### **2.3.3 Des partenaires devenus incontournables**

Défini comme entreprise de service social, L'IME ne peut fonctionner efficacement sans un réseau de partenaires qui vont contribuer à proposer une offre de service la plus large possible et permettre une harmonie, une fluidité dans les parcours de vie des usagers.

#### **A) Éducation Nationale et secteur pédagogique de l'établissement**

Lien privilégié d'un établissement ou service médico-social, l'institution Éducation Nationale est devenue, au cours des années, l'interlocuteur prioritaire de l'IME. Tous les enfants et adolescents qui sont orientés vers la structure ont été, au préalable, scolarisés dans une école ou un collège du milieu ordinaire. Dans l'immense majorité des situations, cette scolarité a été synonyme de souffrance, exclusion, rejet.

Nous l'avons vu, une des missions premières de l'IME est de permettre à l'enfant ou l'adolescent de bénéficier d'une scolarité adaptée, favorisant une réappropriation de notions scolaires élémentaires, afin d'acquérir des connaissances et une autonomie suffisante pour réintégrer le plus sereinement possible le milieu de vie ordinaire.

Ce parcours ne peut s'envisager sans une coordination active avec les services de l'Éducation Nationale. Cette collaboration peut s'effectuer sur 3 niveaux relativement distincts hiérarchiquement :

- au niveau décisionnaire, entre l'inspecteur académique chargé de l'ASH et le directeur de l'IME

- au niveau organisationnel, entre les enseignants référents et les cadres intermédiaires
- au niveau technique, entre les enseignants du milieu ordinaire, le conseiller pédagogique et le personnel éducatif et pédagogique de l'IME

En charge des questions concernant la scolarisation de l'ensemble des enfants et adolescents rencontrant des difficultés, l'inspecteur ASH travaille avec les établissements médico-sociaux sur un plan stratégique ou, exceptionnellement, quand une organisation très spécifique doit être imaginée. J'ai été amené à mettre en place une réflexion et un travail coordonné avec l'inspecteur ASH, dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration de la convention d'Unité d'Enseignement.

Priorité définie par le décret du 02 avril 2009, relatif aux unités d'enseignements des établissements, le principe d'inclusion scolaire et de nécessaire partenariat entre établissements et Éducation Nationale est fortement affirmé. L'objectif explicite est de limiter au maximum les ruptures dans les parcours scolaires, renforçateur d'exclusion.

La convention d'Unité d'Enseignement formalisera une inclusion de l'établissement médico-social dans le paysage scolaire départemental. Partie intégrante du dispositif de scolarisation des enfants en situation de handicap, l'IME devient une réponse supplémentaire aux difficultés rencontrées par certains enfants et adolescents.

Toutefois, il faut préciser que la scolarité en milieu ordinaire reste la priorité et que la scolarisation dans l'Unité d'Enseignement d'un établissement spécialisé doit être réservée à un type de population dont les difficultés rendent aléatoire, voire impossible dans l'immédiat, une inscription dans une CLIS ou une ULIS.

L'Unité d'Enseignement devient donc un enjeu de taille pour l'établissement ! Il s'agit, dès lors de trouver une place et, en travaillant de concert avec les services de l'Éducation Nationale, d'affirmer un savoir faire en matière d'accompagnement pédagogique et éducatif.

Cependant, un point peut rendre plus délicat le travail en partenariat avec le service public de l'Éducation Nationale ; au moment de la création de l'établissement, le conseil d'administration de la CAF et la direction de l'époque n'ont pas souhaité l'intégration de classes Éducation Nationale au sein de l'IME. Prférant « garder la main » sur le recrutement des enseignants et, plus globalement, sur la scolarité à l'interne des enfants et adolescents, le choix s'est porté sur la signature d'un contrat simple avec l'État.

Ce choix, qui a pu se justifier à une époque où le secteur médico-social disposait d'une grande liberté d'action, s'avère aujourd'hui peu judicieux et porteur de complexité dans tout ce qui touche à l'accompagnement pédagogique des jeunes, mais aussi des enseignants.

Assimilé à une école privée non confessionnelle, l'IME dépend, pour ses choix pédagogiques, de la direction diocésaine. Peu représentée, peu disponible et se sentant peu concernée par la scolarisation des enfants en situation de handicap, la direction diocésaine ne propose aucune aide, ni aucun conseil, en matière de scolarité adaptée. Il est vrai que l'enseignement privé dans l'Orne ne dispose d'aucunes classes adaptées, que ce soit CLIS, ULIS ou SEGPA.

La particularité du contrat simple vient du fait que l'équipe enseignante est recrutée par le directeur de l'établissement, selon des critères qui lui sont propres. Ces enseignants doivent cependant être titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur. Auparavant il était obligatoire que le personnel pédagogique dispose du titre d'instituteur (délivré par le Centre de Formation de l'Enseignement Privé) ou de professeur des écoles. Les difficultés pour recruter du personnel qualifié font qu'aujourd'hui, une licence d'Université suffit pour exercer à l'IME. Cette déqualification du corps enseignant dans l'établissement pose problème, notamment en terme d'adéquation des réponses aux difficultés rencontrées par les jeunes. Les enseignants spécialisés ne sont pas intéressés par les propositions de postes dans la structure. Aujourd'hui, l'IME dispose, au sein d'une équipe de sept personnes, d'une seule enseignante spécialisée, de deux enseignants titulaires et de quatre enseignants suppléants. La seule personne titulaire d'un diplôme de professeur des écoles est l'enseignante spécialisée ; les autres enseignants sont juste titulaires de diplômes universitaires, licences ou maîtrises. La titularisation de deux des enseignants a été obtenue à une époque où l'Éducation Nationale proposait des concours internes, visant à favoriser l'évolution de personnels non diplômés initialement.

L'autre difficulté tient aux questions statutaires des enseignants ; rémunérés par l'Éducation Nationale mais recrutés par l'UGECAM de Normandie, leur employeur n'est pas clairement identifié. Si l'on s'en tient au bulletin de salaire, l'employeur devrait être l'Éducation Nationale, mais si c'est le procès verbal d'installation qui fait foi, alors l'employeur est l'UGECAM de Normandie. Hormis pour la personne qui dispose du titre d'enseignante spécialisée, les perspectives d'évolution pour les autres enseignants sont nulles, ne figurant sur aucune grille d'évolution de l'Éducation Nationale. Rémunérés au SMIC, les enseignants non titulaires ne progressent même pas au niveau de l'ancienneté, assimilés à des CDD pour l'Éducation Nationale. En fait le titre d'enseignant suppléant installe la personne dans une situation de précarité qui ne garantit pas la pérennité de son poste, tant qu'elle n'est pas titulaire du diplôme de professeur des écoles. Cette situation ne favorise pas l'implication active dans la vie de l'établissement et la motivation professionnelle.

La question délicate touche à la qualité de l'enseignement. S'il est vrai que le diplôme n'est pas un signe de qualité professionnelle, la formation initiale procure des bases

solides qui, avec l'expérience, se conjuguent et permettent à l'enseignant de faire face à de nombreuses situations difficiles. L'absence de diplômes de la majorité des enseignants me conduit à penser que c'est un point de fragilité pour l'IME. En effet, la convention d'Unité d'Enseignement doit démarquer l'établissement et affirmer une spécificité dans l'accompagnement pédagogique des élèves rencontrant de graves difficultés, tant au plan des apprentissages que de la personnalité. C'est donc dans cette situation que nous aurions besoin d'un personnel très qualifié, spécifiquement formé pour proposer des médiations cognitives et des approches pédagogiques différenciées.

C'est naturellement, ne pouvant m'appuyer sur l'aide technique de la direction diocésaine, que je me suis tourné vers les services de l'Éducation Nationale. En recherche de partenariat avec le secteur médico-social, constatant que les réponses pouvaient s'inscrire dans une complémentarité avec le milieu ordinaire, l'inspection académique s'est tout de suite inscrite dans une collaboration active avec l'IME.

Très rapidement, les enseignants référents se sont rapprochés des chefs de service éducatif pour définir les modalités d'échanges entre services, notamment au plan de l'élaboration et du suivi des Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS) et de la mise en place d'Équipes de Suivi de la Scolarisation (ESS). C'est là un point qu'il sera nécessaire d'approfondir, dans le cadre des échanges avec l'inspection académique ; en effet, les ESS requièrent, normalement la présence des parents. Historiquement, les parents, n'ont jamais été associés à la réflexion et l'élaboration des projets en direction des jeunes accueillis.

L'autre axe du partenariat, nous l'avons vu précédemment, concerne la mise en place de l'Unité d'Enseignement. Le premier travail consistant en l'élaboration du projet pédagogique, l'inspecteur ASH a mis à disposition de l'IME, un conseiller pédagogique dont la mission fut d'accompagner l'équipe enseignante dans la rédaction de ce projet.

Ensuite, le projet pédagogique étant finalisé, un second temps de travail va concerner la formalisation de la convention. Un certain nombre de rencontres avec l'inspecteur ASH vont me permettre de rédiger ce document qui officialisera le partenariat.

Enfin, et c'est là un atout lié au travail de réseau, l'inspecteur ASH, de façon à favoriser l'acquisition de compétences supplémentaires pour les enseignants de l'établissement, a accepté leur participation aux séquences de formations pédagogiques, à destination des enseignants spécialisés du département, au cours de l'année scolaire prochaine. A raison d'une séquence de formation par mois, les enseignants de l'IME auront la possibilité de bénéficier d'apports techniques et d'échanges avec des collègues du milieu ordinaire. Cette opportunité devrait permettre de rompre avec l'isolement des enseignants de l'IME et renforcer leur motivation.

## B) Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées

Créées par la loi 2005-102, les MDPH sont venus regrouper, au sein d'un guichet unique, l'ensemble des services et commissions au préalable en charge de l'évaluation, l'orientation et la décision de compensation des handicaps.

La suppression de la Commission de Circonscription Primaire et Élémentaire (CCPE), de la Commission de Circonscription du Second Degré (CCSD) et de la CDES a jeté le trouble dans le secteur médico-social. Les liens, établis au cours des années, entre les directeurs des structures médico-sociales et ces différentes commissions, avaient permis l'orientation, sans contrôle excessif, de nombre d'enfants et adolescents qui, aujourd'hui, ne pourraient prétendre à un accompagnement du même type.

Plus structurées, avec une participation accrue de l'État et des représentants de usagers, les CDAPH « filtrent » plus rigoureusement les demandes d'orientation vers le secteur médico-social. La demande de la famille est analysée et doit être argumentée pour que la demande d'orientation puisse aboutir.

Chaque trimestre, il est demandé aux ESMS de renseigner un tableau faisant état des places disponibles immédiatement, des entrées et sorties concernant l'internat et le semi internat. Est également demandée une projection du nombre de places disponibles dans le trimestre à venir et le nombre d'entrées et sorties prévues. De façon à harmoniser un certain nombre de documents à usage local, la MDPH de l'Orne a élaboré un document type de saisie des demandes de prolongation de séjour et de réorientation.

Nous l'avons vu, précédemment, l'IME La Garenne, compte tenu de sa situation géographique, doit travailler avec trois MDPH différentes. Ces trois structures, de même que les trois CDAPH fonctionnent très différemment les unes des autres.

La MDPH de l'Orne, au fil des années, a installé des relations plutôt constructives avec les ESMS du département. Lors d'une orientation d'un enfant ou un adolescent, si les parents donnent leur accord, elle transmet les éléments du dossier, ce qui permet de gagner du temps et d'éviter nombre de bilans en doublons puisque déjà réalisés au moment de la constitution de ce dossier.

La notification de décision d'orientation comporte les mentions légales, le régime de prise en charge accordé, ainsi qu'un feuillet qui reprend de façon très succincte les éléments qui ont déterminé cette décision.

Il est plus difficile de collaborer avec la MDPH de la Sarthe ! Aucune indication complémentaire ne figure sur la notification de décision d'orientation. Cela oblige l'établissement à réaliser de nouveaux bilans, souvent effectués au moment de la constitution du dossier.

La MDPH de la Mayenne, quant à elle, se montre extrêmement précise dans les termes de la notification de décision d'orientation. Elle précise systématiquement le régime de

prise en charge accordé, mais aussi la répartition des temps d'accompagnement, entre inclusion en milieu ordinaire et scolarité dans l'établissement. Toutes les orientations vers l'IME comportent cette mention d'inclusion en milieu ordinaire et ce, sous forme d'injonction.

Ces constats me conduisent à considérer avec circonspection le partenariat avec les MDPH. La grande liberté d'action qui leur est dévolue, afin d'adapter leur intervention aux particularités des territoires, peut être un frein dans la coopération recherchée. Les modes de fonctionnement, très différents d'un département à l'autre, ne sont pas des éléments facilitant pour les établissements limitrophes.

D'une manière générale, et comme présenté précédemment, la MDPH de l'Orne demande aux ESMS du département, de façon insistante, que la priorité soit accordée aux admissions de jeunes ressortissants du département. Cette situation, délicate au plan de la gestion d'une liste d'attente, me conduit à décaler les jeunes ressortissants des autres départements en fin de liste et à admettre en priorité des jeunes issus du département de l'Orne.

#### C) Les services de la Protection de l'Enfance

L'IME La garenne, au cours des années, a orienté son action en direction d'un public issu, majoritairement, de milieux socioculturels précaires, défavorisés, fragilisés par la conjoncture et la désertification industrielle du bassin d'emploi Alençonnais (fermeture des usines Moulinex en 2001).

Le recentrage sur le handicap intellectuel a peu modifié les caractéristiques de la population accueillie. Le savoir faire, avec ce type de population, est reconnu par les partenaires extérieurs, et notamment les différents services de la protection de l'enfance. Les contacts avec le service enfance famille du Conseil Général de l'Orne, et plus précisément l'ASE, que ce soit avec le service de placement familial ou de l'Action Éducative à Domicile (AED), sont réguliers et emprunts de confiance. De même, le service d'AEMO de l'Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence de l'Orne (ADSEAO) travaille volontiers avec l'IME, sur des relations de confiance et d'échanges, facilités par une bonne connaissance de l'établissement.

Au cours des dernières années, nous pouvons constater qu'environ 25% des jeunes accueillis à l'IME, bénéficient d'un placement ASE, ce qui représente une très forte proportion, notamment au regard des autres ESMS de la région. De plus, les jeunes suivis par l'AEMO ou l'AED, représentent 10% de l'effectif de l'IME. Ces deux chiffres donnent une image d'un établissement qui, bien que ce ne soit pas sa mission première, présente une forte spécificité d'accueil de publics précaires.

Tableau du nombre de jeunes de l'IME, relevant des services de protection de l'enfance

	2008	2009	2010	2011
Placement Judiciaire	10	12	10	12
Accueil Provisoire	8	9	6	7
Foyer de l'Enfance	1	2	1	1
MECS	2	1	1	2
<b>Total placements</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>22</b>
AEMO	5	4	5	3
AED	4	3	6	5
<b>Total suivis à domicile</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>8</b>
<b>Total protection de l'enfance</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>30</b>

Depuis la promulgation de la loi du 5 mars 2007<sup>39</sup>, les services de protection de l'enfance ont été amenés à modifier leur perception et leur façon de travailler. La loi met en avant la nécessité de travailler avec l'environnement de l'enfant, de rechercher des modes d'accompagnement qui favoriseront le retour en famille dès que possible. Progressivement les professionnels de l'ASE doivent abandonner l'attitude « paternaliste », liée à la mission de protection, qui « renvoie à une emprise tutélaire, moralisatrice et génératrice de dépendance<sup>40</sup> ». Cette évolution, tout comme la mise en œuvre des lois de 2002 et 2005 pour notre secteur, oblige à la création de nouveaux partenariats. Il s'agira de mettre en place des organisations de travail qui vont permettre les échanges entre secteurs différents, mais dont l'objet (l'enfant en l'occurrence) est identique. La recherche de cette nécessaire complémentarité implique une volonté partagée, par les deux secteurs, de construire des modalités de travail facilitant la coopération, dans un souci de cohérence dans l'intervention, tant auprès du jeune que de sa famille. Les professionnels de « terrain » de l'ASE et l'AEMO sont demandeurs de cette collaboration. Il reste à faire vivre ce partenariat au plan des directions respectives.

#### D) Les services de soins

Nous l'avons vu auparavant, le département de l'Orne subit une baisse démographique importante, voit son bassin d'emplois perdre dramatiquement de son ampleur et devient le parent pauvre de la région Basse Normandie. Cette situation difficile se vérifie de la même manière, dans la mise en place et l'accès aux soins, notamment les soins psychologiques et psychiatriques.

<sup>39</sup> Loi 2007-293, du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance

<sup>40</sup> DUBREUIL B., 2006, *Accompagner le projet des parents en éducation spécialisée*, Paris : Dunod, p.30

Depuis 5 ans, très peu de médecins psychiatres sont venus s'installer dans la région d'Alençon, recrutés par le Centre Psychothérapique de l'Orne (CPO). Les départs à la retraite ne sont, dès lors, pas remplacés et, même dans le cadre des pratiques libérales, il est devenu extrêmement difficile de pouvoir s'adresser à un pédopsychiatre sur le territoire Alençonnais.

Depuis 2002, 0,2 ETP de psychiatre sont vacants à l'IME. Or, les besoins, au plan psychiatrique, sont en constante évolution, tant au niveau des jeunes, que des équipes, dans une dimension de soutien, d'apports et d'éclairages techniques.

Ne disposant pas de pédopsychiatre à l'interne, je suis obligé de me tourner vers les praticiens libéraux ou le Centre Médico-Psychologique (CMP).

Les praticiens libéraux, au nombre de quatre sur le territoire Alençonnais, disposent de peu de créneaux à nous accorder, mais sont en capacité d'intervenir rapidement lorsque nous les sollicitons.

Le CMP, en revanche, service public hospitalier de soins psychologiques, se montre beaucoup moins réactif. Surchargé de demandes, avec une liste d'attente importante, il est essentiellement tourné vers le milieu ordinaire. Sollicitée à plusieurs reprises, la médecin chef, responsable du service m'avait répondu que les ESMS n'étaient pas prioritaire parce que disposant, à l'interne, de ressources techniques et humaines que le milieu ordinaire ne possède pas.

Le secteur adolescent est encore moins bien équipé. Au cours des dix dernières années, le CPO a mis en place des points accueil/écoute ados. Avec des antennes dans les principales villes du département, il offre une couverture satisfaisante, mais qui ne fonctionne pas sur tous les jours de la semaine (équipes mobiles se déplaçant dans les villes pour y assurer des permanences). De plus, il s'agit, comme son nom l'indique, de temps d'accueil, d'écoute et de conseil pour des jeunes qui éprouvent des difficultés passagères. Les équipes mobiles ne sont pas équipées pour gérer, prendre en charge, des adolescents en crise.

En 2007, le CPO est venu combler ce manque, en créant un Dispositif Adolescent, au sein d'une Maison des Adolescents. Celle-ci dispose de quelques lits d'hospitalisation, d'une équipe intervenant au service des urgences de l'hôpital d'Alençon et d'une équipe formée pour intervenir dans les situations de crises aiguës. Le service est opérationnel aujourd'hui et collabore avec l'IME, dans le cadre du suivi et de la gestion de quelques crises sévères d'adolescents de l'établissement. Il reste, cependant, que ce dispositif n'a pas vocation à accompagner sur le long terme des adolescents qui présentent des pathologies psychiatriques (de type schizophréniques ou maniaco-dépressives). Face à ce type de situation, l'IME doit puiser dans ses propres ressources, ce qui met à mal les jeunes, les équipes et l'organisation.

Dernièrement, dans le cadre de la collaboration inter établissements de l'UGECAM, et grâce à la mise en place du CPOM, j'ai été contacté par un médecin psychiatre qui intervient au rythme de quatre heures par semaine à l'ITEP. Il m'a ainsi fait savoir qu'il pourrait dégager quelques heures par mois pour collaborer avec l'IME. Après rencontre, nous avons pu nous mettre d'accord pour une présence de quatre heures par mois à l'IME. Ce temps, court en l'occurrence, devrait proposer une bouffée d'oxygène dans l'accompagnement de certaines situations, tant pour les jeunes que pour les équipes.

Enfin, en ce qui concerne l'accompagnement de jeunes souffrant de troubles du langage, j'ai pu, au début de cette année, formaliser un lien de collaboration avec le Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (CMPR) du département. Disposant d'une neuropsychologue, la possibilité est donnée, pour des situations dépassant les compétences techniques de l'orthophoniste de l'IME, de bénéficier rapidement de créneaux de bilans, indépendamment de la liste d'attente des consultations externes du CMPR.

## **2.4 Des attentes explicites et implicites**

### **2.4.1 De la part des usagers ...**

Directement héritée de la mise en œuvre de la loi 2002-2, la notion d'attente de l'utilisateur vis à vis de l'institution médico-sociale qui l'accueille est un préalable à la mise en œuvre de toute action. Au fil des années, nous sommes passés, comme le souligne Roland JANVIER, d'une logique de substitution, puis de suppléance à une logique de contrat<sup>41</sup>.

Le contrat implique nécessairement un accord sur un certain nombre de points qui peuvent s'exprimer en termes de besoins et de demandes. Il est cependant indispensable de bien distinguer les besoins et les demandes de l'utilisateur : « *Les premiers recourent les prestations souhaitables. Les secondes relèvent des interventions sollicitées par la population. Demandes et besoins peuvent être fort différents, voire en opposition*<sup>42</sup> ».

Selon Francis BATIFOULIER et François NOBLE, trois grands types d'attentes des usagers peuvent être distingués :

- « *les attentes explicites : ce sont les plus simples à recueillir car l'utilisateur exprime clairement ce qu'il souhaite ;*
- *les attentes implicites : l'utilisateur ne les exprime pas parce qu'il considère que cela va de soi ;*

---

<sup>41</sup> JANVIER R., *La participation des usagers, nouveau paradigme pour la fonction de direction*, in BATIFOULIER F. (sous la direction), 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod

<sup>42</sup> BATIFOULIER F. NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris : Dunod, p.183

- *les besoins latents : l'utilisateur n'a pas forcément conscience de cette forme d'attente, c'est pourquoi il ne les formule pas. Une grande proximité avec l'utilisateur est requise pour faire émerger les besoins latents<sup>43</sup> ».*

Considérant les attentes explicites, les familles des jeunes orientés vers l'IME expriment, lors des premiers contacts, des attentes très majoritairement tournées vers la scolarité. Leurs enfants vivent une forme d'exclusion du milieu scolaire ordinaire et la souffrance familiale engendrée par cette situation incite à chercher à réparer au plus vite. C'est donc dans ce sens que, questionnés sur ce qu'ils attendent de l'intervention de l'établissement, l'immense majorité des parents répond sans hésiter : « qu'il (elle) apprenne à lire, à écrire et à compter ». La totalité des familles exprime le désir fort d'un retour le plus rapidement possible dans le milieu scolaire ordinaire. Cette demande première est très fréquemment complétée par une allusion aux troubles du comportement : « qu'il (elle) se calme, qu'il (elle) fasse moins de bêtises, qu'il (elle) obéisse et nous écoute ».

Il apparaît cependant qu'au moment des premiers contacts avec l'IME, les parents disposent déjà d'un certain nombre d'informations sur les prestations, l'organisation et le personnel. Accompagnés durant toute la phase de constitution du dossier d'orientation par des travailleurs sociaux, des enseignants ou les enseignants référents, ils ont pu aborder des sujets qui les inquiètent.

Les attentes implicites sont majoritairement tournées vers une forme d'épanouissement de l'enfant, que celui-ci trouve rapidement sa place dans l'établissement, qu'il s'y sente bien et que la structure assure protection, sécurité et bon traitement. Même si, d'une façon générale, ces attentes sont de l'ordre de l'implicite, certaines familles l'expriment clairement, ayant elles-mêmes vécues une situation de placement ou d'orientation en ESMS et gardant de cette période un souvenir douloureux.

*« Il n'en demeure pas moins que l'identification des besoins et attentes représente une démarche caractérisée par une grande complexité (...) D'une part, l'utilisateur n'est pas toujours en situation d'avoir une perception ajustée de la nature de ses difficultés ni des modalités de réponses à mettre en œuvre pour l'aider (...) D'autre part, les professionnels ont à intégrer le recueil de la parole de l'utilisateur comme faisant partie intégrante de la culture institutionnelle, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, la culture tutélaire demeurant dominante<sup>44</sup> ».*

---

<sup>43</sup> Idem, p.183

<sup>44</sup> BATIFOULIER F. NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris : Dunod, p.185

La difficulté, pour l'équipe va donc résider dans l'adéquation de la demande avec l'offre de service de l'établissement. Cependant, et c'est là une évolution sensible liée à la loi 2002-2, les professionnels doivent progressivement modifier les représentations qu'ils ont des usagers, de leurs besoins. Ils doivent intégrer dans leurs schémas de pensée que la prestation proposée ne pourra trouver son efficacité qu'en prenant en compte les attentes de l'utilisateur. *« Il leur faut passer d'une polarisation sur ce qui est déficitaire dans la personne accueillie à la valorisation de ses compétences<sup>45</sup> ».*

C'est là un des enjeux de l'avenir de l'établissement ; accepter d'écouter, entendre la parole, la demande, la critique de l'utilisateur ; se défaire d'une posture de toute puissance pour proposer des services qui seront en phase avec les attentes des usagers, tant au plan de leurs demandes que de leurs besoins.

#### **2.4.2 ... Mais aussi des partenaires ...**

Sur le territoire d'Alençon, au même titre qu'au niveau national, une multiplicité d'acteurs sociaux et médico-sociaux est présente, offrant un maillage territorial qui peut couvrir les besoins de la population, de la petite enfance aux personnes âgées.

Si on considère que le partenariat est basé sur une relation d'échanges équitables, la préoccupation première ne doit, dès lors, pas tenir dans les attentes des partenaires vis à vis de l'IME, mais plutôt dans la quête d'un équilibre entre ce qu'ils sont en mesure d'attendre de l'établissement et ce qu'ils sont en capacité d'offrir en échange. *« Il convient de rompre à tous les niveaux, avec un fonctionnement strictement hiérarchique et vertical pour laisser émerger un modèle porté par une dynamique de réseau dans laquelle chacun, responsable et autonome, enrichit et s'enrichit des réflexions et de l'intelligence de l'ensemble des acteurs<sup>46</sup> ».* L'idée soulevée ici tient en la mise en place de projets collectifs, de réponses co-construites, adaptées et adaptables aux évolutions des besoins de la population. *« ... Ces évolutions inaugurent une ère nouvelle pour le travail social. Il ne s'agit même plus de « faire avec » mais de concevoir une intervention sociale à partir des territoires et de leurs habitants<sup>47</sup> ».* Cette conception de l'intervention sociale, appuyée sur un réseau de partenaires, permet en outre une réactivité et des évolutions calquées sur les besoins des usagers ; *« Aucun service n'est absolument indispensable en soi mais constitue une réponse circonstanciée, qui vaut à tel instant, mais qui peut*

---

<sup>45</sup> Idem p.185

<sup>46</sup> BATIFOULIER F. NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris : Dunod p.65

<sup>47</sup> JANVIER R., *La participation des usagers, nouveau paradigme pour la fonction de direction*, in BATIFOULIER F. (sous la direction), 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p.264

*rapidement ne plus correspondre à la demande sociale : soit que le besoin se tarisse, soit que d'autres réponses soient apportées<sup>48</sup> ».*

Cette interrelation basée sur l'échange et la communication devrait permettre une forme de « veille environnementale », au sens ou la définit Jean-René LOUBAT<sup>49</sup>, articulée avec les services déconcentrés de l'État, mais aussi les autres structures associatives, garantissant capacité d'anticipation, réactivité et adaptabilité pour un service toujours au plus près des besoins du public.

Il convient, donc, de considérer que les attentes de partenaires, vis à vis de l'IME, tiennent essentiellement dans cette capacité d'adaptation, de souplesse, cette réactivité pour garantir l'accueil et l'accompagnement de jeunes dont les profils ne cadrent plus avec les organisations classiques.

### **2.4.3 ... Et des autorités de contrôle**

Au delà du respect des normes d'hygiène et de sécurité qui concernent l'ensemble des ESMS, les autorités de contrôle et, en premier lieu, l'ARS de Basse Normandie a une attente prioritaire : la réduction des coûts de fonctionnement ! L'IME La Garenne, depuis très longtemps, propose des coûts de fonctionnement supérieurs à ceux des autres établissements de la région. La signature d'un CPOM, en mai 2011, est, en quelque sorte, la première réponse de l'organisme aux attentes de l'ARS.

Ce contrat, concernant les trois établissements de Basse Normandie, définit des objectifs propres à chaque structure, mais aussi, des objectifs généraux, communs, dont le maître d'œuvre est l'organisme gestionnaire.

Ces objectifs communs aux trois structures sont rédigés en terme de fiches actions. Elles sont au nombre de sept et concernent essentiellement la mise aux normes règlementaire des ESMS de l'UGECAM<sup>50</sup>.

La signature de ce CPOM est donc venue formaliser les attentes de l'ARS en direction de l'UGECAM et par déclinaison des objectifs, de l'IME La Garenne. La délégation territoriale de l'ARS se montre beaucoup plus présente que l'ancienne DDASS. *« La rigueur de gestion, notamment sous la forme très concrète d'une absence de déficit, devrait devenir un impératif catégorique au nom du principe aussi ancien que respectable selon lequel*

---

<sup>48</sup> LOUBAT J.R., *Établissements et services, la logique de service comme premier organisateur*, in BATIFOULIER F. (sous la direction), 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p201

<sup>49</sup> idem, p.202

<sup>50</sup> Cf. Annexe n° , Fiches du CPOM

*l'utilisation de l'argent public mérite une attention de tous les instants*<sup>51</sup> ». Plus insistante en terme de fonctionnement budgétaire, elle assure une mission d'inspection et de contrôle plus soutenue et ne manque pas de nous rappeler que l'objectif, à terme, est d'engager une réflexion autour d'une forme de convergence tarifaire, de façon à « harmoniser » les coûts de fonctionnement des IME du département.

## **2.5 Synthèse de la deuxième partie : une organisation interrogée**

Si on se réfère aux éléments du diagnostic développé au cours de cette partie, force est de constater que la conjoncture ne se prête pas à l'immobilisme et l'attentisme. La mise en place des lois 2002-2, 2005-102 et 2009-879, bouleverse en profondeur un secteur qui, historiquement, avait toute latitude pour mettre en place des actions, avec des moyens conséquents, sans nécessairement rendre compte de l'efficacité de ces mêmes actions. La puissance publique, dans un contexte de crise économique et de rationalisation des dépenses de santé, reprend la main et impose au secteur évaluation, contrôle et procédures d'autorisation nouvelles qui impliquent la mise en place d'organisations au plus près des besoins du public accueilli. L'IME La Garenne n'échappe pas à ce mouvement et doit réfléchir à l'adaptation de ses réponses aux évolutions des problématiques des enfants et adolescents orientés par les trois CDAPH qui interviennent sur son territoire.

Globalement, l'établissement propose une palette de réponses qui, actuellement, ne le différencie pas des autres établissements du territoire. Cependant, la reconnaissance d'un savoir faire, hérité de 40 années d'expériences, lui confère une position dominante dans le département et lui permet de ne rencontrer aucune difficulté dans le recrutement de son public. En revanche, les évolutions sociétales et règlementaires conduisent à se poser la question de l'adaptation de la structure aux besoins émergents d'un public qui, progressivement, présente un profil plus déficitaire, cumulant des troubles qui placent le personnel en situation difficile. Ce personnel, relativement équilibré dans la répartition des classes d'âge et de l'expérience, contribue à la réputation de technicité et professionnalisme de l'établissement.

La signature d'un CPOM, garantissant un fonctionnement et un financement pour plusieurs années, implique tout de même de se soumettre à un certain nombre d'obligations en matière de gestion prévisionnelle d'emplois et de compétences.

Enfin, le déséquilibre qui s'installe entre l'agrément et la réalité de la répartition internes/semi internes, doit conduire à des adaptations pour rééquilibrer l'offre de services ; cependant, un travail est à mener à l'interne pour faire tomber un certain

---

<sup>51</sup> LAFORCADE M., *Quel devenir pour le secteur à but non lucratif ?*, in BATIFOULIER F. (sous la direction), 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p.64

nombre de résistances, liées à l'incertitude de l'avenir, un contexte conjoncturel peu rassurant et des habitudes de travail qu'il faut modifier.

« *L'établissement fait système avec son environnement. Il vit en interaction et interdépendance avec lui*<sup>52</sup> ». Il me semble qu'une réponse à cette problématique peut être la mise en place d'un dispositif qui, tenant compte des besoins et des demandes des jeunes et de leurs familles, offrira une palette de réponses diversifiées au plus près des lieux de vie des personnes. C'est ce que je vous présenterai au cours de la seconde partie

Cette évolution doit nécessairement prendre en compte les demandes, attentes et besoins des usagers qui, comme nous l'avons constaté, diffèrent sensiblement de celle du public traditionnellement accueilli. La reconnaissance et l'inscription territoriale de l'IME doivent nous amener à nous rapprocher du milieu de vie des usagers, de proposer des services innovants et en adéquation avec leurs besoins et attentes.

C'est pourquoi, je pense que l'IME, dans son organisation traditionnelle, ne répond plus aux aspirations de la population. Malgré les efforts de communication, de prise en compte des difficultés rencontrées par les usagers, la « prise en charge » en établissement est encore vécue comme stigmatisante et disqualifiante pour un grand nombre de personnes.

Au cours de la partie suivante, je vous proposerai une organisation qui devrait inscrire l'établissement dans une dimension nouvelle, celle d'un dispositif institutionnel, souple et adaptable, proposant des réponses au plus près des besoins et attentes de l'utilisateur.

---

<sup>52</sup> ELICHIRY Jean-Daniel, *L'établissement dans son environnement*, in *Promouvoir les pratiques professionnelles en action sociale et médico-sociale, établissements, dispositifs réseaux*, BATIFOULIER Francis, TOUYA Noël (dir.), Dunod : Paris, 2011, p.251

### 3 D'UNE LOGIQUE D'ÉTABLISSEMENT FERMÉ À UN DISPOSITIF INSTITUTIONNEL OUVERT

#### 3.1 Une nécessité d'ouverture pour continuer d'exister

##### 3.1.1 Utiliser l'inscription et la reconnaissance territoriale

Nous l'avons vu précédemment, l'IME La Garenne jouit d'une image et d'une réputation qui lui sont favorables. Bénéficiant de la confiance des autorités de contrôle, des partenaires et des pouvoirs publics, l'établissement ne semble pas menacé par les évolutions réglementaires, à court ou moyen terme. Fonctionnant depuis quelques années en léger sureffectif, la structure est plébiscitée et une liste d'attente a dû être constituée, générant déception et frustration pour un certain nombre d'usagers et leurs familles.

La qualité des prestations proposées, le réseau relationnel, mais aussi le cadre paysager et la qualité du bâti, confèrent une image de l'établissement assez flatteuse. Il est fréquent que des familles d'usagers acceptent une proposition d'orientation à la seule condition que ce soit vers « La Garenne ».

De la même façon, un certain nombre de travailleurs sociaux sollicite directement les chefs de services, avant d'entamer les démarches de constitution d'un dossier d'orientation, pour vérifier s'il y aura de la place pour un jeune.

Enfin, les enseignants référents des circonscriptions du territoire Alençonnais, depuis cette année, prennent aussi contact avec les chefs de service pour demander conseil et évoquer certaines situations de jeunes, dont ils estiment qu'une orientation vers un IME serait adaptée.

Toutes ces remarques permettent de constater que l'établissement, fort de son image et de son organisation, est bien inscrit sur le territoire et donne satisfaction dans l'exercice quotidien de sa mission.

Cependant, s'auto satisfaire de cette situation serait, il me semble, faire abstraction des évolutions sociétales, législatives et réglementaires. « *Globalement, l'établissement classique, hérité des grands modèles institutionnels et architecturaux (...), est en voie de dépassement historique ! L'entreprise de services sociaux et médico-sociaux évolue vers une nouvelle variété de services, beaucoup plus souples, plastiques, adaptatifs et réactifs*<sup>53</sup> ».

---

<sup>53</sup> LOUBAT J.R., *Établissements et services, la logique de service comme premier organisateur*, in BATIFOULIER F. (sous la direction), 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p.198

L'IME, dans sa forme et son organisation actuelle, n'est plus adapté aux attentes des usagers, et par voie de conséquences, aux besoins qui en découlent. La demande s'oriente de plus en plus vers une individualisation de l'accompagnement, une prise en compte personnalisée des difficultés rencontrées et des réponses sur mesure. Francis BATIFOULIER et François NOBLE illustrent cette observation en précisant que notre secteur : « *est confronté à un enjeu majeur : comment personnaliser l'accompagnement tout en garantissant l'aspect collectif de la prise en charge qui constitue le fondement de la socialisation et l'apprentissage du vivre ensemble ?*<sup>54</sup> ».

Quoi qu'il en soit, l'aspect collectif reste principalement ce qui identifie, distingue l'établissement d'un accompagnement en ambulatoire de type SESSAD. « *Les établissements ne peuvent donc se désintéresser de ces problématiques collectives pour s'en tenir au seul service des individualités*<sup>55</sup> ». La prise en compte des difficultés rencontrées par les jeunes doit conduire à individualiser au maximum les réponses ; cependant, celles-ci s'inscriront toujours dans un cadre collectif avec des temps de passage incontournables dans une dimension de groupe. C'est là un des avantages de l'établissement ; les règles et le cadre inhérents à la gestion d'un groupe présentent un aspect rassurant, sécurisant et apaisant. L'établissement « *introduit un ordonnancement du temps, de l'espace et des places qui produit une fonction cadre et une stabilité dans un mode en perpétuel changement et où l'histoire vécue des personnes et de leurs familles est souvent chaotique. Cette qualité de stabilité ne renvoie pas à une rigidité de fonctionnement mais à une capacité d'absorption de phénomènes perturbateurs, de traitement de ceux-ci sans que l'ensemble ne soit déséquilibré*<sup>56</sup> ». Pour obtenir cette qualité de stabilité, il est cependant nécessaire que l'organisation de l'établissement présente elle-même des caractéristiques de constance et de stabilité.

C'est pourquoi, il me semble que, malgré la Recommandation CM/Rec (2010)2 du conseil de l'Europe, relative à la désinstitutionnalisation, l'établissement reste un des piliers de l'action médico-sociale.

Il ne s'agit donc pas de réfléchir au remplacement, à la substitution de l'établissement par une réponse unique de proximité, mais bien d'utiliser la connaissance, l'ancrage territorial de l'IME pour diversifier les modes de réponses. De plus, c'est bien dans sa configuration structurelle que l'IME La Garenne s'est fait reconnaître par les divers interlocuteurs, au plan local.

---

<sup>54</sup> BATIFOULIER F. NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris : Dunod, p.199

<sup>55</sup> DUBREUIL B., 2007, *Accompagner les jeunes handicapés ou en difficulté – Éducation spécialisée et intégration*, 2<sup>ème</sup> éd., Paris : Dunod, p.23

<sup>56</sup> BATIFOULIER F. TOUYA N., 2011, *Promouvoir les pratiques professionnelles en action sociale et médico-sociale – Établissements, dispositifs, réseaux*, Paris : Dunod, p.296

### 3.1.2 Associer l'utilisateur et sa famille

La façon d'envisager l'action éducative et l'accompagnement de l'enfant dans son projet de vie a radicalement changé depuis les quarante dernières années. Nous sommes passés, comme le souligne Roland JANVIER, d'une logique de substitution à une logique de contrat, notamment par la mise en place de la loi 2002-2. « *La capacité donnée à l'utilisateur de contractualiser, sous une forme ou une autre, et a contrario de ne pas le faire, c'est à dire refuser l'aide proposée, lui donne de facto, un pouvoir inédit avec lequel doit composer le professionnel. L'action sociale entre dans l'ère du « faire avec »*<sup>57</sup> ».

Cette première forme de contractualisation passe par la signature du contrat de séjour. En se mettant d'accord sur des objectifs et un certain nombre de prestations, l'utilisateur, sa famille et l'établissement, s'engagent à travailler ensemble et à se rencontrer régulièrement. Bertrand DUBREUIL estime que la notion de contrat, pour pertinente qu'elle soit, dans l'accompagnement médico-social d'adultes, authentifiant une capacité à faire un choix éclairé, n'est pas adaptée pour l'enfant, car ce sont ses parents qui contractent. « *Parents et professionnels sont donc dans un rapport de co-éducation auprès de l'enfant, autrement dit une action éducative menée conjointement par plusieurs personnes auprès d'un être en devenir*<sup>58</sup> ». Cette relation entre les parents et l'établissement ne relèverait donc pas du contrat, mais plutôt de la confiance et de l'obligation. La tendance pourrait, dès lors, conduire à la conclusion d'un contrat pour respecter des obligations légales et règlementaires, mais aussi pour garantir et limiter des risques de poursuites judiciaires en cas de désaccord ultérieur.

Cependant, il est intéressant de relever la notion de co-éducation. Celle-ci implique un travail conjoint, une construction commune, négociée et partagée, des prestations et des actions qui seront mises en œuvre. C'est donc en ce sens, il me semble, que la famille de l'utilisateur, mais aussi l'utilisateur lui-même dans une certaine mesure, doivent être associés, dès le début du séjour, à la réflexion qui va conduire à la mise en place des actions.

L'intervention éducative, qu'elle se pratique intra muros ou dans le milieu de vie de l'enfant ou l'adolescent, ne peut faire abstraction de sa participation ainsi que celle de ses proches. Adulte en devenir, sa personnalité, ses compétences se construisent tout au long d'un parcours qui, lui aussi, se construit par l'apport et la confrontation de divers éléments, qu'ils soient familiaux, sociaux ou médico-sociaux.

Le fonctionnement actuel de l'IME La Garenne ne permet pas cette participation active. Les outils de la loi 2002-2 sont formalisés et fonctionnent. Le contrat de séjour, signé dès

---

<sup>57</sup> JANVIER Roland, *La participation des usagers, nouveau paradigme pour la fonction de direction*, in BATIFOULIER F. (sous la direction), 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p.263

<sup>58</sup> DUBREUIL B., 2006, *Accompagner le projet des parents en éducation spécialisée*, Paris : Dunod, p.68

l'admission du jeune, prend très peu en compte le fait que les parents et l'utilisateur, méconnaissant ce qui se fait dans l'établissement, n'ont que peu de propositions à formuler.

De même, le Conseil de la Vie Sociale (CVS), instance démocratique de la vie institutionnelle, est très peu investi comme lieu d'échange et de débat par les représentant des usagers et de leurs familles. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette situation :

Nous l'avons vu, une grande majorité des enfants et adolescents accueillis sont issus de milieux sociaux très défavorisés et précaires. Peu mobiles en terme de déplacements, peu en confiance face à l'institution, peu à l'aise avec l'expression orale, les usagers et leurs familles rencontrent beaucoup de difficultés pour faire les démarches nécessaires à leur élection au CVS.

Dépassés, englués dans des problématiques personnelles et familiales lourdes, la notion d'engagement, de représentativité ne leur est pas familière et ils se sentent peu concernés par ce type d'instance.

Être représentant d'usagers ou des familles nécessite un sens aigu de la communauté, du collectif. L'individualisme qui se développe dans notre société ne favorise pas cet engagement, les personnes préférant régler leurs différents ou exprimer leurs revendications, directement auprès de l'interlocuteur de proximité, en l'occurrence l'éducateur référent.

Il apparaît nécessaire d'engager une réflexion sur la façon d'accompagner les jeunes et leurs familles vers cette participation active à la vie de l'établissement, ne serait-ce qu'en leur faisant comprendre que sans l'utilisateur et ses proches, la structure n'a pas de raison d'être. Ce sont les jeunes et leurs familles qui, par leurs besoins, leurs demandes, leurs remarques et leurs critiques, sont au centre de l'action et nous permettent d'élaborer des réponses au plus près des attentes. C'est donc bien dans une dynamique de co-construction que doit se situer une institution médico-sociale, pour trouver une adéquation entre besoins et réponses, entre attentes et offre de service.

### **3.1.3 La nécessité de modifier l'organisation ?**

Un certain nombre de points de problématique ont été posés depuis le début de ce développement. La réponse à ces différents points prendra nécessairement la forme d'un projet de changement. Ce changement, à la fois imposé et désiré, devra tenir compte des besoins du public, des obligations légales et réglementaires, ainsi que des aspirations et réticences du personnel. Prenant appui sur un diagnostic stratégique préalable, outil de management de projet, la nécessité de changement devient alors une évidence, tant à mon niveau et celui de l'équipe de direction que pour l'ensemble du personnel de l'établissement.

Ce changement s'inscrivant dans un mouvement naturel d'évolution n'a pas la prétention de révolutionner des pratiques, ni de bouleverser le paysage médico-social local. L'ambition affichée est plutôt de trouver la juste adéquation entre les besoins du public et les ressources de la structure. Norbert ALTER nous informe que « *L'innovation consiste bien à élaborer de nouvelles combinaisons entre les différentes ressources de l'entreprise et leur rapport au marché, ou à l'usage social*<sup>59</sup> ». L'innovation, telle qu'exprimée dans ce travail, est à replacer dans un contexte local, à l'échelle d'un territoire. Là encore, le projet ne révolutionne pas les organisations territoriales et ne fera pas de l'IME La Garenne un établissement phare. Cependant, ce type de dispositif n'existe pas, actuellement, dans la région et il me semble que les évolutions observées doivent nous amener à modifier sensiblement nos pratiques. « *L'innovation est toujours une histoire, celle d'un processus. Il permet de transformer une découverte (...) ou une conception des rapports sociaux, en de nouvelles pratiques*<sup>60</sup> ».

Enfin, il est essentiel de préciser que, inscrit dans un contexte budgétaire contraint, ce projet sera développé à moyens constants, sans création, ni extension. Il s'appuiera sur l'existant et concernera essentiellement une façon différente de penser l'action collective ainsi que des modifications de l'organisation.

## **3.2 Une nouvelle organisation pour des pratiques innovantes**

### **3.2.1 Les objectifs du projet de changement**

Au regard des points de problématique évoqués, le projet de changement que je propose devra recouvrir quatre objectifs complémentaires, permettant d'envisager l'IME, non plus comme une entité structurelle, mais plutôt comme un dispositif institutionnel, favorisant le parcours scolaire et l'accompagnement individualisé des jeunes orientés par la CDAPH.

Les objectifs seront les suivants :

- Répondre aux demandes et à l'émergence de nouveaux besoins :
  - o Par la mise en place d'une Unité Spécifique, apportant une réponse en terme d'accompagnement thérapeutique et éducatif pour une certaine catégorie d'enfants orientés vers l'IME et, présentant des troubles rendant difficile leur scolarisation dans les conditions ordinaires d'organisation de l'établissement
  - o Par la constitution d'un groupe de jeunes adultes<sup>61</sup>, entre 18 et 20 ans, dont le projet de vie et le projet professionnel ne sont pas finalisés, compte tenu des difficultés personnelles ou du contexte socioprofessionnel.

---

<sup>59</sup> ALTER N., 2001, *L'innovation ordinaire*, 2<sup>ème</sup> éd., Paris : Presses Universitaires de France, p.14

<sup>60</sup> Idem , p.7

<sup>61</sup> Cf. Annexe n°5 : Organigramme de l'IPFP après septembre 2012

- Évoluer vers un dispositif institutionnel, mettant en avant la notion de parcours, avec la souplesse nécessaire à l'accompagnement de jeunes en situation de handicap mental.
- Mettre l'établissement en conformité au plan légal et réglementaire :
  - La signature d'un CPOM, en mai 2011 comme première réponse aux préconisations de l'ARS, outre le volet GPEC, vient confirmer comme axes éducatifs, la mise en place d'une unité spécifique et la constitution d'un groupe de jeunes adultes.
  - La mise en place d'une Unité d'Enseignement, en réponse au décret du 04 avril 2009, vient affirmer la place du secteur médico-social dans le parcours scolaire d'un enfant en situation de handicap mental. La signature d'une convention d'Unité d'Enseignement avec l'Éducation Nationale et la réécriture d'un projet pédagogique positionne l'IME comme partenaire incontournable sur le territoire Alençonnais.
  - La réécriture du Projet d'Établissement s'inscrit, de la même façon, dans cet axe réglementaire, tout en devenant un outil de management, permettant de formaliser le projet de changement dans une dynamique constructive vis à vis du personnel de l'IME.
- Rééquilibrer les services internat et « temps de jour » :
  - Le déficit chronique d'orientations vers l'internat et le sureffectif sur le semi internat conduit à envisager une indispensable réorganisation des services. La fermeture d'un groupe d'internat et le redéploiement de personnel sur l'accompagnement éducatif de jour est une réponse doublement nécessaire :
    - Redonner de la « consistance » aux groupes d'internat, particulièrement pour les axes de travail sur le collectif, la vie de groupe, le partage et le respect de l'autre.
    - Renforcer l'équipe de jour<sup>62</sup>, pour assurer la mise en place d'une unité spécifique et l'accompagnement des jeunes semi internes.
- Occuper une position stratégique forte sur le territoire Alençonnais
  - Passer d'une logique d'établissement à un dispositif institutionnel, offrant une palette de réponses possibles, modulables, pour répondre au plus près et au plus juste aux difficultés rencontrées par les jeunes orientés vers l'IME.
  - Établir des partenariats formels avec l'Éducation Nationale et la MDPH, pour que l'Unité d'Enseignement devienne l'axe scolaire du dispositif institutionnel et que ce dernier soit intégré par la CDAPH comme un partenaire technique

---

<sup>62</sup> Cf. Annexe n°3 : Organigramme de la SEES après septembre 2012

### 3.2.2 Le dispositif IME : proposition de définition

La notion de dispositif, dans notre secteur, a émergé relativement récemment et prioritairement dans le cadre des ITEP. Suite à la publication du décret du 6 janvier 2005<sup>63</sup>, complété par la circulaire de mai 2007<sup>64</sup>, définissant la spécificité du public, les modalités d'accueil, de prise en charge et organisant règlementairement ce type d'établissement, l'Association des ITEP et de leurs Réseaux (AIRe) a proposé la mise en place d'organisations alternatives sous la forme de dispositifs<sup>65</sup>.

Le dispositif tel qu'il doit être entendu dans notre secteur, fait référence à la mise à disposition, pour l'usager, de moyens techniques et humains, sur un territoire donné, dans le but de répondre au plus près aux difficultés rencontrées. Le dispositif « *propose des « environnements aménagés », qu'ils soient dans les murs ou hors les murs de l'établissement ou service. Il crée des « lieux sociaux d'interaction et/ou de coopération » mêlant professionnels (...), partenaires, familles, usagers, et autres intervenants de l'environnement*<sup>66</sup> ».

C'est en ce sens que je propose de, progressivement, faire évoluer l'IME, actuellement résumé à sa forme d'établissement, vers un dispositif institutionnel qui aura vocation à intervenir sous différentes formes, à l'échelle du territoire Alençonnais.

Force est de constater que les évolutions, tant sociétales que législatives, conduisent à envisager l'accompagnement de jeunes rencontrant de grandes difficultés sur des modes souples, adaptables, dans un souci de transversalité et de fluidité des parcours. Les trois dimensions qui fondent la légitimité de l'établissement doivent y cohabiter et s'ouvrir aux relations partenariales. Ainsi :

- la dimension éducative doit intégrer un travail au plus près avec les services de protection de l'enfance (ASE, AEMO, AED, PJJ),
- la dimension thérapeutique doit opérer un rapprochement avec le secteur sanitaire (CMP, réseau ados, CRA, CMPR)
- la dimension pédagogique doit s'inclure dans l'organisation territoriale de l'Éducation Nationale (CLIS, ULIS, classes ordinaires).

---

<sup>63</sup> Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques

<sup>64</sup> Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007

<sup>65</sup> Rapport AIRe-UNIOPSS, 2011, *Le « dispositif ITEP » Pour un parcours de soins et d'accompagnement personnalisé.*

<sup>66</sup> DESMET J., 2009, *Le dispositif ITEP*, texte de présentation de l'AIRe

Ainsi, la formalisation de partenariats conjuguée à l'ouverture de services de l'IME sur l'extérieur devrait permettre une réelle réactivité, souplesse et adaptabilité des moyens de la structure aux besoins du public.

### **3.2.3 Répondre aux demandes et à l'émergence de nouveaux besoins**

Depuis l'ouverture de l'établissement, en 1971, l'organisation est restée quasiment identique, s'adaptant aux évolutions réglementaires et législatives. Cependant, la question des besoins du public a très peu été évoquée, l'établissement répondant de façon satisfaisante aux difficultés rencontrées par les jeunes accueillis. L'arrivée des lois 2002-2 et 2005-102 a d'ailleurs été ignorée, puis a suscité beaucoup de résistances de la part du personnel, notamment sur les volets droits des usagers et inclusion scolaire.

#### **A) Mise en place d'une Unité Spécifique**

Aujourd'hui, nous l'avons vu, nous sommes confrontés à des changements sans commune mesure avec ce que l'établissement a vécu depuis son ouverture. Un certain nombre d'enfants orientés par la CDAPH présente, désormais, des troubles associés au handicap mental qui ne correspondent plus au schéma traditionnel d'organisation de l'IME. Ces troubles, principalement dans le champ des TED, TDAH ou Troubles du Spectre Autistique (TSA), impliquent une conception différente de l'accompagnement, notamment par des interventions conjointes de professionnels de plusieurs secteurs, tant thérapeutiques qu'éducatifs.

Ainsi, dans le cadre des interventions de jour, je propose la mise en place d'une Unité Spécifique, dédiée à l'accompagnement des enfants qui n'entrent pas dans l'organisation ordinaire de l'établissement.

En capacité d'accompagner jusqu'à sept enfants, elle sera composée d'une équipe d'éducateurs sur le temps de jour et viendra compléter le Groupe Éducatif, organisé autour de l'accueil de jeunes pour lesquels le temps de classe doit être allégé. En alternative au temps de classe traditionnel de l'établissement, cette équipe proposera des temps d'activités adaptés au rythme, capacités et compétences des enfants qui constitueront cette unité.

Au plan thérapeutique, les besoins des enfants accueillis au sein de cette unité seront importants. Des temps exclusivement consacrés au travail en direction des enfants de l'Unité Spécifique seront réservés sur les plannings des rééducateurs et des thérapeutes. Ces temps d'intervention, en fonction du profil des enfants, de leurs problématiques et sur la base de besoins spécifiques repérés, pourront être interdisciplinaires, mêlant éducateurs, rééducateurs et psychologues, voire l'enseignant.

Au plan pédagogique, une enseignante sera spécifiquement affectée à l'accompagnement des enfants accueillis sur le Groupe Éducatif. Titulaire d'un Certificat d'Aptitude aux Actions Pédagogiques Spécialisées pour l'Adaptation et l'Intégration Scolaire<sup>67</sup> (CAPSAIS), elle s'est formée aux méthodes pédagogiques spécifiques en terme de langage, approche de la lecture et des mathématiques. Elle interviendra auprès des enfants sur un mode individualisé ou par très petits groupes. Les besoins et capacités des enfants détermineront le temps de classe par semaine. Celui-ci pourra être fluctuant, en fonction de la disponibilité de l'enfant, son évolution ou une situation de « crise » ponctuelle.

L'objectif, ici, est d'adapter au plus près des capacités et compétences, l'intervention pédagogique. Il apparaît préférable de proposer à un enfant, dont les capacités d'attention et de concentration sont restreintes, trente minutes de classe par jour, sur un mode individualisé. En effet, imposer une demi journée, ou une journée de classe complète, sera souvent vécue comme extrêmement contraignante et provoquera un décrochage, de l'agitation et une perturbation du groupe classe.

Les moyens alloués à cette nouvelle organisation de l'accompagnement sur le temps de jour seront importants. En conséquence, et compte tenu de la réorganisation de l'internat, un poste d'éducateur supplémentaire sera affecté à cette unité, portant l'effectif éducatif sur le temps de jour à quatre postes.

De même, la constitution de l'Unité Spécifique entrainera une augmentation du nombre de jeunes affectés au groupe éducatif et, en conséquence viendra diminuer l'effectif d'enfants scolarisés sur le mode classique de la classe. C'est pourquoi, il sera possible de dégager un temps plein d'enseignant pour l'accompagnement pédagogique spécifique.

#### B) Création d'un groupe de jeunes adultes de 18 à 20 ans

Historiquement, l'IME La Garenne a toujours accueilli des enfants et adolescents de 6 à 18 ans. Cet agrément a fonctionné tant que l'établissement a accueilli des jeunes en capacité d'accéder au milieu ordinaire de travail, sans un contexte de crise économique. La conjoncture n'est plus la même et l'accès au monde du travail, pour les jeunes sortant d'établissement spécialisé, n'est plus aussi aisé.

De plus, l'évolution des orientations concerne aussi les adolescents. Le public accueilli aujourd'hui, majoritairement, n'accède plus au monde du travail ordinaire, mais relève du travail protégé et, depuis quelques temps, ce qui n'était jamais arrivé, de foyer de vie.

---

<sup>67</sup> Le CAPSAIS a été abrogé en janvier 2004 et remplacé par le CAPA-SH (Certificat d'Aptitude Professionnelle pour les Aides spécialisées, les enseignements adaptés et la Scolarisation des élèves en situation de Handicap

En conséquence, les projets de jeunes adultes mettent plus de temps à aboutir. Les places en Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ne sont pas toujours disponibles quand un jeune est prêt à y accéder et, le milieu ordinaire propose de moins en moins de places. Pour ne pas laisser les jeunes adultes sans solution, il est de plus en plus fréquent de prolonger le séjour, le temps de finaliser un projet de vie. Jusqu'à présent, une prolongation de séjour exceptionnelle était sollicitée. Devant la systématisation de ce type de mesure, il semble nécessaire de modifier l'agrément de l'établissement et fixer la limite supérieure à vingt ans. Cette limite, pour nouvelle qu'elle soit pour l'IME La Garenne, est celle qui concerne la majorité des IME sur le territoire national.

Inscrite comme objectif du CPOM, la mise en place d'un groupe de jeunes adultes répond à une attente forte des familles des usagers et des usagers eux-mêmes, inquiets à l'idée de sortir de l'établissement sans solution.

Dans un premier temps, ce groupe sera composé de six ou sept jeunes adultes et fonctionnera, au sein de l'établissement, de façon distincte du secteur des adolescents. Les jeunes adultes ne seront pas scolarisés, l'accent étant mis sur l'axe professionnel. Cependant, pour les jeunes qui le souhaiteraient, une demi journée de classe par semaine, avec une mise à disposition d'une enseignante, sera intégrée aux emplois du temps. Cette activité visera un soutien et un renforcement des acquis scolaires.

L'encadrement opérationnel, au quotidien, sera assuré par un éducateur, secondé par la personne chargée de l'orientation/insertion. Ce nouveau poste consistera, comme pour l'Unité Spécifique, en un redéploiement d'un poste d'internat. Le profil idéal serait un Éducateur Technique Spécialisé (ETS) ; cependant, il ne m'est pas possible, aujourd'hui de procéder à un recrutement extérieur. Il me faut donc proposer le poste à l'interne, avec pour objectif, ultérieurement, de former la personne en vue de l'obtention d'un diplôme d'ETS ou de Moniteur d'Atelier.

L'activité principale de cette Unité 18-20 ans, consistera en une série de petits chantiers d'entretiens d'espaces verts pour des collectivités territoriales à proximité de l'établissement. L'objectif prioritaire visera un développement et une adaptation des capacités de travail dans un domaine d'activité proche de celui des ESAT de la région.

La semaine de travail, outre la proposition de soutien scolaire, verra la mise en place de modules de qualification sociale et de travail autour des déplacements en autonomie.

Relativement indépendants vis à vis des autres groupes de l'IME, l'Unité 18-20 ans sera basée dans deux anciens logements de fonction réaménagés pour accueillir le groupe en

toute sécurité. Ces logements comprendront des chambres qui, de plus, permettront l'accueil, en semi autonomie, d'internes.

Enfin, pour compléter l'offre de service sur cette tranche d'âge, une convention de partenariat sera signée avec une association d'insertion sur Alençon, qui mettra à disposition de l'IME deux chambres permettant l'accueil de deux jeunes adultes en autonomie partielle.

#### **3.2.4 Garantir l'amélioration continue de la qualité**

La signature d'un CPOM, en réponse à la pression forte de l'ARS, a conduit l'UGECAM de Normandie à accentuer le mouvement de mutualisation de moyens initié peu de temps auparavant. Ainsi, les fonctions supports regroupées au sein du siège, tout en gardant des correspondants dans chaque établissement, ont permis de substantielles économies, mais aussi une harmonisation et une standardisation d'un certain nombre d'activités.

Il est ensuite prévu, avec l'appui de la direction générale, de poursuivre la dynamique d'évaluation engagée.

L'évaluation interne, initiée en 2010 et achevée en 2011, a vu la mise en place d'un plan d'action basé sur les préconisations du COQUAL, en terme d'amélioration de la qualité du service rendu. S'appuyant sur le guide de recommandations de bonnes pratiques de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), les membres du COQUAL continuent désormais de travailler à l'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement.

Le COQUAL est constitué de membres du personnel, volontaires, représentant différents secteurs de l'IME, éducatif, social, médical, services généraux et direction. En effet, après discussion avec l'équipe, j'ai insisté pour qu'un chef de service éducatif participe aux travaux. Cette décision a suscité un certain nombre de réticences, le COQUAL estimant que l'élaboration des axes d'amélioration relevait des salariés, la direction validant ou invalidant ces axes. La participation d'un membre de l'équipe de direction vient, selon moi, apporter un élément de modération, de pragmatisme dans les réflexions du COQUAL qui, dans un premier temps, posait l'idéal de l'organisation en terme d'axes d'amélioration.

En parallèle à cette démarche d'amélioration de la qualité, la mission du COQUAL est de préparer la seconde évaluation interne de 2013, préalable à la campagne d'évaluation externe qui interviendra en 2014. Cette campagne d'évaluation externe, pilotée par la direction générale, verra l'intervention d'un cabinet agréé par l'ANESM. La direction générale de l'UGECAM de Normandie devrait procéder rapidement à un appel d'offre pour sélectionner le cabinet évaluateur.

Le point suivant tient en la signature d'une convention d'Unité d'Enseignement avec l'Éducation Nationale. Formalisation d'un partenariat entre les deux institutions, elle est un argument de poids pour mettre en avant le principe d'inclusion scolaire pour tous les jeunes dont les capacités et le comportement le permettent.

Préalable à la mise en place de l'Unité d'Enseignement, l'écriture du projet pédagogique a été un moment fort de l'année scolaire précédente. Jamais, depuis les dix dernières années, l'équipe enseignante ne s'était posée la question de l'adaptation de ses méthodes pédagogiques à l'évolution des besoins du public. Cet état de fait provoquait régulièrement des ambiguïtés entre les attentes des enseignants et les réalisations des usagers. Se situant exclusivement en pédagogues, ils attendaient des jeunes des attitudes scolaires et des résultats à la hauteur de l'investissement des professionnels. Le passage à l'écrit, accompagné par un conseiller pédagogique, a été l'élément déclencheur d'une réappropriation de la dimension pédagogique de l'établissement par l'équipe. L'effet dynamique de cette réflexion accompagnée s'est dès lors ressenti dans la préparation de la rentrée scolaire 2012/2013. Une solidarité entre collègues s'est installée et le principe du décloisonnement entre classes, que je défendais depuis mon arrivée, est devenu une évidence. Chaque enseignant ayant une sensibilité plus forte pour tel ou tel domaine d'enseignement, il a été retenu que, en fonction des besoins spécifiques repérés, des temps d'enseignement regroupant des enfants de plusieurs classes seraient proposés. Le changement d'enseignant, à certains moments de la semaine, permet de maintenir une dynamique d'apprentissage, incitant le jeune à s'adapter à de nouvelles exigences et à un rythme différent, selon l'enseignant.

Enfin, il nous est nécessaire, au cours de cette année scolaire, de procéder à la réécriture du projet d'établissement. Envisagé sur un mode participatif, le travail de réflexion et de rédaction s'appuiera sur les conclusions de l'évaluation interne menée en 2011, sur les travaux des groupes concernant l'Unité Spécifique et l'Unité 18-20 ans, ainsi que sur le projet pédagogique de l'Unité d'Enseignement.

Pour ce faire, l'UGECAM de Normandie a procédé à un appel d'offre pour l'ensemble de ses établissements médico-sociaux. Concernant l'IME, après une première rencontre avec le cabinet chargé d'accompagner cette réécriture, j'ai mis en avant la nécessité de créer des groupes interdisciplinaires, regroupant personnels des services généraux, éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques. Là encore, la confrontation d'idées, de sensibilités et de perception différentes aura un effet dynamique qui ne pourra que servir la qualité de la réflexion. « *Le projet a une double fonction : fédérer les différents acteurs*

*de l'institution d'une part, favoriser l'interdisciplinarité sur la base d'une référence commune d'autre part<sup>68</sup> ».*

### **3.2.5 Rééquilibrer les services internat et temps de jour**

L'évolution très nette des demandes d'orientation vers le semi internat, plutôt que vers l'internat, me conduit à opérer à une réorganisation des services éducatifs. L'équipe éducative d'internat, comme je l'ai précisé précédemment, dispose d'un effectif surdimensionné au regard du nombre de jeunes accueillis en internat (13 éducateurs pour encadrer entre 33 et 38 jeunes !).

Constitué de 5 unités de vie, l'internat est organisé autour de groupes horizontaux, c'est à dire que les jeunes sont répartis dans les groupes par tranches d'âge.

- Un groupe accueille les enfants de 9 à 12 ans
- Un autre est constitué d'enfants de 12 à 14 ans
- Le suivant accueille les adolescents de 14 à 16 ans
- Un quatrième groupe accueille les adolescents de 16 à 18 ans
- « L'Appart » accueille des adolescents, hors les murs, dans un appartement du centre ville, pour lesquels un projet de prise d'autonomie est travaillé.

A cette organisation de l'internat s'ajoute un groupe constitué d'enfants de 6 à 9 ans, uniquement semi internes. Le choix a été fait de ne pas proposer l'accueil en internat pour des enfants de moins de 9 ans. Il me semble qu'avant cet âge, la place de l'enfant est prioritairement dans son milieu de vie naturel. Les demandes des parents sont ainsi systématiquement refusées quand elles concernent l'hébergement en internat pour de jeunes enfants.

Le nombre conséquent d'unités de vie, en comparaison au faible effectif d'internes, a produit des effets que l'on peut considérer comme indésirables. Ainsi, le groupe des 9-12 ans, au cours de l'année scolaire 2011/1012, a accueilli au maximum cinq internes. De plus, par le jeu d'accueils modulés, certains soirs, il n'y avait que trois enfants dans le groupe ! Pour confortable que soit l'accompagnement et la charge de travail, la dynamique du groupe s'est avérée peu stimulante. Les enfants ne se retrouvaient pas dans un fonctionnement proche de celui de la famille et la fratrie ; les éducateurs déploraient un fonctionnement mortifère, peu motivant et routinier.

Cette situation, peu tenable, m'a amené, au cours de l'année scolaire passée, à proposer aux éducateurs des groupes d'internat des interventions sur le temps scolaire, en complément de l'activité de l'équipe du Groupe Éducatif. Ces interventions en journée permettaient de retrouver un peu de cohérence.

---

<sup>68</sup> MIRAMON J.M., 2005, *Le métier de directeur – techniques et fictions*, Rennes : éditions ENSP

Corollairement, j'ai mis en place, avec les chefs de service dans le cadre des Comités de Direction, une réflexion sur le cadre d'un internat restructuré. Il s'agissait, avec les cadres intermédiaires, de proposer une nouvelle organisation prenant en compte les contraintes évoquées ci-dessus (réduction de l'internat, besoins sur le temps de jour, création d'une Unité 18-20 ans, mise en place d'une Unité Spécifique).

Cette réflexion a abouti à la proposition d'une organisation de l'internat profondément modifiée ; fermeture d'un groupe et redéploiement de deux temps pleins d'éducateurs sur le temps de jour, un pour le groupe éducatif et un pour l'Unité 18-20 ans.

#### Organisation Actuelle

	<b>6-9 ans</b>	<b>9-12 ans</b>	<b>12-14 ans</b>	<b>14-16 ans</b>	<b>16-18 ans</b>	<b>Appart</b>
<b>Encadrement</b>	3	3	3	3	2	2
<b>Internes</b>	/	5	8	7	6	6
<b>½ internes</b>	13	10	6	8	11	5
<b>total</b>	13	15	14	15	17	11
	<b>Total SEES = 42</b>			<b>Total IPFP = 43</b>		

#### Organisation à la rentrée de septembre 2012

	<b>6-10 ans</b>	<b>10-14 ans</b>	<b>14-16 ans</b>	<b>16-18 ans</b>	<b>18-20 ans</b>
<b>Encadrement</b>	4	3	4	2,5	1,5
<b>Internes</b>	/	Max 10	Max 12	Max 10	Max 5
<b>½ internes</b>	Max 22	Entre 6 et 10	Entre 8 et 12	Entre 4 et 8	Entre 3 et 7
<b>Total</b>	22	16	20	16	10
	<b>Total SEES = 38</b>		<b>Total IPFP = 46</b>		

Cette organisation a ainsi permis de déployer un éducateur supplémentaire sur le temps de jour SEES (Groupe Éducatif) rattaché au groupe 6-9 ans, et un éducateur détaché pour l'encadrement de l'Unité 18-20 ans. De plus, comme on peut le constater, les effectifs de l'internat, concentrés sur quatre groupes au lieu de cinq, deviennent plus conséquents et gagnent en consistance avec, dès lors, la possibilité, pour l'équipe de proposer des contenus en adéquation avec les missions de l'internat.

Il faut préciser, cependant, que la réflexion menée en Comité de Direction, sur cette réorganisation ne concernait que la structure, le cadre de l'internat. J'ai demandé aux chefs de service, sur la base de ce contenant, de travailler, dans un second temps, avec les équipes concernées sur le contenu des activités liées à l'accompagnement éducatif.

### **3.3 Occuper une position stratégique forte sur le territoire Alençonnais**

#### **3.3.1 Évoluer d'une logique d'établissement vers un dispositif institutionnel**

Le projet de réorganisation de l'internat et du semi internat tient en une logique d'établissement. Aussi indispensable qu'elle soit, il est cependant nécessaire d'aller plus loin dans la réflexion. En effet, cette restructuration permet de corriger des incohérences dans l'organisation interne au regard des évolutions des demandes ainsi que des besoins ; elle propose de nouvelles modalités d'accompagnement pour des jeunes qui relèvent de besoins que l'Éducation Nationale n'est pas en mesure de couvrir.

Cependant, elle ne prend pas en compte la nécessaire ouverture sur l'extérieur. L'IME La Garenne doit occuper une place sur le territoire en proposant des actions et interventions qui viendront en complément des ressources locales.

C'est en ce sens que la logique de dispositif institutionnel prend de l'intérêt. Si on considère qu'un des enjeux tient en la fluidité des parcours des jeunes, il apparaît nécessaire que la structure médico-sociale fasse preuve de souplesse et d'adaptabilité. Le travail partenarial devient essentiel, que ce soit avec l'Éducation Nationale, le secteur sanitaire, les services de protection de l'enfance ou la MDPH.

En terme de souplesse et d'adaptation aux besoins émergents, le dispositif se doit de proposer des réponses multiples, variées, répondant au plus près aux aspirations du public.

La loi 2002-2 a introduit, de façon explicite, la nécessité de diversifier les réponses et de s'adapter aux exigences et besoins du public : *« Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat<sup>69</sup> »*.

La notion de dispositif sous tend la mise en place de différentes modalités d'accompagnement réactives et facilement interchangeables. Ces modalités, au nombre de 5 seront les suivantes :

- Accompagnement par le SESSAD
- Accueil en internat
- Accueil en internat modulé
- Accueil en semi internat
- Accueil de jour séquentiel

---

<sup>69</sup> Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, article 15, alinéa 12

#### A) Le SESSAD

Le premier axe de mise en œuvre de cette logique de dispositif concernera le rapprochement de l'IME et du SESSAD. La séparation des deux structures, nous l'avons vu, répondait à une logique de survie de l'UGECAM de Normandie. Il apparaît, aujourd'hui, que l'existence de l'organisme n'est plus menacée, quel que soit le nombre d'établissements qui la composent.

Il devra donc être possible de réintégrer le SESSAD, comme service de l'IME. Cette opération sera facilitée par le départ prochain du directeur du SESSAD. La responsabilité du service me reviendra et je proposerai au directeur général de nommer un cadre intermédiaire comme responsable du service. Réintégrer le SESSAD dans l'IME permettra la souplesse et la réactivité nécessaire à la mise en place du dispositif. En fonction de l'évolution des situations des jeunes, des passerelles seront possibles et facilitées entre les différents services.

#### B) L'accueil en internat et internat modulé

Déjà partiellement pratiqué à l'IME, l'internat pourra être adapté aux demandes et besoins des usagers et se décliner sous plusieurs formes différentes.

L'internat complet sous entend la présence du jeune dans l'établissement du lundi au vendredi. La demande des familles, les besoins du jeune, la mise en place d'un projet de scolarisation ordinaire, etc., peut nécessiter l'organisation d'un mode d'accueil sur un rythme différent de celui proposé habituellement. Cette organisation, réfléchi en coordination avec la MDPH, a permis de s'accorder sur le sens donné aux modes d'accueil. L'internat est considéré comme modulé dès lors où le jeune passe deux ou trois nuits dans l'établissement. Une seule nuit à l'IME relève du régime de semi interne. Jusqu'à présent, un changement de rythme est obligatoirement assujéti à la constitution d'un dossier complet à destination de la MDPH. Cette démarche s'avère un frein très important quand le projet tient en une mesure d'accueil en internat provisoire, sur un temps défini et relativement court. C'est dans le travail partenarial avec la MDPH qu'il sera possible de trouver d'autres moyens de fonctionner, pour gagner en souplesse et réactivité.

#### C) L'accueil en semi internat

Par définition, le semi internat recouvre la présence du jeune dans la structure sur le temps de la journée, repas du midi compris, avec un retour au domicile le soir après le temps scolaire. Plébiscité par les usagers et leurs familles, ce régime de prise en charge est celui qui approche le plus celui de la scolarité ordinaire. L'accompagnement par l'IME offre, dans le cadre du semi internat, la possibilité de bénéficier, une nuit par semaine du

temps d'internat, sans procéder à une demande de changement de régime auprès de la MDPH.

Là encore, le partenariat avec la MDPH devrait permettre plus de souplesse dans la façon d'envisager ces changements de régime quand, ponctuellement, pour répondre à une demande ou un besoin, il est nécessaire d'accueillir le jeune au delà d'une nuit dans la semaine.

#### D) L'accueil de jour séquentiel

La loi du 11 février 2005 précise que l'accompagnement doit favoriser le maintien ou le retour en milieu ordinaire.

La mise en place d'une possibilité d'accueil de jour séquentiel, qui, ultérieurement, pourra se décliner, sur des temps ponctuels, dans le cadre de l'internat, est une réponse aux difficultés que peuvent rencontrer les jeunes scolarisés à l'extérieur. La saturation, la fatigue, le découragement, le décrochage scolaire, sont des situations que certains jeunes peuvent rencontrer pendant l'année scolaire. Ces temps peuvent être à l'origine de perturbations importantes pour le jeune et son environnement que ce soit à la maison ou à l'école. Offrir la possibilité à un enfant de venir se « ressourcer » à l'IME pendant un temps limité et sur des objectifs précis, tant en terme pédagogique qu'éducatif, peut lui permettre de souffler, se rassurer et réintégrer plus sereinement le milieu ordinaire à l'issue du séjour.

L'organisation du temps de jour à l'IME, au plan scolaire et éducatif, permet la mise en place de ce type d'accueil. De plus, les enseignants de l'IME seront amenés à mettre en place des collaborations avec les enseignants du milieu ordinaire pour garantir une continuité dans les apprentissages. De la même façon, les éducateurs du temps de jour seront invités à se déplacer dans les écoles environnantes pour préparer l'accueil à l'IME ou consolider le retour dans la classe de milieu ordinaire. Ces échanges entre professionnels seront un des jalons du maillage territorial.

### **3.3.2 Établir de nouveaux partenariats en externe**

L'intérêt de la mise en place d'un dispositif institutionnel tient en la formalisation de partenariats qui positionneront l'IME comme une pièce d'un puzzle territorial, chaque pièce venant apporter le sens et la cohérence à l'ensemble.

La première pierre à cet édifice verra la formalisation du partenariat avec l'Éducation Nationale, par la signature de la convention d'Unité d'Enseignement.

Cette convention mettant en avant les ressources techniques de l'établissement, insistera aussi sur la collaboration nécessaire avec les écoles du milieu ordinaire. La scolarité adaptée, en direction des enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne, sans troubles associés, relèvera du milieu ordinaire. L'accompagnement scolaire en interne sera, dès lors, réservé aux enfants et adolescents

dont les troubles manifestés dépassent les compétences des enseignants, même aidés par un Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS).

Cette répartition des accompagnements, s'appuyant sur des compétences reconnues par les uns et les autres est la base du partenariat. Délibérément, les deux secteurs choisissent de se rapprocher pour proposer des réponses les mieux adaptées aux difficultés rencontrées par les jeunes. « *On ne fait plus avec par choix imposé, on choisit d'agir ensemble*<sup>70</sup> ». L'esprit du partenariat semble s'inscrire dans cette logique. La démarche d'agir ensemble est voulue. On ne peut venir au partenariat par défaut ou par renoncement, « *un partenariat obligé serait un non-sens. La logique d'imposition est contradictoire avec celle de choix délibéré*<sup>71</sup> ».

La convention d'Unité d'Enseignement, imposée par décret, au delà de l'aspect obligatoire, doit nous inciter à créer un nouveau mode de coopération qui dépassera le cadre des murs de l'école ou de l'établissement. L'entraide mutuelle entre les enseignants des deux institutions devrait devenir possible, chacun apportant, dans l'échange, sa part de connaissance de la situation, du jeune, du territoire. Le déplacement d'un enseignant ou d'un éducateur de l'IME, hors de l'établissement, pour apporter un éclairage à un collègue accueillant un enfant en inclusion scolaire, sera un atout dans la compréhension des difficultés rencontrées. De la même façon, la visite dans l'établissement, d'un enseignant du milieu ordinaire, préparant la venue d'un enfant dans le cadre d'un accueil de jour séquentiel, permettra de démystifier et dédramatiser l'orientation. Ces démarches, éléments de compréhension mutuelle, seront des jalons dans la construction d'une forme de culture commune autour de l'accompagnement de l'enfant en situation de handicap.

C'est ensuite avec la MDPH qu'il me faudra opérer un rapprochement. Organe décisionnel et de régulation des flux vers les ESMS, elle entretient des relations unilatérales en direction des établissements. Je fais ici le pari qu'un autre mode de coopération est possible. J'ai pu observer le désarroi des membres de la commission face à certaines situations d'enfants, dont les troubles, peu identifiés, peu définis, ne permettaient pas un positionnement direct. L'appui, l'expertise technique des professionnels de l'établissement pourra se révéler d'une grande utilité dans l'affinage d'une forme de diagnostic, qui aidera ensuite la CDAPH à se positionner pour l'orientation du jeune.

L'autre axe du partenariat déterminera la réalité du dispositif institutionnel. Aujourd'hui, les orientations décidées par la CDAPH se font en référence aux autorisations. Internat, semi

---

<sup>70</sup> DHUME F., 2001, *Du Travail Social au Travail Ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales*, Paris : éditions A.S.H, p.119

<sup>71</sup> Idem, p.120

internat, SESSAD sont distingués de façon claire et précise dans les notifications de décisions d'orientations. Ces distinctions, liées à la tarification, nuisent, dans la pratique, à la fluidité des parcours et la souplesse des réponses apportées.

Il me sera nécessaire, au cours de l'année à venir, de me rapprocher de la directrice de la MDPH de l'Orne, dans un premier temps, puis des deux autres MDPH, dans un second temps, pour évoquer le projet de dispositif et évaluer les incidences sur les fonctionnements des commissions respectives. Une décision d'orientation unique vers un dispositif médico-social serait la réponse idéale. Cette orientation permettrait aux professionnels du dispositif de procéder à une évaluation primaire des besoins de l'utilisateur avant de proposer une affectation dans l'une ou l'autre modalité du dispositif. Les incidences, en terme de tarification, auraient un impact limité, ne serait-ce que grâce à la signature du CPOM qui permet le fonctionnement des établissements et services par dotation globale.

Cette organisation aurait l'intérêt de la souplesse, du gain de temps dans les changements de régime de prise en charge, sans opérer nécessairement une nouvelle demande auprès de la CDAPH. En fonction de l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent, tel régime sera privilégié ou sera décidé dans l'urgence, avec la famille.

Cependant, je suis conscient que cette évolution vers un dispositif institutionnel ne se fera pas aussi simplement que je l'évoque. La MDPH, dans de nombreuses régions, s'est montrée très réticente, voire opposée, à cette mise en œuvre pour des ITEP, alors qu'un décret le préconisait. Rien ne permet, aujourd'hui, d'affirmer que les MDPH, de l'Orne et, plus encore celles de la Mayenne et de la Sarthe, vont adhérer à cette proposition.

De plus, cette évolution vers un dispositif devra à terme impliquer un changement d'autorisation, privilégiant le régime d'une autorisation unique IME/SESSAD et Internat/semi internat. Cette demande d'autorisation unique pourra être formulée à l'occasion de la négociation du futur CPOM en 2015.

Il me reste deux années pour travailler avec la direction générale à l'élaboration d'un budget et la formulation d'objectifs qui convaincront l'ARS de Basse Normandie de l'intérêt d'un tel projet au regard des évolutions et des besoins du public accueilli.

### **3.3.3 Renforcer la coopération en interne**

Le projet, tel que défini précédemment, aussi séduisant soit-il, ne peut prendre sens que par l'implication des acteurs. Pour ce faire, il me faut m'appuyer sur une équipe de professionnels confirmés avec ses forces et ses faiblesses. Structurellement, l'organisation, les procédures et les fonctions sont bien en place et sont opérantes. Cependant, nous l'avons vu auparavant, le personnel éducatif et pédagogique, fort de la réputation et de l'image de l'établissement, rechigne à envisager une modification de ses

pratiques. Les évolutions législatives et réglementaires sont vécues comme contraignantes et signes d'une évolution négative, une régression de la société.

Cependant, les compétences sont réelles et la foi dans l'intérêt de l'accompagnement des publics est intacte. Cette situation me conduit à penser que plus qu'une résistance au changement, l'équipe manifeste, par ses plaintes et ses critiques, une perte de repères liée à la confrontation avec un public nouveau, peu réceptif aux méthodes éducatives traditionnelles.

Le projet de changement, pour justifié qu'il soit, provoque, pour reprendre les mots de Patrick LEFEVRE, « *des réactions de défense et des mécanismes de protection*<sup>72</sup> ». L'idée du changement induit un risque ; « *le changement est toujours lié aux gains et pertes qu'il peut engendrer. Il est nécessaire de mobiliser positivement les acteurs et le management doit leur permettre de tirer profit des évolutions*<sup>73</sup> ». La perte de ce qui est connu, pour aller vers l'inconnu, génère du stress et provoque une réaction de repli défensif, avec laquelle il faut composer. C'est pourquoi, le changement doit être accompagné ; c'est là une des missions essentielles de l'équipe de direction. L'idée de construction collective de l'avenir de l'établissement doit être mise en avant. Il s'agit que chacun comprenne que : « *être acteur de changement, c'est participer à une aventure, à un projet de transformation sociale et y prendre une part active. C'est ne pas subir passivement les évolutions et être disponible pour apporter sa pierre à l'édifice*<sup>74</sup> ».

Devenir acteur du changement, c'est donc mettre sa motivation au service de l'organisation. Toutefois, cette notion de motivation tient, selon Patrick LEFEVRE, en six éléments : les 3C (contrat, culture, compétence) et les 3R (responsabilité, reconnaissance, rémunération).

Le contrat : engagement qui lie le salarié et son employeur. Moins il est précaire et plus il favorise l'engagement respectif. Dans le cadre de l'IME, tout le personnel bénéficie de contrat à durée indéterminée.

La culture : « *le fait d'être partie prenante d'une culture partagée qui rassemble et mobilise est sans doute indispensable au maintien de la motivation dans la durée*<sup>75</sup> ». C'est, il me semble, un des axes indispensables du projet, participer à la construction d'une culture commune, de valeurs partagées ; susciter l'adhésion des acteurs au changement pour qu'il se reconnaissent dans l'organisation et se sentent valorisés.

---

<sup>72</sup> LEFÈVRE P. 2006, *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*, Paris : Dunod, p.93

<sup>73</sup> Idem, p.95

<sup>74</sup> Idem, p.92

<sup>75</sup> Idem, p.97

La compétence : elle permet de mettre l'organisation en adéquation avec les besoins du public accueilli. Fruit de la formation individuelle, mais aussi d'un mouvement collectif, elle participe de l'optimisation des réponses aux problématiques du public.

La responsabilité : souvent infantilisés par les organisations institutionnelles, les salariés ont parfois du mal à prendre et assumer des responsabilités. Reconnaître en chacun un professionnel compétent favorise, à mon avis, l'implication et l'initiative.

La reconnaissance : là encore, affirmer qu'on a, dans son équipe, des professionnels compétents et responsables, contribue, pour le salarié, à développer une image positive et valorisée de lui-même.

La rémunération : facteur essentiel de motivation, elle est moins facile à mettre en œuvre au sein de l'établissement. Je dispose de peu de latitude pour en faire un élément distinctif des compétences.

Fort de ces constats, je dispose de plusieurs leviers qui pourront contribuer à la construction d'une culture commune, favorisant la motivation du personnel et la levée des blocages.

#### A) Des temps libérés pour des échanges formels

Depuis longtemps, les professionnels de l'IME se plaignent de ne pas bénéficier de temps pour rencontrer des collègues d'autres secteurs, en dehors des réunions d'élaboration ou d'actualisation des PPA. Les temps d'intervention sur des horaires distincts et peu compatibles sont un frein à la programmation de réunions. L'envie de travailler ensemble est pourtant présente.

Un sondage auprès des familles et des échanges avec l'assistante de service social, ont permis de mettre en évidence qu'une très grande majorité des familles (+ de 90%) était en capacité d'accueillir les enfants à domicile le vendredi après midi.

En accord avec la direction générale, j'ai donc mis en place, pour la rentrée de septembre 2012, un temps institutionnel de réunion le vendredi après midi. Les jeunes quittent l'établissement après le repas du midi et, en fonction d'une programmation au trimestre des temps de rencontres interdisciplinaires deviennent possibles. Ce temps libéré devient un espace de rencontres entre équipes d'internat et équipes de jour. Des projets transversaux sont d'ores et déjà en préparation, notamment entre enseignants et éducateurs, mais aussi entre éducateurs et orthophoniste ou entre psychologue, psychomotricienne, enseignant et éducateur sportif.

#### B) L'interdisciplinarité

Promue depuis mon arrivée dans l'établissement, elle s'avère un formidable levier de motivation ! Croiser les regards sur une situation, un acte ou un projet permet une appréhension plus fine et plus exhaustive des difficultés rencontrées. La complémentarité

qui se dégage offre une vision dynamique des actions à mettre en place. La confrontation de cultures et compétences diverses apporte une richesse qui s'avère profitable à l'utilisateur.

Des actions se mettent en place, réunissant des professionnels de différents secteurs, visant une réponse plus adaptée et plus efficiente aux problématiques repérées :

- Un atelier conte, en direction des enfants les plus jeunes, est le fruit des réflexions et actions conjuguées d'une psychologue, une orthophoniste et deux éducateurs.
- Un atelier psychomotricité/relaxation a vu le jour, accompagné par la psychomotricienne et une éducatrice
- Des binômes enseignant/éducateur se sont constitués dans chaque classe, offrant, sur une demi journée par semaine, des activités d'éveil culturel à tous les enfants de la SEES.
- Un projet de visite de capitales européennes à vélo, pour des adolescents, a pu se concrétiser grâce à la volonté commune d'un éducateur sportif et un éducateur spécialisé.

La volonté de travailler ensemble est bien présente. Porteuse de dynamisme institutionnel, elle participe de la construction d'une culture commune et d'un nouvel élan qui renforce le sentiment d'appartenance.

#### C) Le sens redonné à l'action éducative par la promotion de l'Analyse des Pratiques Professionnelles

La mise en place d'un temps mensuel d'Analyse des Pratiques Professionnelles n'a pas été sans réticence de la part de l'équipe éducative. Installée dans des habitudes de fonctionnement où le questionnement sur le bien fondé de l'action était quasiment absent, l'équipe a, dans un premier temps, refusé cette proposition. Soucieux de renforcer le questionnement critique, en accord avec l'intervenant extérieur, j'ai rendu ce temps de travail obligatoire. Le travail de réflexion collective sur le sens donné à l'action éducative me paraît être un élément déterminant de la qualité du service rendu à l'utilisateur et détermine une posture éthique ; « ... C'est le groupe qui fait acte de contrôle de la pratique individuelle et collective. Plus largement, la pratique ou les pratiques sont la résultante de l'activité des acteurs au sein du collectif<sup>76</sup> ». Passé le premier temps de contrariété, la majorité de l'équipe a adhéré sans retenue au travail proposé. Aujourd'hui, ce temps de travail collectif s'est institutionnalisé et a été reconduit pour l'année à venir.

---

<sup>76</sup> LEFÈVRE P., 2011, *Articuler utopie sociale, éthique professionnelle*, in BATIFOULIER F. (sous la direction), 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p.98

#### D) Réécrire ensemble le projet d'établissement

Nous l'avons vu précédemment, la réécriture du projet d'établissement est un passage obligatoire dans la mise en conformité règlementaire de l'IME. S'en tenir strictement à l'aspect règlementaire, c'est, à mon sens, se priver de la richesse de l'élaboration collective, de la créativité des professionnels. La volonté de l'équipe de direction est de créer une émulation autour de la réécriture de ce projet. Accompagnée par un cabinet spécialisé, j'ai invité l'équipe à coopter des représentants de chacun des secteurs de l'établissement afin de constituer quatre groupes de huit personnes. Travaillant sur quatre éléments constitutifs et représentatifs de l'organisation, ces groupes vont proposer une vision de l'accompagnement éducatif, thérapeutique et pédagogique, prenant en compte les orientations stratégiques définies par la direction générale.

Le projet d'établissement est un outil de management en ce sens qu'il peut être moteur de motivation et d'implication dans la vie et le développement de la structure. « *Le projet d'un établissement (...), ce n'est pas celui du seul directeur mais de tous ses acteurs, quels que soient leurs métiers, dans le cadre d'une mission de service public*<sup>77</sup> ». Réfléchir sur l'adéquation des moyens alloués avec les besoins du public participe de la construction ou la consolidation d'une culture commune. L'ensemble du personnel cadres et non cadres, relayé par ses représentants, doit s'accorder sur le sens donné à l'action éducative, thérapeutique et pédagogique. Chacun, en ayant la possibilité de s'exprimer, donner son avis, développe un sentiment d'appartenance qui est le ciment fédérateur de l'institution. De plus, la participation de tous à cette élaboration permet de donner un sens à l'action de chacun, quelque soit le niveau de son intervention. « *On ne redira jamais assez l'importance du projet comme point de repère fédérateur permettant d'inventer concrètement le futur et non pas de suivre seulement les pentes d'un changement assuré*<sup>78</sup> ».

#### E) La formation comme levier de changement

Hormis l'objectif premier d'acquérir des connaissances et des compétences complémentaires, la formation professionnelle est souvent un renforçateur de motivation. Rencontrer d'autres professionnels, sortir de l'établissement, confronter son expérience conduisent à se questionner sur le bien fondé de telle ou telle action, tel ou tel projet. Le retour dans l'établissement, à l'issue de la séquence de formation, donne lieu à une restitution des acquis, tant en terme positifs que négatifs. Les apports de la formation,

---

<sup>77</sup> DUBREUIL B., 2004, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, p.XIII

<sup>78</sup> ÉLICHIRY J.D., *Gouverner dans la tourmente*, in BATIFOULIER F. (sous la direction), 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p.355

outre l'enrichissement culturel de l'individu, servent ainsi la communauté et participent de l'accompagnement de l'ensemble des salariés vers le changement.

Je construis le plan de formation de l'IME à partir de demandes individuelles en vue de l'acquisition de nouvelles compétences. A ceci s'ajoutent des formations collectives visant à développer des compétences qui serviront l'organisation. Enfin, depuis quelques temps, sont mises en place des formations inter établissements qui, outre la vocation première de permettre l'acquisition de nouvelles compétences de façon élargie, ont aussi un rôle fédérateur autour de l'entité UGECAM. Globalement, les formations collectives deviennent une priorité pour l'UGECAM, ceci dans un double but ; favoriser la formation pour le plus grand nombre, mais aussi servir les établissements par des actions en lien avec les orientations éducatives et techniques de la direction et du siège. Les formations individuelles, quant à elle, doivent désormais répondre à des besoins repérés ou des carences dans des domaines précis.

### **3.4 Prendre le temps de changer**

Mettre en place un projet de changement de cette envergure nécessite de donner des priorités aux actions envisagées. Un certain nombre de réflexions sont déjà engagées et j'estime indispensable de les mener à leur terme avant d'en engager de nouvelles.

La mise en place du groupe de jeunes adultes sera la première pierre à l'édifice. Le projet est écrit, compris et accepté par les professionnels de l'établissement.

La deuxième étape de ce projet verra la signature de la convention d'Unité d'Enseignement avec l'Éducation Nationale. Le projet pédagogique a été finalisé par l'équipe enseignante, accompagnée par les cadres intermédiaires et un conseiller pédagogique. La collaboration a effectivement démarré à la rentrée de septembre 2012.

La troisième étape visera la réduction de l'internat de cinq unités de vie à quatre. Les plus fortes résistances auront lieu à ce moment. La refonte des équipes d'internat avec redéploiement, pour partie sur du temps éducatif de jour, va générer de l'insécurité. Une partie de l'équipe a beaucoup de mal à envisager de changer de collègues ; les habitudes, la connaissance de l'autre, le confort du fonctionnement quotidien n'incitent pas à envisager des changements qui seront synonymes de modifications d'horaires, de nouvelles références, de refonte de projets d'unités de vie.

Nous avons donc décidé, en équipe de direction, de définir le cadre de la structure internat, le contenant, et de laisser les cadres intermédiaires définir avec l'équipe éducative, les contenus de chaque unité de vie. Les affectations sur les postes se feront après positionnement de l'ensemble de l'équipe sous forme de choix pour telle ou telle unité de vie (choix 1 : priorité, choix 2 : si choix 1 pas possible).

Le recrutement des éducateurs sur les postes éducatifs de jour se fera par positionnement des salariés sous forme de candidature, puis par entretien avec un cadre intermédiaire et moi-même.

La quatrième étape du projet de changement concernera la mise en place de l'unité spécifique. La rédaction du projet, engagée en cours d'année, prendra plus de temps, du fait des collaborations avec des partenaires extérieurs moins disponibles (notamment le Centre Ressource Autisme) qu'il n'est pas possible de rencontrer régulièrement.

Enfin la finalisation du dispositif verra un important travail à mener en direction de la MDPH de l'Orne, pas spécialement prête, actuellement, à envisager les collaborations sous la forme d'un dispositif institutionnel. Là encore, des résistances devront être dépassées, notamment en ce qui concerne des questions de pouvoir, tant au plan des orientations vers le dispositif, que du financement.

Le changement tel qu'envisagé dans ce projet doit se concevoir comme un processus long qui entrainera, à terme, une modification importante des pratiques et des représentations des professionnels de l'établissement. Le rythme de ce processus n'est pas défini et devra prendre en compte les craintes et résistances. Accompagner le personnel dans cette démarche de changement, être attentif aux demandes, aux craintes, relève des missions du directeur. Prendre soin des personnes, reconnaître les compétences, c'est garantir l'implication, la motivation de tous dans la dynamique de projet insufflée.

### **3.5 Synthèse de la troisième partie : un dispositif construit collectivement**

Le projet de changement évoqué au cours de cette troisième partie s'appuie donc sur le constat que, malgré une apparente bonne santé, l'IME est fragilisé par un certain nombre de paramètres qui rendent incertaine sa pérennité. L'objectif n'est certes pas de vouloir rendre pérenne à tout prix une structure qui ne rendrait plus le service attendu. Cependant, je considère que l'établissement continue d'avoir une utilité sociale et qu'il a toute sa place dans le paysage médico-social local.

En revanche, il apparaît clairement que son fonctionnement actuel est trop autocentré alors que la demande évolue nettement vers l'ouverture à l'environnement. Reconnu, réputé, bénéficiant de la confiance des partenaires et de l'autorité de contrôle, l'IME La Garenne s'est longtemps contenté de reproduire à l'identique un fonctionnement institué par le directeur fondateur. Aujourd'hui, les pratiques changent, le public accueilli ne

présente plus les mêmes caractéristiques et les relations avec l'environnement se libéralisent.

En réponse à ces constats, m'appuyant sur les forces de la structure et de l'organisme gestionnaire, je propose d'évoluer progressivement vers un dispositif institutionnel. En multipliant les réponses possibles aux difficultés rencontrées par les enfants et les adolescents, l'établissement offrira des prestations adaptées aux besoins des usagers et proposera une meilleure couverture territoriale.

Cette évolution, toutefois, devra prendre en compte les résistances du personnel, conscient de son savoir faire et de ses compétences, qui ne saisit pas, au premier abord, les nécessités de ce changement. En terme de management, je suis convaincu que la force de l'établissement, au delà de son environnement immobilier, réside dans son équipe de professionnels. Pertinents, restant très motivés, malgré la confrontation à des problématiques de jeunes auxquels ils ne sont pas formés ni préparés à répondre, ils ont besoin d'être accompagnés pour cheminer et comprendre les nécessités de cette adaptation. Envisager cette évolution sur un mode participatif est, selon moi, incontournable. Les atouts de la réflexion interdisciplinaire sont indéniables, permettant une approche multifactorielle des problématiques. De plus, tout en délimitant précisément les champs d'intervention et de pouvoir, la participation active des professionnels aux réflexions sur les projets engageant l'établissement, s'avère être un levier de motivation et un élément fédérateur d'une équipe. Participant de la construction d'une culture commune, elle développe un sentiment d'appartenance qui rend plus forte l'implication des professionnels dans l'action éducative et offre, ainsi, un service plus opérant et plus en lien avec les besoins du public.

## Conclusion

Au moment de refermer les pages de ce travail de réflexion et formalisation, il me semble essentiel de préciser à quel point l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet relève de l'engagement d'une équipe. Par l'accompagnement des professionnels, la pédagogie, il est possible de mettre en mouvement une dynamique qui, tout en restant humble et réaliste, redonnera du sens à l'action éducative, thérapeutique et pédagogique. « *Le management participatif est l'affirmation d'une croyance en l'homme capable d'engagement à condition qu'il soit placé dans des conditions favorables*<sup>79</sup> ». Un des axes essentiels de ma fonction consiste à prendre soin des professionnels. Par une attention soutenue, une disponibilité et une reconnaissance des compétences du personnel, je contribue à maintenir une dynamique constructive qui, progressivement vient à bout des résistances. « *Au-delà des résistances apparentes, les professionnels des établissements et services attendent de sortir des logiques de répétition et de justification dans leurs pratiques. Ils sont prêts à entrer dans des organisations renouvelées qui les sollicitent et vont les prémunir contre l'usure professionnelle, malheureusement repérable dans des organisations bloquées et paralysées, souvent marquées par des archaïsmes et des résistances entretenues*<sup>80</sup> ».

Notre secteur voit, depuis quelques années, s'installer un contexte de désinstitutionnalisation. La demande se déplace sur l'environnement extérieur, favorisant l'accompagnement hors les murs, par des services ambulatoires. Cependant, le contenant de la structure, l'établissement, avec son plateau technique, souple et réactif, reste une réponse incontournable pour un certain nombre de situations qui n'entrent pas dans les schémas d'organisation de l'Éducation Nationale.

La logique de service implique adaptabilité, souplesse, réactivité, pour apporter une réponse directement en lien avec les attentes des usagers. Mettre en place un dispositif institutionnel étoffera l'offre de service de l'IME et garantira un maillage territorial conforme aux attentes des usagers, mais aussi de l'autorité de contrôle. Cette évolution pose, dès lors la question de la définition du métier de l'établissement. Comme le précisent Francis BATIFOULIER et François NOBLE, il s'agit de distinguer mission et métier. Si la mission est définie par l'autorisation délivrée par l'autorité de contrôle, le métier est lui, défini par les professionnels de l'établissement, au regard des évolutions

---

<sup>79</sup> MIRAMON J.M., 2005, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, (3<sup>ème</sup> édition), Rennes : éditions ENSP, p.98

<sup>80</sup> LEFÈVRE P., 2011, *Articuler utopie sociale, éthique professionnelle*, in BATIFOULIER F. (sous la direction), 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p.106

identifiées. Il s'agit, dans le cadre de l'IME que je dirige, de passer : « *d'un métier centré sur l'accueil, l'hébergement en milieu « fermé » à un métier orienté sur l'ouverture à l'extérieur et la capacité à faire vivre la personne handicapée au cœur de la cité*<sup>81</sup> ».

Cette idée d'ouverture, de lien avec l'extérieur, fait automatiquement référence au partenariat. Construire ensemble une offre de service différente, même si elle est dictée par les évolutions législatives, relève bien d'un désir des acteurs de faire évoluer les pratiques pour répondre au mieux aux besoins du public. La notion de dispositif fait référence au partenariat par la nécessité de construire sur le territoire un maillage qui, en fonction des besoins, fera appel aux compétences de nos partenaires. « *Cet enjeu appelle à dépasser les cloisonnements, à construire une action capable de transcender les particularismes et le manichéisme, et surtout à accepter de partager le pouvoir, afin d'essayer de gérer, ensemble, la complexité du monde*<sup>82</sup> ».

L'autre défi tient en l'implantation de l'UGECAM de Basse Normandie dans le paysage médico-social local. Les velléités d'extension sont présentes, mais le manque de savoir faire, dû à l'inexpérience, est réel. L'organisme gestionnaire a, dès lors, besoin d'être accompagné, conseillé pour comprendre et intégrer une culture, une vision de l'accompagnement qui diffère sensiblement de celle du secteur sanitaire. Je considère que ce rôle de conseil, d'accompagnement relève de mes compétences, permettant, en complément des experts qui composent le siège social, de proposer une vision des enjeux locaux, tant en terme d'évolution des pratiques que des besoins du public.

Enfin, il apparaît aujourd'hui que, malgré une volonté forte d'adaptation aux changements, je manque de visibilité sur les évolutions à venir du secteur. La mutation n'est certes pas achevée et le contexte conjoncturel ne prête pas à l'optimisme béat.

Le risque est grand, dans cette logique adaptative et de service, de devenir des techniciens performants, dans une logique d'expertise, au détriment de la proximité et de la prise en compte de la diversité des problématiques des personnes. Ma mission de directeur tient aussi en la garantie, pour l'ensemble de l'équipe, que, continuellement, les réponses proposées seront référées aux besoins des personnes, que l'accompagnement restera au centre de nos préoccupations et que l'épanouissement de la personne demeurera notre motivation première.

---

<sup>81</sup> BATIFOULIER F. NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris : Dunod, p.172

<sup>82</sup> DHUME F., 2001, *Du Travail Social au Travail Ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales*, Paris : éditions A.S.H, p.33

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

- ALTER N., 2001, *L'innovation ordinaire*, 2<sup>ème</sup> éd., Paris : Presses Universitaires de France, 284 p.
- BATIFOULIER F., NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris : Dunod, 248 p.
- BATIFOULIER F., TOUYA N., 2011, *Promouvoir les pratiques professionnelles en action sociale et médico-sociale, Établissements, dispositifs, réseaux*, Paris : Dunod, 357 p.
- BAUDURET J.F., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoires d'une refondation*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 342 p.
- DUBET F., 1996, « L'exclusion scolaire : quelles solutions ? », in PAUGAM S., *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris : La Découverte, 582 p.
- DUBREUIL B., 2007, *Accompagner les jeunes handicapés ou en difficulté, Éducation spécialisée et intégration*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 224 p.
- DUBREUIL B., 2006, *Accompagner le projet des parents en éducation spécialisée*, Paris : Dunod, 192 p.
- DUBREUIL B., 2004, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social, analyse de la pratique*, Paris : Dunod, 248 p.
- DHUME F., 2001, *Du Travail Social au Travail Ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales*, Paris : éditions A.S.H, 206 p.
- ÉLICHIRY J.D., 2011, « Gouverner dans la tourmente », in BATIFOULIER F., *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, pp. 329-358
- JANVIER R., 2011, « La participation des usagers, nouveau paradigme pour la fonction de direction », in BATIFOULIER F., *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, pp. 259-289
- LAFORCADE M., 2011, « Quel devenir pour le secteur à but non lucratif ? », in BATIFOULIER F., *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, pp. 59-68
- LEFÈVRE P. 2006, *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*, Paris : Dunod, 564 p.
- LEFÈVRE P., 2011, « Articuler utopie sociale, éthique professionnelle », in BATIFOULIER F., *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, pp. 87-116

- LOUBAT J.R., 2011, « Établissements et services, la logique de service comme premier organisateur », in BATIFOULIER F., *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, pp.173-202
- MIRAMON J.M., 2005, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, 3<sup>ème</sup> édition, Rennes : éditions ENSP, 270 p.

### **Textes règlementaires :**

- Loi du 16 juin 1881 établissant la gratuité absolue de l'enseignement primaire dans les écoles publiques
- Loi n° 11696 du 28 mars 1882, portant sur l'enseignement primaire obligatoire
- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation
- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi 2007-293, du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance
- Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques
- Décret n°2009-378 du 02 avril 2009, relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L.351-1 du code de l'éducation, et les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Arrêté du 09 janvier 1989, nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages, ministère de l'Éducation Nationale
- Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007 relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis
- Recommandation CM/Rec (2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité

## **Rapports, enquêtes, études, programmes**

- Enquête DREES auprès des structures pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'édition 2006. N°20
- CTNERHI, *Diversification de l'activité des établissements et adaptation au parcours de l'enfant*, Rapport final, avril 2007
- Rapport AIRE-UNIOPSS, 2011, *Le « dispositif ITEP » Pour un parcours de soins et d'accompagnement personnalisé.*
- Monsieur Paul BLANC, Rapport au président de la République : *la scolarisation des enfants handicapés*, mai 2011
- CNSA, *Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie*, 2008-2012
- Schéma départemental du handicap 2008-2013, département de l'Orne
- Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, OMS, Genève, 2001

---

## Liste des annexes

---

**Annexe n°1 : Tableau des emplois permanents de l'IME**

**Annexe n°2 : Organigramme de la SEES avant septembre 2012**

**Annexe n°3 : Organigramme de la SEES après septembre 2012**

**Annexe n°4 : Organigramme de l'IPFP avant septembre 2012**

**Annexe n°5 : Organigramme de l'IPFP après septembre 2012**

**Annexe n°6 : Fiches actions du CPOM**

**Annexe n°7 : Organigramme général de l'IME La Garenne**

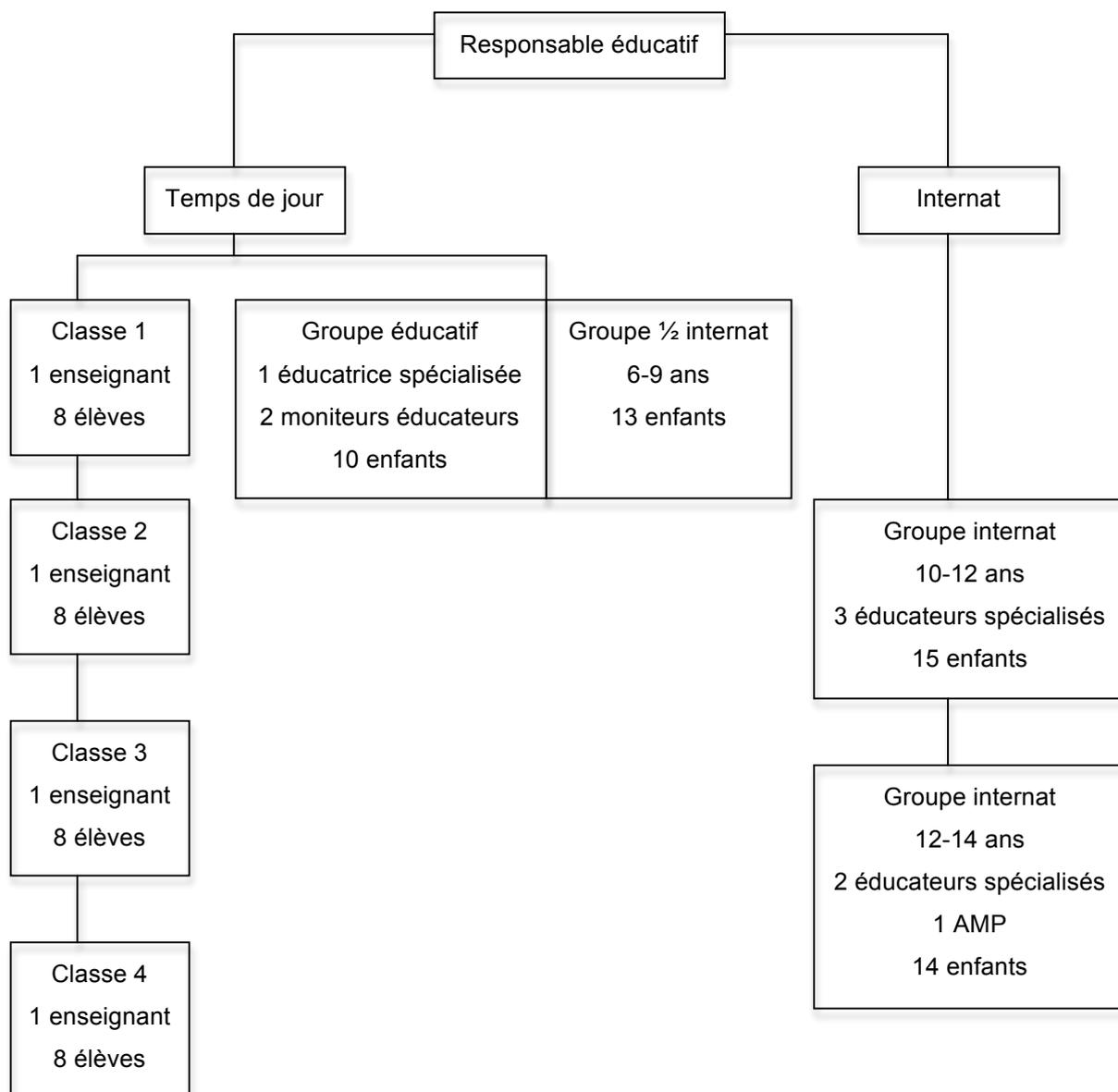
## ANNEXE N°1

### Tableau des Emplois Permanents de l'IME

Catégories Professionnelles	2011	
	Nbre d'agents	Postes ETP
<b>1 – <u>Direction – Encadrement</u></b>	<b><u>5</u></b>	<b><u>4,05</u></b>
Directrice	1	0,50
Responsable éducatif	2	2
Responsable comptable	1	0,55
Assistante de direction	1	1
<b>2 – <u>Administration – Gestion</u></b>	<b><u>4</u></b>	<b><u>3,42</u></b>
Secrétaire	2	1,42
Comptable	1	1
Assistante RH	1	1
<b>3 – <u>Services Généraux – Restauration</u></b>	<b><u>15</u></b>	<b><u>13,40</u></b>
Technicien entretien maintenance	2	1,90
Chauffeur – gestionnaire de stocks	1	1
Technicien d'espaces verts	1	1
Responsable restauration	1	1
Cuisinier	1	1
Lingère	1	1
Commis de cuisine	1	1
Agent de service hôtelier ou hospitalier	7	5,50
<b>4 – <u>Socio-éducatif</u></b>	<b><u>29</u></b>	<b><u>27,35</u></b>
Éducateur spécialisé	11	10,35
Moniteur éducateur	3	3
Éducateur sportif	2	2
Moniteur d'atelier (créativité)	1	1
Éducateur technique spécialisé	3	3
Assistante sociale	1	1
Aide médico-psychologique	7	7
<b>5 – <u>Paramédical</u></b>	<b><u>4</u></b>	<b><u>3</u></b>
Psychologue	2	1,50
Orthophoniste	1	1
Psychomotricien	1	0,50
<b>6 – <u>Médical</u></b>	<b><u>2</u></b>	<b><u>1,50</u></b>
Infirmière	1	0,50
Aide soignante	1	1
<b>Totaux</b>	<b>59</b>	
<b>Soit en équivalent temps plein</b>		<b>52,72</b>

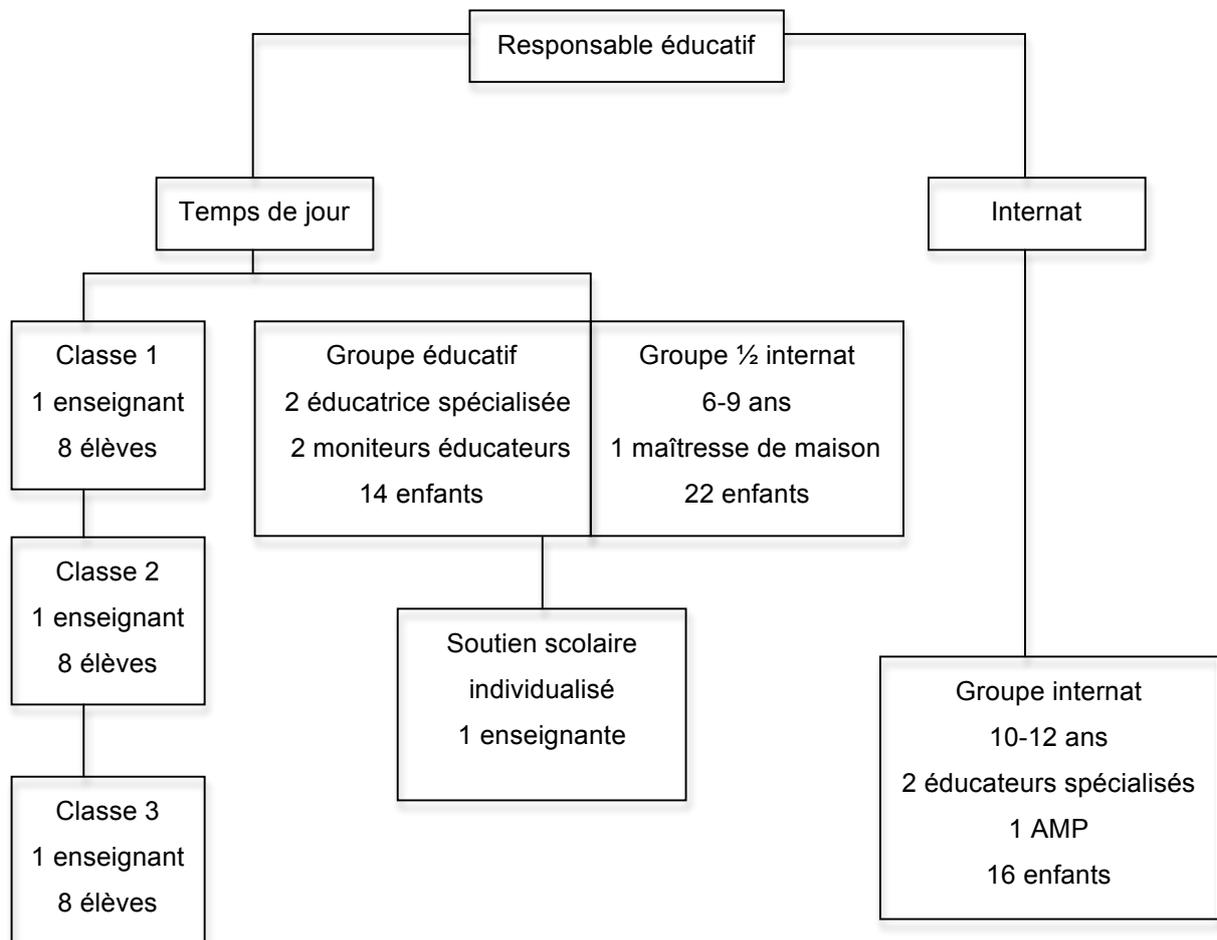
## ANNEXE N°2

### ORGANIGRAMME DE LA SEES AVANT SEPTEMBRE 2012



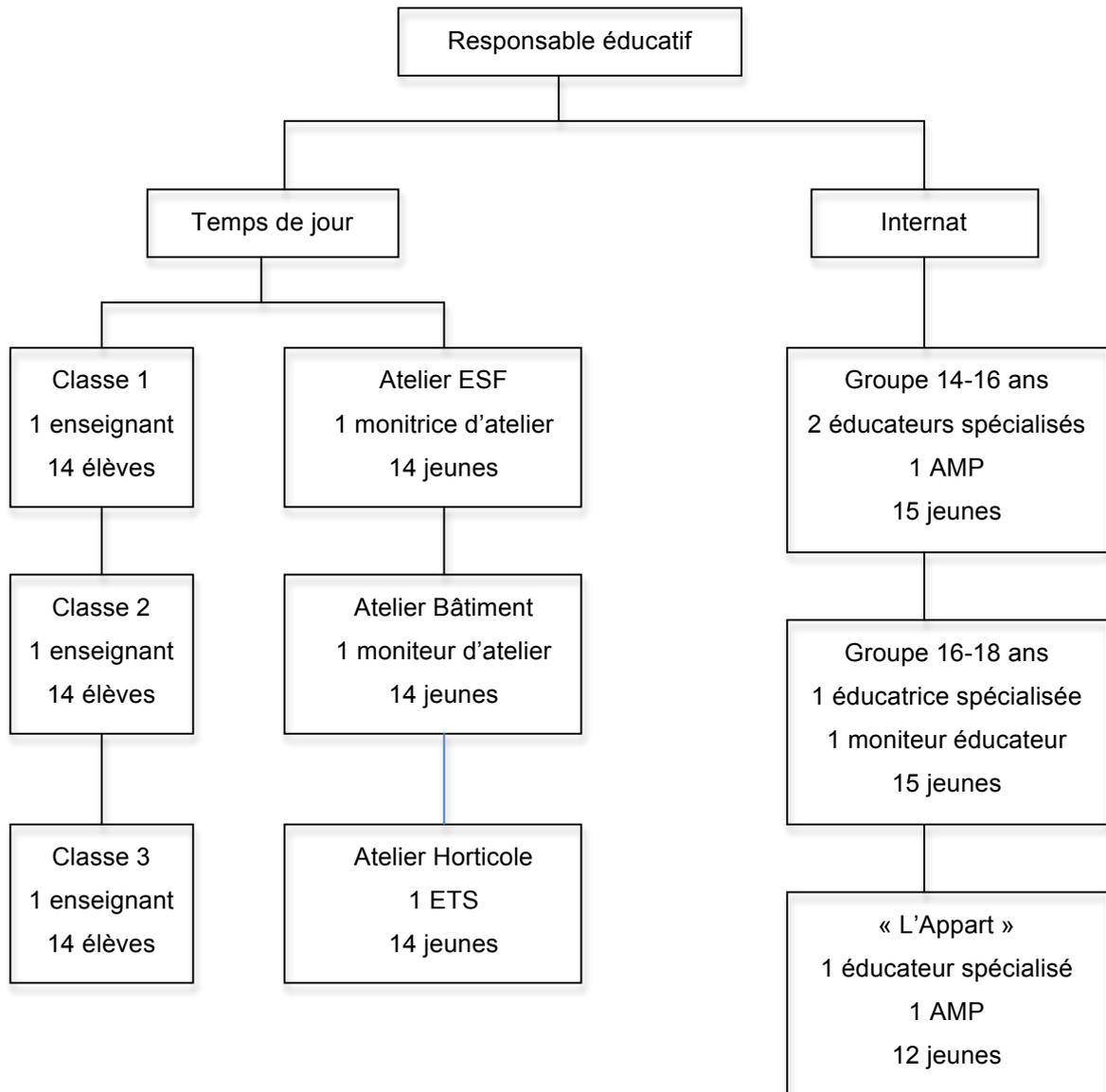
# ANNEXE N°3

## ORGANIGRAMME DE LA SEES APRÈS SEPTEMBRE 2012



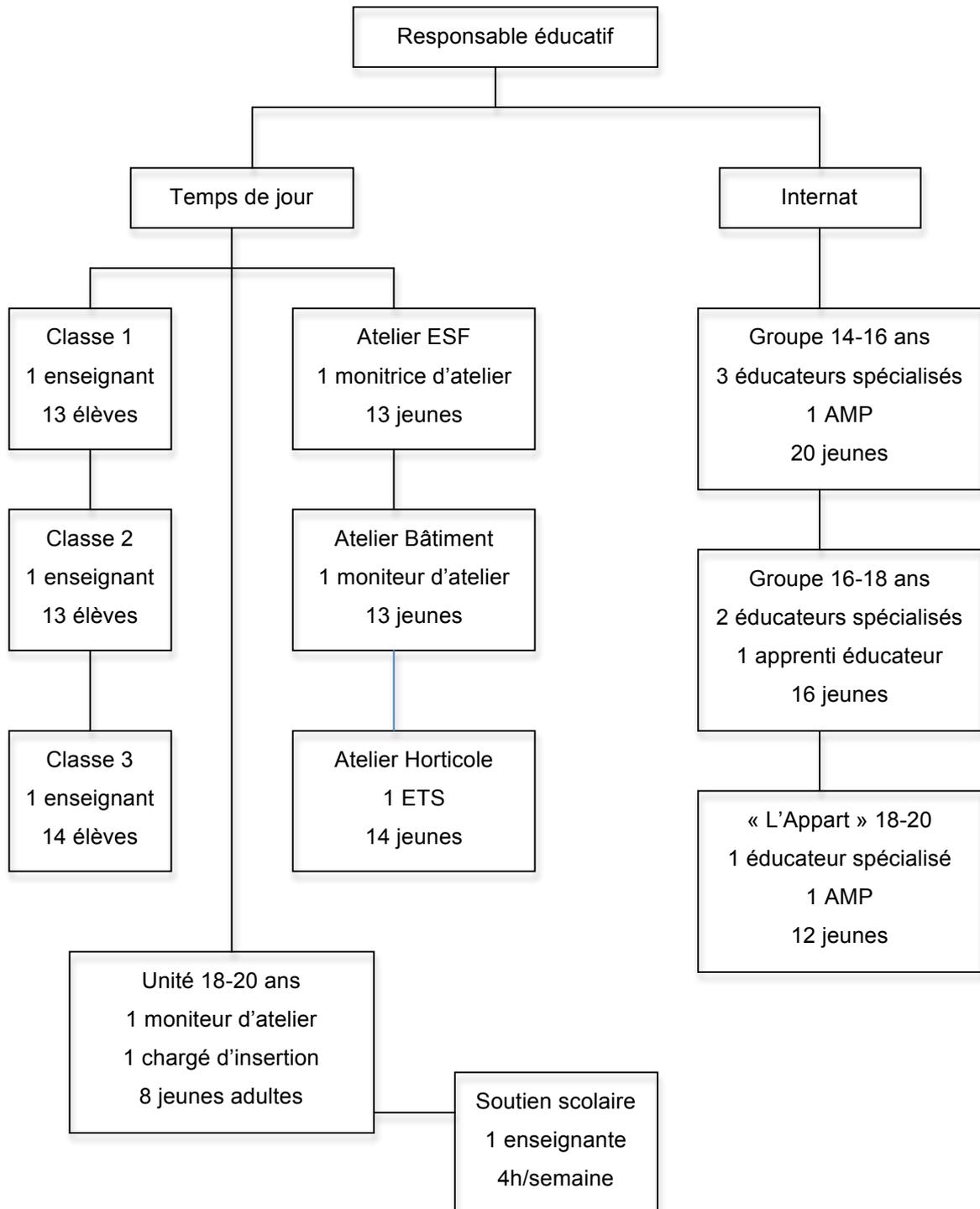
## ANNEXE N°4

### ORGANIGRAMME DE L'IPFP AVANT SEPTEMBRE 2012



## ANNEXE N°5

### ORGANIGRAMME DE L'IPFP APRÈS SEPTEMBRE 2012



## ANNEXE N°6

### FICHES ACTION DU CPOM

Fiche action spécifique IME La Garenne
<p>Offre de service dans l'Orne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revoir la répartition des places internat/semi internat</li> <li>- Extension de l'agrément de 18 à 20 ans, à capacité égale</li> <li>- Mise en place d'une unité d'accompagnement adaptée aux enfants présentant une problématique qui ne leur permet pas un accès aux soutiens ordinaires proposés par l'IME</li> </ul>

Fiches communes aux 3 établissements de Basse Normandie	
Fiche	Objet
Fiche A	S'engager dans une démarche d'évaluation interne, puis d'une évaluation externe
Fiche B	Révision des projets d'établissement
Fiche C	Harmonisation des outils de la loi n°2002-2, des décrets d'application et des documents de communication (enquêtes de satisfaction, rapports d'activité, ...) – avec charte graphique commune

Fiche D	Plan formalisé de promotion de la Bienveillance – conformément à la circulaire n° DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 qui précise que « tout acte de maltraitance est intolérable, d'autant plus s'il est exercé sur une personne fragile (personne handicapée) qui ne dispose pas nécessairement de la possibilité de se défendre ou de le dénoncer »
Fiche E	Organisation du travail autour de l'analyse des pratiques
Fiche F	Développement du suivi des jeunes après la sortie
Fiche G Pilotée par la direction générale	<p>Mettre en place un Schéma Directeur des ressources Humaines pour la période 2011-2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="416 958 1369 1111">- 1<sup>er</sup> Axe : Mettre en place une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences</li> <li data-bbox="416 1111 1369 1263">- 2<sup>ème</sup> Axe : Mettre en place une politique active de recrutement en lien avec la GPEC</li> <li data-bbox="416 1263 1369 1368">- 3<sup>ème</sup> Axe : Renforcer la formation professionnelle</li> <li data-bbox="416 1368 1369 1520">- 4<sup>ème</sup> Axe : Redéfinir les entretiens annuels d'évaluation et d'accompagnement</li> <li data-bbox="416 1520 1369 1626">- 5<sup>ème</sup> Axe : Travailler sur les risques psychosociaux</li> <li data-bbox="416 1626 1369 1724">- 6<sup>ème</sup> Axe : Réduire l'absentéisme</li> </ul>

# ANNEXE N°7

## ORGANIGRAMME GÉNÉRAL DE L'IME LE GARENNE

