

**CONCEVOIR L'ORGANISATION DU POLE HANDICAP  
D'UNE ASSOCIATION DE SAUVEGARDE AFIN D'AMELIORER  
LES MODES D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS**

*Sandra SCHOULER*

2015



---

# Remerciements

---

J'adresse mes remerciements les plus sincères :

A Dominique ZIMMERMANN pour avoir accepté de diriger ce mémoire, et pour m'avoir accompagnée tout au long de son élaboration et de son écriture.

A Didier TOLLE, Préfigurateur du Pôle Handicap du CMSEA et Stéphane ROGNON, Directeur de l'IMPro La Horgne, pour leurs précieux conseils, le temps consacré à la relecture de ce mémoire, le partage d'expériences, et leur écoute.

A toutes les personnes du secteur médico-social et du secteur sanitaire, qui ont participé à la construction de ce mémoire et enrichi mon parcours professionnel.

Plus particulièrement Messieurs Hubert DOLLEN Directeur Général du CMSEA de 2002 à 2012, Olivier ROMAIN actuel Directeur Général et Abdellali FAHIME Directeur Général Adjoint, Gérard SAUTRE et Xavier MARLIN Universitaires, Alexandre HORRACH Directeur Général et Gatien BEAUMONT Directeur Général Adjoint de l'AEIM en Meurthe et Moselle, et Madame Sophie SIEGRIST médecin référent à l'ARS de Lorraine.

Merci pour leur accueil, leur disponibilité et les entretiens qu'ils m'ont accordés.

A l'ensemble des salariés de l'IMP Espérance, et aux collègues de la Promotion « Phronésis ».

A tous mes proches et amis,

Et plus spécialement mes parents pour leur appui et leurs encouragements ; mon père relecteur assidu, patient et avisé.

Mes enfants, Emmanuelle, Marie, Nicolas et Sébastien qui m'ont laissé chacun à leur manière, le temps et la disponibilité nécessaire pour l'écriture de ce mémoire.

A Fabien, soutien inconditionnel pendant ces 30 mois de formation.



*« Si tu veux construire un bateau, ne rassemble pas tes hommes et femmes pour leur donner des ordres, pour expliquer chaque détail, pour leur dire où trouver chaque chose... Si tu veux construire un bateau, fais naître dans le cœur de tes hommes et femmes le désir de la mer. »*

Antoine de Saint Exupéry, d'après « La Citadelle » 1948



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Solidarité, Sauvegarde, Statut de l'utilisateur et Structuration en pôle .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Des formes de la solidarité à la protection de l'enfance et à la création des Sauvegardes .....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Une idée de la solidarité, de l'Antiquité à la fin du XIXe Siècle .....	4
1.1.2 Un focus sur les problèmes de l'enfance à partir du milieu du XIXème siècle...	6
1.1.3 Et un texte fondateur : l'ordonnance du 2 février 1945 .....	6
1.1.4 La création des Associations Régionales de Sauvegarde (ARSEA) .....	7
<b>1.2 Les premiers pas du CMSEA .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 De la Section au Comité .....	9
1.2.2 Le mouvement associatif en marche .....	10
1.2.3 La création des CREAI .....	11
1.2.4 Le CMSEA est rattachée au CREAI de Lorraine en 1964 .....	12
1.2.5 Les formes possibles de la gouvernance associative .....	12
<b>1.3 Le CMSEA : 65 ans d'adaptation aux politiques publiques et de développement .....</b>	<b>14</b>
1.3.1 L'évolution des politiques publiques, des associations et de l'accompagnement de l'utilisateur .....	14
1.3.2 Le développement des 5 secteurs d'activités, dont la déficience intellectuelle, au CMSEA .....	23
<b>1.4 Le choix du CMSEA d'une structuration par pôles .....</b>	<b>27</b>
1.4.1 Pôles par catégorie d'utilisateurs .....	27
1.4.2 « Photographie » du CMSEA en juin 2015 .....	27
<b>2 Un morcellement des parcours et des connexions à établir .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 14 établissements et services destinés à constituer le pôle .....</b>	<b>29</b>
2.1.1 Les prémices du pôle handicap : le secteur déficience moins de 20 ans .....	30
2.1.2 Le secteur ESAT .....	36
2.1.3 Le secteur Hébergement et Vie Sociale .....	40
<b>2.2 Synthèse et enjeux du pôle .....</b>	<b>43</b>
<b>2.3 Apports théoriques de la sociologie des organisations .....</b>	<b>45</b>
2.3.1 L'organisation : se coordonner ensemble dans un but à visée collective .....	45

2.3.2	L'approche descriptive et analytique de Mintzberg.....	46
2.3.3	L'analyse stratégique et systémique de Crozier et Friedberg : une vision dynamique du fonctionnement des organisations. ....	51
<b>2.4</b>	<b>Apport pratique : le secteur du sanitaire.....</b>	<b>53</b>
2.4.1	La structuration d'un pôle d'activité .....	53
2.4.2	Les objectifs de cette organisation polaire .....	54
2.4.3	Des enseignements à tirer d'un processus encore inachevé.....	55
<b>3</b>	<b>D'une logique d'établissements à une logique de pôle .....</b>	<b>58</b>
<b>3.1</b>	<b>La stratégie de management à adopter pour concevoir le pôle .....</b>	<b>59</b>
3.1.1	Le respect des fondamentaux du pôle handicap .....	59
3.1.2	La stratégie managériale pour accompagner le changement.....	60
3.1.3	Dispositif de pilotage et conception d'un organigramme de pôle .....	65
<b>3.2</b>	<b>L'ambition du pôle : l'intérêt supérieur de l'utilisateur .....</b>	<b>74</b>
3.2.1	Le projet de pôle versant accompagnement des usagers .....	74
3.2.2	Inscription sur le territoire mosellan et au-delà .....	75
3.2.3	Les finances.....	76
<b>3.3</b>	<b>La déclinaison de modalités à mettre en place.....</b>	<b>77</b>
3.3.1	Des outils.....	77
3.3.2	Diversification de l'offre pour répondre à de nouveaux besoins non couverts sur le territoire .....	80
3.3.3	Evaluation du projet .....	83
	<b>Conclusion.....</b>	<b>85</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>87</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>93</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AEIM	Adultes et Enfants Inadaptés de Meurthe et Moselle
AAP	Appel A Projet
ADAPEI	Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inaptes souvent déclinée ainsi : Association départementale des parents et amis de personnes handicapées mentales
AG	Assemblée Générale
ALPERI	Association Lyonnaise de Parents d'Enfants Retardés et Inadaptés
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
ARSEA	Association Régionale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence
ART	Atelier de Remise au Travail
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CA	Conseil d'Administration
CAFDES	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale
CAFERUIS	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
CCNT	Convention Collective Nationale de Travail
CD	Conseil Départemental
CDAPH	Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDES	Commission Départementale de l'Education Spéciale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CRA	Centre de Recherche Autistique
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel
CMSEA	Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et de l'Adulte
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrats Pluri annuels d'Objectifs et de Moyens
CRA	Centre de Recherche Autistique
CREAI	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées
CREPIS	Carrefour de Ressources et d'Entreprises Pour l'Intégration Sociale
CROUS	Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires

CVS	Conseil de la Vie Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DASSP	Direction de l'Accès à la Santé et des Soins de Proximité
DIMOT	Dispositif d'Insertion en Milieu Ouvert de Travail
DRIRE	Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
DPJJ	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EN	Education Nationale
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS	Etablissement Public de Santé
ESAT	Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements et Services sociaux et Médico-Sociaux
ETP	Equivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FAS	Foyer d'Accueil Spécialisé
FAPP	Foyer Appartements
FESAT	Foyer d'ESAT
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HPST	Hôpital Patients Santé et Territoires
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IME	Institut Médico Educatif
IMP	Institut Médico Pédagogique (autre usage SEES) <sup>1</sup>
IMPro	Institut Médico Professionnel (autre usage SIPP) <sup>2</sup>
IRTS	Institut Régional du Travail Social
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finances
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MOT	Milieu Ordinaire de Travail
PAQ	Programme d'Amélioration de la Qualité
PDG	Président Directeur Général
PH	Personnes Handicapées
PHV	Personnes Handicapées Vieillissantes

---

<sup>1</sup> Les dénominations des secteurs IMP et IMPro ont été remplacées par les SEES et SIPP avec l'Annexe XXIV du décret n°89-798 du 27 octobre 1989. Cependant ces anciennes appellations sont toujours usitées dans le domaine d'intervention ayant servi pour la réalisation de ce mémoire. De ce fait, afin d'être conforme à la réalité du terrain ce sont ces termes qui seront employés ici.

<sup>2</sup> Ibidem 1

PIA	Projet Individualisé d'Accompagnement
PPI	Programme Pluriannuel des Investissements
PPS	Projet Personnalisé de Scolarisation
PRS	Programme Régional de Santé
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
RBPP	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
SAFT	Service d'Accueil Familial Thérapeutique
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SEES	Sections d'Education et d'Enseignement Spécialisé (autre usage IMP)
SEITA	Société d'Exploitation Industrielle des Tabacs et Allumettes
SEMNI	Service d'Education en Milieu Naturel
SERAD	Service Educatif Renforcé A Domicile
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SIPP	Section d'Initiation et de Première formation Professionnelle (autre usage IMPro)
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SST	Santé Sécurité au Travail
SWOT	Strengths (forces) Weaknesses (faiblesses) Opportunities (opportunités) Threats (menaces)
TSA	Troubles du Spectre Autistique
TED	Troubles Envahissants du Développement
TTC	Troubles du Comportement et des Conduites
UE	Unité d'Enseignement
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés devenue : Union Nationale des Associations de Parents, de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis
UNIOPSS	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux



## Introduction

« Ancrer l'homme au cœur de la définition et de la mise en œuvre des politiques sociales ». Tel est le sous-titre du projet associatif du Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes (CMSEA)<sup>3</sup>, rédigé par son Directeur Général Adjoint en 1995.

Cette phrase visionnaire préfigure les changements qui vont s'opérer en France dans le secteur sanitaire et social durant la première décennie du 21<sup>ème</sup> siècle au travers de nombreuses orientations législatives et organisationnelles : la loi organique relative aux lois de finances du 1<sup>er</sup> août 2001 (LOLF), la loi du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale, la loi du 17 janvier 2002 sur la modernisation sociale, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, l'ensemble des directives sur la planification médico-sociale, l'incitation aux diverses formes d'organisation entre établissements à travers les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), la mutualisation des moyens ou la fusion-absorption, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) de 2009 et la création des Agences Régionales de Santé (ARS) ainsi que de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ....

Jusqu'au début des années 2010, la plupart des associations dites d'utilité sociale gèrent des établissements et services médico-sociaux qui ont des budgets propres et qui fonctionnent de manières différentes et distinctes les uns des autres.

Certes il existe des orientations associatives, mais chaque structure dispose d'une réelle autonomie dans les choix opérés, aussi bien en direction des publics accueillis à l'occasion de la mise en place des outils de la loi 2002-2 (projet d'établissement, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, projet individualisé d'accompagnement...), qu'en direction des salariés dans le cadre de la politique managériale.

Avec cette réforme de fond engagée au début des années 2000, il s'agit de replacer l'utilisateur et sa famille au centre des pratiques et des dispositifs d'accompagnement et de repenser, dans le même temps, l'organisation des établissements qui composent ces associations. Une mutation des établissements et services est nécessaire afin de s'adapter à l'utilisateur qui évolue, lui permettre participation et implication dans les différents systèmes mis en place, tout en prenant en compte les réalités institutionnelles et les injonctions des différents organes de régulation, de tarification et de contrôle : ARS, Conseil Départemental, Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ).

---

<sup>3</sup> Association laïque, reconnue d'utilité publique, à but non lucratif, née en 1950

Professionnelle de l'action sociale depuis plus de 20 ans, je suis depuis 5 ans chef de service faisant fonction de Responsable d'un Institut Médico Educatif au sein du CMSEA. Cette association, composée d'une quarantaine<sup>4</sup> d'établissements et services et employant 1100 salariés, est aujourd'hui en phase de réorganisation et de structuration par pôles d'activités : pôle protection de l'enfance, pôle handicap (mental<sup>5</sup>), pôle inclusion sociale et pôle prévention spécialisée.

Associée à la création du pôle handicap (14 établissements et services), je fais dans mon mémoire professionnel, le choix de réfléchir à cette ingénierie de construction de pôle et me place dans la posture de la directrice missionnée par la direction générale pour concevoir ce pôle.

Le cadre étant posé, une problématique accompagne la construction de ce pôle :

**Comment adapter des pratiques, des outils, et des structures (qui pour certaines sont nées au milieu des années 1960) afin de répondre à l'évolution des problématiques de tous les usagers du secteur handicap (déficience intellectuelle) et de leurs droits ?**

Et autorise la question suivante :

**Quelle forme d'organisation du pôle handicap faut-il concevoir<sup>6</sup> et mettre en œuvre pour améliorer les modes d'accompagnement des usagers dans le respect des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) ?**

Pour permettre une réponse la plus juste possible à la problématique ainsi posée, ce mémoire est décomposé en trois parties.

La première partie est consacrée à l'origine des Sauvegardes en France, puis à l'étude de l'histoire du CMSEA, de sa naissance à aujourd'hui, en mettant cette chronologie en parallèle avec l'évolution des politiques publiques en France pendant cette période.

L'objectif est de comprendre les changements réalisés au CMSEA, son développement, son organisation et sa structuration en lien avec les grandes réformes, l'ensemble conduisant à une logique d'organisation en pôles, notamment le pôle handicap.

La seconde partie constituera en un diagnostic de l'organisation des différents établissements et services destinés à former ce pôle handicap. Elle présentera une analyse

---

<sup>4</sup> Rapport de gestion 2014 du CMSEA p2

<sup>5</sup> L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le handicap mental, ou déficience intellectuelle, comme « *un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales* ».

<sup>6</sup> Dans le sens d'« *élaborer quelque chose dans son esprit, en arranger les différents éléments et le réaliser ou le faire réaliser* » <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/concevoir>

des forces et des faiblesses des structures, des difficultés rencontrées et des obstacles à surmonter pour aboutir à un pôle dont les enjeux auront été identifiés.

Une présentation de quelques concepts issus de la sociologie des organisations ainsi qu'un regard posé sur la mise en place des pôles d'activités dans le secteur sanitaire, permettra d'avoir une vision élargie de la notion de pôle.

Ma réflexion me conduira ensuite à émettre l'hypothèse suivante :

**Compte tenu de l'évolution des politiques publiques, du contexte social et des personnes accueillies, le pôle handicap doit se concevoir et se construire de manière à adapter et à permettre l'amélioration des modes d'accompagnement des usagers.**

Il s'agit de rechercher une plus grande efficacité dans l'exercice de l'accompagnement des personnes pour progresser dans la prise en charge et la pertinence de celle-ci.

La troisième partie présentera les actions à mettre en œuvre à court, moyen et long terme tant au niveau managérial qu'organisationnel afin de valider mon hypothèse de départ.

Enfin, je proposerai des indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour permettre une évaluation fine de ce projet.

La conclusion générale élargira la problématique de départ en proposant des axes d'ouverture du projet et évoquera la question de la transversalité sur l'ensemble des pôles de l'association, en gardant en point de mire l'amélioration continue de la qualité du service rendu aux usagers.

# 1 Solidarité, Sauvegarde, Statut de l'utilisateur et Structuration en pôle

Le fil conducteur de cette première partie sera la structuration des associations de Sauvegarde, et plus précisément du CMSEA, et l'impact des politiques sociales publiques sur son évolution.

Un regard sur le passé permet de mieux en comprendre le sens, les réalités d'aujourd'hui, et ainsi préparer sereinement l'avenir<sup>7</sup>.

Pour un directeur, connaître l'histoire de son association dans laquelle s'inscrit le ou les établissements qu'il dirige, est un atout indéniable dans la mise en œuvre des projets.

C'est aussi un élément indispensable à la compréhension de ce qui se joue au sein des structures, entre les structures et au niveau des relations avec le siège associatif.

## 1.1 Des formes de la solidarité à la protection de l'enfance et à la création des Sauvegardes

Un détour rapide par l'histoire de l'évolution de nos sociétés est intéressant car il permet :

- de comprendre que, de tout temps, les hommes ont essayé de se regrouper par catégories, par affinités, pour s'entraider, précurseurs avant l'heure d'une forme possible de pôle.

- d'appréhender l'origine des associations dites « d'utilité sociale » et des Sauvegardes, ainsi que le poids de l'histoire qui portera sur les fonts baptismaux le CMSEA au début des années 1950.

### 1.1.1 Une idée de la solidarité, de l'Antiquité à la fin du XIXe Siècle

Sans remonter jusqu'à la préhistoire et les analyses de certains ethno-archéologues, on retrouve très tôt dans les récits des événements et faits passés, des exemples qui témoignent à la fois d'un mouvement conjoint de structuration des sociétés humaines et aussi de prise en compte de la nécessité d'organiser une **solidarité mécanique**<sup>8</sup>, voire de **fraternité** entre les individus.

Groupes de secours mutuel chez les égyptiens de l'Antiquité pendant la construction des pyramides, fermages collectifs en Babylonie, confréries romaines d'assistance et de sépulture, ateliers de chasseurs ou d'artisans dans l'ancienne Russie (les futurs kolkhozes dans les années 1920-1930) constituent ainsi des formes primitives d'associations

---

<sup>7</sup> Une présentation synthétique est développée sous la forme de frises temporelles dans l'annexe 4.

<sup>8</sup> La solidarité mécanique est une notion introduite par Émile Durkheim dans « De la division du travail social » (1893). Elle décrit un type de relation sociale caractéristique des sociétés primitives dans lesquelles les individus obéissent aux mêmes croyances, pressions du groupe, du collectif.

« mutualistes »<sup>9</sup>. Les compagnons du bâtiment, qui construisirent le Temple de Salomon à Jérusalem avaient mis en place un système d'entraide destiné à leurs pairs victimes d'accidents ou de maladies. Cette « solidarité de corps », d'une certaine façon déjà « catégorielle », réalisée par le compagnonnage et les corporations, se développe en Europe pendant tout le Moyen Âge et persiste en France jusqu'à la Révolution<sup>10</sup>.

Le Moyen Âge est marqué par l'essor du Christianisme et du devoir de charité et de secours que les hommes et femmes d'église s'obligent vis-à-vis des indigents : pour exemple, la création dès le VIIe siècle des premiers **Hôtel-Dieu**<sup>11</sup>.

La Révolution apporte son lot de paradoxes, la liberté d'association est considérée comme une menace pour les libertés individuelles, la loi Le Chapelier du 14 juin 1791 abolit les corporations de métiers, les organisations ouvrières, le compagnonnage et les mécanismes de solidarités.

A chaque époque de l'histoire, les associations, ou ce qui y ressemblait sous d'autres formes, ont eu leurs interdictions plus ou moins restrictives, mais elles ont démontré leur utilité pour la société tout entière. Leur fonctionnement et leur organisation étaient déjà centrés sur l'individu.

La solidarité peut alors être qualifiée **d'organique** (Emile Durkheim), caractérisée par la différenciation et l'individualisation, amenant à une complémentarité des rôles et des fonctions à l'intérieur du système social.

Le XIXe siècle voit émerger des institutions privées non lucratives comme l'Infirmierie Protestante (1844), la Fondation de Rothschild (1852) ou l'Association Léopold Bellan (1884, devenu une fondation en 1996), qui sont encore aujourd'hui des acteurs présents dans le domaine de la santé, et dans les secteurs social et médico-social.

A cette même période, apparaît l'expression « **État-providence** » à l'initiative de républicains français, qui souhaitent promouvoir un « État social » se préoccupant de l'intérêt de chaque citoyen, et par ricochet de l'intérêt général<sup>12</sup>.

Incontestablement l'État doit être présent pour ses concitoyens mais il a besoin de faire appel aux forces vives de la Nation, d'encourager et d'aider les initiatives privées.

Et cela, d'autant plus que des écrivains comme Victor Hugo ou Balzac, des hommes politiques tels qu'Alexis de Tocqueville et Alphonse de Lamartine, des magistrats ecclésiastiques, des médecins comme Louis René Villermé dénoncent la situation faite aux « laissés pour compte » : aliénés, déficients, arriérés mentaux, anormaux, enfants

---

<sup>9</sup> Le mutualisme dans son sens premier exprime la coopération. En économie, le mutualisme est un système associatif non lucratif de garantie sociale organisant la solidarité entre ses membres.

<sup>10</sup> 5 Mai 1789 ouverture des Etats Généraux - 9 nov. 1799 coup d'Etat de Napoléon Bonaparte

<sup>11</sup> L'hôtel-Dieu de Paris est le plus ancien hôpital de la capitale. Fondé en 651 par l'évêque parisien saint Landry, il fut le symbole de la charité et de l'hospitalité.

<sup>12</sup> Les objectifs sont : la protection sociale, l'assurance contre les risques et aléas de la vie et la solidarité impliquant l'égalité et la mise en place de systèmes d'aide sociale et de justice sociale.

abandonnés ou indigents, délinquants, d'une société bourgeoise et industrielle en pleine expansion.

### **1.1.2 Un focus sur les problèmes de l'enfance à partir du milieu du XIXème siècle**

Rappelées ci-dessus de manières parcellaires et succinctes, les transformations sociales que connaît la France à cette époque, vont aussi entraîner une **augmentation de la délinquance juvénile** et, en 1840, ce sont plus de deux mille<sup>13</sup> mineurs délinquants et/ou inadaptés de 16 ans qui sont incarcérés dans les prisons françaises, enfermement supposé éducatif, mais sans réelle garantie de respect d'une procédure bien définie.

Sous l'influence des législations étrangères sur l'enfance, **la loi du 22 juillet 1912** « Sur les tribunaux pour enfants et adolescents et sur la liberté surveillée » pose les grands principes qui organiseront à partir de cette époque le système juridique français.

Au milieu des années 1930, des décrets lois allègent les mesures de correction paternelle, organisent l'assistance éducative et dépenalisent le vagabondage au profit du placement rééducatif. Les derniers bagnes pour enfants ferment leurs portes.

La terminologie employée pour désigner les « délinquants, arriérés, débiles, déficients, l'enfance malheureuse, en danger moral, anormale » se modifient et on commence à parler des « inadaptés ».

Paradoxalement, c'est le régime de Vichy<sup>14</sup> qui fit les pas décisifs. La défaite, l'exode de 1940 avaient exacerbé les problèmes de l'enfance (enfants errants, familles disloquées, augmentation de la délinquance). On estimait alors à 90 000<sup>15</sup> le nombre d'enfants qui avaient besoin d'aide. Un arrêté du 25 juillet 1943 crée alors un « Comité Technique de l'enfance déficiente ou en danger moral ». Il a pour mission de définir une nomenclature et une classification des enfants (éducable, semi-éducable ou inéducable), une nomenclature des types d'établissements pour les accueillir et une nomenclature des personnels de la « rééducation ». La structuration d'un champ professionnel nouveau voit ainsi le jour.

Cette évolution est intéressante à mettre en lumière, car elle permet d'appréhender les origines des associations dites « de sauvegarde » et par ricochet du CMSEA.

### **1.1.3 Et un texte fondateur : l'ordonnance du 2 février 1945**

La loi du 27 juillet 1942 « relative à l'enfance délinquante »<sup>16</sup>, largement reprise par l'ordonnance du 2 février 1945, consacre une vraie rupture de traitement juridique des

---

<sup>13</sup> <http://www.enap.justice.fr/ressources/index.php>

<sup>14</sup> Régime politique dirigé par le maréchal Pétain, qui assure le gouvernement de la France du 10 juillet 1940 au 20 août 1944 pendant l'occupation

<sup>15</sup> RIOUX J-P., 1990, *L'exode, un pays à la dérive*, L'Histoire, n°129 et AZÉMA J-P., 1979 *De Munich à la Libération*, Paris, Editions du Seuil <http://www.cairn.info/zen.php>

<sup>16</sup> La loi n°683 du 27 juillet 1942 a été abrogée à la Libération et remplacée par les ordonnances des 2 février et 1er septembre 1945.

mineurs. L'ordonnance du 2 février 1945<sup>17</sup> ne concerne que des mineurs auxquels il est reproché la réalisation d'actes délictueux. Cependant, il s'agit d'un texte fondateur, car il pose le principe de la primauté de l'éducatif sur le répressif.

Il constitue la base d'un ensemble législatif et réglementaire **plaçant l'enfant au centre de l'intérêt que doit lui apporter une société démocratique.**

Cette ordonnance contribue à un changement des mentalités et à une ouverture de l'appareil judiciaire, perçu comme essentiellement répressif, sur une société en perpétuelle mutation. De coupable, l'enfant devient victime.

L'ordonnance prévoit ainsi la création de « Centres Régionaux d'Accueil, d'Observation et de Triage » au sein desquels les mineurs seront observés, testés et motivés avant d'être orientés vers un établissement d'éducation approprié à leur situation (Internat de Collège ou de Lycée, Internat de Centre d'Apprentissage, Home de semi-liberté).

Cette décision est importante car elle fondera la légitimité de l'ouverture d'un des premiers établissements du CMSEA.

#### 1.1.4 La création des Associations Régionales de Sauvegarde (ARSEA)

##### A) L'origine des ARSEA et ses missions

Dans le même temps, en 1944, les travaux du « Comité Technique de l'enfance déficiente ou en danger moral » aboutissent à la création dans dix régions pilotes, de services de **sauvegarde**<sup>18</sup> de l'enfance et de l'adolescence dénommées **Associations Régionales de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence** (ARSEA).

Ces associations sont placées sous la tutelle du Ministère de la Santé et du Ministère de la Justice. Composées pour un tiers de fonctionnaires, elles sont chargées de coordonner les réponses concernant la protection de l'enfance en région et ont pour missions : « **de spécialiser l'activité des établissements en fonction des publics et d'apporter une aide technique pour le développement des équipements** »<sup>19</sup> sans oublier de mettre en œuvre les centres d'observation et la formation des professionnels.

La situation est nouvelle : des associations de droit privé (associations privées, œuvres laïques ou confessionnelles) sont chargées de mettre en œuvre une politique publique.

Elles deviennent en quelque sorte des « prestataires » des pouvoirs publics. Et dans les Conseils d'Administration siègent, à côté de personnes privées, des représentants à des qualités, des ecclésiastiques, des représentants des pouvoirs publics comme le Recteur de

---

<sup>17</sup> MINISTERE DE LA JUSTICE, Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, version consolidée au 13 septembre 2015 disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

<sup>18</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sauvegarde> : nom féminin, de « sauf » et « garde », Préservation de quelqu'un ou de quelque chose, garantie de protection contre toute atteinte qui lui serait portée

<sup>19</sup> LOCHEN V., 2013, *Comprendre les politiques sociales*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, DUNOD, 437 pages, p 138

l'Académie, le Directeur de la Santé, le Directeur de la population, les magistrats de l'enfance.

Cette époque de reconstruction de la France permet de fédérer les énergies autour d'une volonté commune et de la mise en application de la politique volontariste de l'Etat. Des hommes et des femmes se mettent à chercher des réponses à la difficile situation d'enfants et de jeunes victimes de la guerre, déplacés, séparés de leurs parents ou orphelins, sans repère, en errance.

La distinction commence à se faire entre les enfants handicapés et les enfants connaissant des difficultés familiales ou sociales, encore regroupés sous le terme « d'enfance inadaptée ».

La définition du concept « sauvegarde »<sup>20</sup> des enfants et des adolescents prend alors tout son sens.

## B) L'application en Alsace-Moselle

### a) L'ARSEA de Strasbourg

Pour la région Alsace-Moselle, l'ARSEA de Strasbourg est créée le 6 mars 1946<sup>21</sup>. Elle regroupe trois départements : la Moselle, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin. La situation en Alsace-Moselle est particulière, marquée par l'héritage du passé (l'Annexion<sup>22</sup>), le maintien du Concordat et de la législation de Droit Local donnant plus de pouvoir et de responsabilité aux associations<sup>23</sup>.

La majorité des établissements est de nature confessionnelle et affiliée, selon leur appartenance, à l'une des trois fédérations : Fédération diocésaine des œuvres sociales et catholiques pour le diocèse de Strasbourg (Haut-Rhin et Bas-Rhin), Fédération des œuvres protestantes (Moselle et Alsace), Fédération des œuvres israélites (Haut-Rhin et Bas-Rhin). Le projet initial de l'ARSEA de Strasbourg est de créer des structures permettant de « *planifier le traitement et l'éducation d'enfants et d'adolescents inadaptés et en danger moral avec des lieux d'accueil et d'observation, ayant pour mission d'assurer, à partir d'un diagnostic complet des jeunes accueillis, leur orientation. (...) de spécialiser l'activité des établissements existants en distinguant les missions en fonction des publics : les enfants*

---

<sup>20</sup> Ibidem 18

<sup>21</sup> À l'initiative de Messieurs Schreyeck, Dr Le Guillant, et présidée par le Dr. Cayet médecin-inspecteur de la sécurité sociale

<sup>22</sup> L'Alsace et la Moselle, territoires du Saint-Empire romain germanique situés entre la Meuse et le Rhin, ont été annexés par le royaume de France entre le XVIème siècle et le XVIIIème siècle, puis ont fait l'objet d'un rattachement à l'Empire Allemand de 1871 à 1919, puis de 1940 à 1945 avant d'être rendus à la France.

<sup>23</sup> Une association ayant son siège social dans l'un des trois départements d'Alsace-Moselle ne relève pas de la loi du 1er juillet 1901 mais des articles 21 à 79-III du Code Civil Local entré en vigueur le 1er janvier 1900. La loi d'Empire allemand de 1908 sert parfois à dénommer improprement les associations de droit local.

*caractériels ou avec des troubles du comportement, les enfants avec retard psychomoteur et les enfants avec des affections psychiatriques.»<sup>24</sup>*

b) *La Section Mosellane de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence*

Pour la Moselle, l'**ARSEA de Strasbourg** crée en 1948 la « **Section Mosellane de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence** » à l'initiative et présidé par M. Jacques WEBER, Président de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de la Moselle. Cette section, sans personnalité juridique, sera composée de deux salariés (deux assistantes sociales) chargés auprès des Juges des enfants de Metz et Thionville de réaliser des enquêtes sociales et de personnalité<sup>25</sup>. Il s'agit des prémices du CMSEA.

Deux ans plus tard, la Moselle n'ayant pas de Centre d'Observation<sup>26</sup>, M.WEBER propose alors un bâtiment nouvellement acquis par la CAF disposant d'un grand parc dans la région messine, à Lorry-les-Metz.

C'est dans ce contexte que le CMSEA est porté sur les fonds baptismaux.

## **1.2 Les premiers pas du CMSEA**

### **1.2.1 De la Section au Comité**

Pour respecter les exigences du Conseil d'Administration de la CAF (l'association doit être mosellane de plein droit, bail annuel d'un franc symbolique), la Section Mosellane de l'ARSEA de Strasbourg devient **le 10 janvier 1950 le « Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence » association loi 1908<sup>27</sup>** dotée de sa propre personnalité morale et juridique avec M. WEBER en qualité de Président et est affilié à l'ARSEA.

C'est une association à but non lucratif et indépendante de toute structure confessionnelle ou idéologique.

Les premières décisions du Comité seront d'accepter de prendre en charge le Service Social créé en 1948 et chargé des enquêtes sociales et de personnalité, et de mettre en place l'organisation matérielle et humaine du « Centre d'Accueil, d'Observation et de Triage » de Lorry-Les-Metz. Ainsi, le premier secteur développé au CMSEA est celui « des troubles du comportement et des conduites sociales » conformément aux politiques publiques alors en vigueur, et a pour mission d'assurer le suivi d'enfants et d'adolescents réputés difficiles ou en danger confiés, par les autorités judiciaires ou administratives.

---

<sup>24</sup> Extrait du projet associatif de l'ARSEA 2010-2014 Historique page 6

<sup>25</sup> Dans les archives du CMSEA, on retrouve des enquêtes datant de 1946.

<sup>26</sup> Celui de la banlieue de Strasbourg « le Château d'Angleterre » est trop éloigné pour remplir correctement ses missions en Moselle.

<sup>27</sup> Ibidem 23

De 1952 à 1960, M.EHRARD Marc, **secrétaire général du Comité Mosellan** et Directeur du Centre d'Observation, parcourt le département afin d'aider les établissements à se spécialiser, à entreprendre les travaux nécessaires de rénovation et à conduire des actions de modernisation :

*« J'avais la tâche de promouvoir dans ces maisons des méthodes éducatives basées sur les besoins individuels des enfants et des adolescents. Il s'agissait de passer des pédagogies collectives et moralisantes d'avant-guerre, à **une éducation personnalisée** dans les groupes de vie, tout en amorçant le perfectionnement technique du personnel en place ».*<sup>28</sup>

Il s'agit d'une amorce des projets individualisés que l'on connaît aujourd'hui.

La politique du CMSEA va être de spécialiser les établissements selon les catégories et les troubles du comportement des enfants et ainsi de développer d'autres secteurs adaptés aux besoins.

**Le CMSEA se veut être alors le coordinateur de l'enfance inadaptée en Moselle.**

Le Comité Mosellan, précurseur des futurs observatoires, va ainsi réaliser une enquête<sup>29</sup> fin des années 1950 pour déterminer les besoins.

Le constat d'un manque de lieux d'accueil pour les délinquants ou prédélinquants relevant de la Justice amènera l'ouverture en février 1959 d'un home de semi-liberté pour 24 garçons à Faulquemont, à une quarantaine de kilomètres de Metz, dans un ancien hospice réaménagé.

### **1.2.2 Le mouvement associatif en marche**

C'est à cette même époque, fin des années 1940, que l'on assiste à la montée en puissance du mouvement associatif et populaire. En effet, jusque-là, la loi de juillet 1901 relative au contrat d'association n'avait pas provoqué de véritable engouement pour l'association. Les associations qui avaient vu le jour dans les années trente étaient principalement des associations politiques de gauche et de droite, féministes, pacifistes, des mouvements de jeunesse, de sports, ou de loisirs.

Sous l'impulsion d'associations de type loi 1901<sup>30</sup>, le secteur médico-social se développe enfin, se structure et se professionnalise de manière très importante

---

<sup>28</sup> Les Colonnes de l'EPSOS n°40-41 Mai-Juin 1997, *Archives et Histoire de l'Enfance inadaptée en Moselle 1940-1960*, Propos de Marc EHRARD page 9

<sup>29</sup> 1<sup>ère</sup> enquête entre 1957 et 1960 qui démontre que malgré les moyens engagés par les ARSEA : - on manque de places dans les établissements spécialisés ou bien elles sont inappropriées au public visé (jeunes filles fragilisées) - le clergé est débordé et demande que les laïcs « prennent le relais » - il y a une absence d'écoles d'éducateurs en Moselle

<sup>30</sup> Association à but non lucratif qui relève de la loi du 1er juillet 1901 mise en place par Waldeck-Rousseau et du décret du 16 août 1901.

En 1947, alors que la France met en place un grand système de sécurité sociale, le secteur associatif rassemblant des œuvres privées (principalement confessionnelles) crée l'Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS)<sup>31</sup> fédération d'œuvres qui vient concurrencer les ARSEA sur la partie du conseil technique auprès des œuvres confessionnelles ou neutres qui y adhèrent.

De même, « en 1948, dans le département du Rhône est créée la première association de parents d'enfants handicapés mentaux, l'Association Lyonnaise de Parents d'Enfants Retardés et Inadaptés (ALPERI) future Association départementale des amis et parents d'enfants inaptes (ADAPEI) du Rhône. **Toujours dans le domaine du handicap**, de nombreuses autres associations suivront, regroupées en 1960 au sein de l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis (UNAPEI). »<sup>32</sup>

### 1.2.3 La création des CREAI

Au niveau de l'Etat, le Ministère de la Santé Publique et de la Population décide de généraliser l'expérience jugée positive des ARSEA.

Un arrêté du 22 mai 1962 modifie les statuts, notamment les modalités du contrôle administratif et financier, et un arrêté du 22 janvier 1964 institue un Centre Technique National pour l'Enfance et l'Adolescence inadaptées ainsi que dans chaque région un Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (CREAI)<sup>33</sup>.

Il lui fixe trois missions :

- l'animation du réseau associatif
- l'aide technique aux établissements
- la gestion directe d'établissements et de services.

C'est pour l'ARSEA de Strasbourg l'officialisation de la mission qu'elle exerçait déjà dans la coordination et l'adaptation des établissements et services à l'évolution des besoins. Elle change donc de dénomination et devient le CREAI pour la région Alsace.

---

<sup>31</sup> <http://www.uniopss.asso.fr/section/union> en 2014 : 23 URIOPSS (Unions régionales) et plus de 100 fédérations, unions et associations nationales, l'UNIOPSS regroupe 25.000 établissements et services du monde de la solidarité et compte 750.000 salariés

<sup>32</sup> LOCHEN V., 2013, *Comprendre les politiques sociales*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, DUNOD, 437 pages, p 183

<sup>33</sup> Une note de service interministérielle du 13 janvier 1984 élargira les missions des CREAI aux adultes et aux problèmes sociaux et supprimera la possibilité pour les CREAI de gérer des établissements.

### 1.2.4 Le CMSEA est rattachée au CREAI de Lorraine en 1964

Le début des années 1960 connaît une réorganisation des régions : la Moselle<sup>34</sup> est séparée administrativement de l'Alsace pour venir former la région Lorraine avec les départements de Meurthe et Moselle, de la Meuse et des Vosges. De ce fait, le Comité Mosellan est rattaché au CREAI de Lorraine en 1964. **Ceci va bouleverser son organisation.**

Marc EHRARD commente dans les Colonnes de l'EPSOS<sup>35</sup> :

« *De coordinateur institutionnel, n'assurant que des gestions à titre subsidiaire, le Comité Mosellan allait être chargé principalement par l'autorité publique, de la création et de la gestion de structures nouvelles. (...) Ce qui l'obligera à se positionner différemment par rapport aux autres associations du secteur des inadaptés en Moselle (...) Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (...), UNAPEI.*»<sup>36</sup>

Marc EHRARD évoque ainsi des distinctions à opérer entre les types d'associations existantes et leurs modes de gouvernance.

### 1.2.5 Les formes possibles de la gouvernance associative

#### A) Une définition du « bien gouverner »

Initialement utilisé pour désigner la façon dont un gouvernement exerce son autorité économique, politique et administrative et gère les ressources d'un pays en vue de son développement, le concept de "gouvernance" a ensuite été étendu à la gestion des entreprises puis au monde associatif.

Il désigne l'ensemble des mesures, règles, organes de décision, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement et le contrôle d'une institution, de l'organisation d'une ou plusieurs structures.

Quatre principes fondamentaux sont essentiels : la responsabilité, l'état de droit, la transparence et la participation.

Nous retiendrons ici le terme de « gouvernance » comme le système de pilotage et d'organisation des pouvoirs de l'association qui définit les modes de régulation et les formes de rapports existants entre tous les acteurs impliqués dans les décisions au sommet de la hiérarchie, à savoir le Conseil d'Administration (CA) instance décisionnelle, l'Assemblée

---

<sup>34</sup> Après la Seconde Guerre mondiale et la fin de l'annexion nazie de l'Alsace-Moselle, le département de la Moselle était resté attaché administrativement aux deux départements alsaciens : le Haut Rhin et le Bas Rhin.

<sup>35</sup> Depuis sa création en 1964, le CREAI de Lorraine édite un bulletin régional de liaison dénommé *Informations techniques*. Interrompue en 1990, sa publication a repris 1993 sous le nom *Les Colonnes d'EPSOS, l'Espace Social en mouvement*.

<sup>36</sup> Les Colonnes de l'EPSOS n°40-41 Mai-Juin 1997, *Archives et Histoire de l'Enfance inadaptée en Moselle 1940-1960*, Propos de Marc EHRARD p11

Générale (AG) des adhérents<sup>37</sup> instance de contrôle, le Bureau instance exécutive et la Direction générale (DG).

#### B) Trois grands types de gouvernance possibles<sup>38</sup>

On peut distinguer sommairement la gouvernance au sein :

**Des associations de « parents »** : associations de parents ou d'usagers, type UNAPEI ou ADAPEI qui présentent plutôt une AG très large (avec obligation d'adhérer), un CA réduit, un bureau, un Président ou un « Président-Directeur Général »<sup>39</sup> et une DG.

Il s'agit d'une gouvernance autour de l'intérêt des membres (le handicap de leur enfant par exemple) avec un bénévolat et un militantisme important.

**Des associations « professionnelles »** : dont la gouvernance est assurée par des professionnels (travailleurs sociaux, intervenants extérieurs...) en exercice ou retraités. La gouvernance s'organise autour de la compétence des membres du CA. Les décisions étant prises par un « Président-Directeur Général »<sup>40</sup>.

#### **Des Associations de « sauvegardes »**

Les fondateurs et les administrateurs de ce type d'association n'ont aucun intérêt direct dans l'objet de leur association : celle-ci ne leur rend aucun service, ni à eux, ni à des proches, mais ils souhaitent faire avancer au bénéfice d'autrui et de la société une idée citoyenne du « mieux vivre ensemble », d'un projet pour tous. Il s'agit d'une logique publique<sup>41</sup>. Au CMSEA, **plusieurs présidents ou directeurs ont eu personnellement des enfants déficients intellectuels**. Pour autant ils ont quasiment toujours fait le choix de les confier à d'autres associations (associations de parents).

Dans les « sauvegardes classiques » les rapports de gouvernance sont marqués ainsi : une AG étroite (20 à 30 personnes), un CA large (15 personnes) et un Bureau opérationnel (3 personnes). Selon la taille et le nombre d'établissements, on peut y trouver ou non une Direction Générale. En cas d'établissement unique, le directeur d'établissement joue ce rôle.

Ceci ne s'applique pas de la sorte au CMSEA. En effet, **au milieu des années 60, le CMSEA fera le choix de répondre à des besoins en prenant en charge des déficients intellectuels** et donc d'accueillir des adhérents supplémentaires, élargissant ainsi la base

---

<sup>37</sup> Parents et amis, membres actifs et professionnels

<sup>38</sup> Propositions extraites d'un document interne du CMSEA rédigé par le DG Hubert DOLLEN en décembre 2011 « Notes sur le recrutement du nouveau DG » à l'attention du CA.

<sup>39</sup> Cas de certaines associations dont le Président est considéré comme le Directeur général même lorsqu'il existe un cadre dirigeant ayant ce statut professionnel. Dans les faits, la totalité du pouvoir est assuré par un homme seul, le Directeur général ne jouant qu'un rôle de secrétaire administratif chargé de mettre en œuvre les décisions du « P-DG ».

<sup>40</sup> Pour exemple, en Moselle, le Comité départemental de Prévention en Alcoologie et Addictologie (CDPA) : les administrateurs sont des médecins, des infirmiers, des professionnels des caisses de sécurité sociale, des éducateurs, et des directeurs d'association encore en fonction ou retraités.

<sup>41</sup> Mobilisation républicaine sur des causes d'intérêt général et/ou d'utilité publique.

de son AG. Toutefois, la précaution sera prise de conserver les principes d'une sauvegarde, à savoir que les statuts limitent le pouvoir des adhérents « usagers » ou de leurs parents et amis, pour laisser la majorité aux membres auxquels l'association ne rend pas directement service.

### **1.3 Le CMSEA : 65 ans d'adaptation aux politiques publiques et de développement**

De petite association dans les années 1950 avec un seul secteur d'activité (la protection de l'enfance), composée de deux établissements, deux services et de quelques dizaines de salariés, le Comité Mosellan va connaître en six décennies une croissance exponentielle. Le rapport de gestion 2014 présenté à l'AG le 28 mai 2015 recense 40 établissements et services, 65 budgets, décline l'ensemble des activités en 4 pôles (la protection de l'enfance, la déficience intellectuelle, l'inclusion sociale et la prévention spécialisée), dénombre 1094 salariés<sup>42</sup>, 258 travailleurs handicapés dans les 4 établissements et services d'aide par le travail (ESAT) de l'association et 72 bénévoles. La situation financière de l'association est saine et solide.

Les constats, remarques et suggestions des travailleurs sociaux sur le terrain, les réflexions philosophiques, sociales, politiques des cadres de l'association et du Conseil d'Administration, ainsi que les évolutions des politiques publiques, les faits politiques et économiques, vont amener cette structuration, diversification et extension des activités du CMSEA en secteurs d'activités puis en pôles.

Il est pertinent de se pencher dans un premier temps sur les grandes étapes qui ont jalonné l'histoire des associations, des politiques publiques et des institutions sociales de 1945 à nos jours.

**J'insisterai plus particulièrement sur les textes juridiques ayant impacté le secteur du handicap, objet premier de ce mémoire.**

Il sera ensuite possible de mettre en parallèle cette évolution avec les secteurs d'activités mis en place au CMSEA au cours de ces six décennies.

#### **1.3.1 L'évolution des politiques publiques, des associations et de l'accompagnement de l'utilisateur**

##### **A) De 1945 à 1973 : les Trente Glorieuses**

Comme évoqué ci-avant avec la création des CREAI, on assiste dans les années d'après-guerre, à la montée en puissance du mouvement associatif et du mouvement populaire. Les deux vont permettre que l'action sociale se structure et se fasse reconnaître en tant qu'institution.

---

<sup>42</sup> Représentant 883 Equivalents Temps Pleins (ETP)

**Les directeurs sont alors des pionniers militants** et le CMSEA n'échappe pas à cette évolution.

La société est une société de travail et l'ascenseur social tourne à plein régime. C'est l'époque du « baby-boom », des Trente Glorieuses, synonyme de dynamisme économique, de féminisation du travail et de l'émergence de l'état social<sup>43</sup>.

**L'Etat** dirige l'économie, assure les transferts sociaux, domine la société civile fortement appuyé dans ce travail par les syndicats, les partis politiques et des groupes de pression. Il **délègue aux associations** de multiples activités (éducation, enseignement, jeunesse, loisir, action sociale et médico-sociale, santé, habitat ...) et leur accorde des pouvoirs spécifiques, les habilite, et les dote de subventions.

*« On peut parler alors de véritable utilité publique des associations qui remplissent une fonction de service public, développant de vraies compétences, mais en même temps elles font l'objet d'une instrumentalisation qui ira croissante au fil du temps (...) »<sup>44</sup>.*

Les associations, devenues légitimes, soulignent les lacunes des pouvoirs publics et expriment les attentes de l'opinion : problématiques nouvellement créées par l'évolution des conditions de vie et de pensées mais aussi par la dégradation des situations de certains (Appel de l'Hiver 54 de l'Abbé Pierre par exemple).

C'est une période où se construit « l'idéologie associative » : les associations sont un moteur de changement et d'amélioration. Elles instruisent la demande sociale auprès des pouvoirs publics.

**Concernant les politiques sociales**, avec le décret de novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance, l'aide sociale se substitue à l'assistance publique. Les aides financières instituées par l'assistance sont complétées par une intervention éducative, conduite par des travailleurs sociaux.

Les premiers textes et décrets organisant le secteur médico-social se mettent en place et prévoient, notamment en mars 1956, dans leurs annexes les conditions d'agrément des établissements médicaux sociaux destinés aux enfants et adolescents handicapés : les Instituts Médico Pédagogiques de 3 à 14 ans (IMP) et les Instituts Médico Professionnels de 14 à 20 (IMPros)<sup>45</sup>, regroupés sous le vocable IME : Institut Médico Educatif.

Pour la première fois le terme de « travailleur handicapé » est employé dans la loi du 23 septembre 1957 sur le reclassement professionnel et une définition du travail protégé est

---

<sup>43</sup> Concept développé par le sociologue Robert Castel (1933-2013) qui énonce que l'état social signifie la protection de tous par la propriété sociale c'est-à-dire qui appartient à l'ensemble d'une communauté et non à un particulier et servirait à assurer la sécurité des membres de toute la communauté.

<sup>44</sup> Cours de Politiques Publiques, CAFDES IRTS de Lorraine, D. BENOIT, Novembre 2013

<sup>45</sup> Annexe XXIV du décret n° 56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié, fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux. Les annexes XXIV bis, ter et quater compléteront en 1967 et 1970 le champ institutionnel en prenant en compte l'ensemble des types de handicaps (Infirmités Moteurs Cérébraux, handicaps moteurs, handicaps sensoriels).

énoncée. En 1954, les premiers Centres d'Aide par le Travail (CAT) avaient été créés pour s'occuper professionnellement des jeunes adultes de 18 à 20 ans issus des IMPro dans une logique de continuité institutionnelle.

En 1967, le rapport Bloch-Lainé : « Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées » donne une première définition du handicap mental. Il ouvre aussi la voie au texte d'orientation de 1975 année phare de l'évolution de la notion de handicap. C'est durant cette période que sont créés les premiers établissements pour personnes handicapées du CMSEA : CAT, IMPro et IMP.

B) Du premier choc pétrolier en 1973 à la décentralisation : l'apogée de l'Etat social  
Dans les années 1970, l'interventionnisme de l'Etat est vigoureusement remis en cause. L'Etat devient un Etat régulateur qui intervient désormais indirectement, en interaction avec d'autres acteurs, et ne fait plus tout lui-même.

La mutation économique se dessine et on se dirige vers une modification du profil du marché du travail. On assiste à une montée de l'individualisme. Le phénomène de l'exclusion et l'augmentation du taux du chômage commencent à être observés.

Face à la crise économique mondiale de 1974 qui révèle les faiblesses de l'économie française, l'Etat essaye de lutter simultanément contre le chômage et l'inflation, et de mettre en œuvre des politiques d'adaptation aux contraintes de la construction européenne et de la mondialisation. Il structure dans le même temps les institutions et les professions sociales. Le secteur associatif gère alors 87%<sup>46</sup> des institutions.

Jusqu'en 1975, à l'exception des Instituts Médico Educatifs, aucune autorisation n'était nécessaire pour créer un équipement à caractère social, seule une déclaration prévue par la loi du 24 décembre 1971<sup>47</sup> était requise.

### **Deux lois d'orientation vont marquer de leur empreinte le 30 juin 1975 :**

La première loi, relative aux droits des personnes handicapées<sup>48</sup>, est encore aujourd'hui une référence dans le domaine de l'intégration des personnes handicapées avec, pour la première fois, une définition de leurs droits fondamentaux : le droit au travail, le droit à une garantie minimum de ressources par le biais de prestations et le droit à l'intégration scolaire et sociale. Cette loi synthétise toutes les lois émises depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle dans le domaine du handicap.

Deux commissions sont créées : la Commission Départementale de l'Education Spéciale (CDES) pour les enfants et adolescents qui a pour mission de proposer la meilleure orientation possible pour la personne en situation de handicap et la Commission Technique

---

<sup>46</sup> Cours de Droit Public et Politiques Publiques, D.ZIMMERMAN, 16/09/2002 p1

<sup>47</sup> Loi n°71-1050 du 24 décembre 1971 modifiant les titres II et V du CASF et relative au régime des établissements recevant des mineurs, des personnes âgées, des infirmes, des indigents valides et des personnes accueillies en vue de leur réadaptation sociale, Article 3

<sup>48</sup> Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) qui définit les conditions d'attribution des aides financières.

La seconde loi porte sur les grands principes d'organisation du secteur social et médico-social<sup>49</sup>. Elle règlemente les conditions de création, de financement, de formation et de statut du personnel du secteur.

Cette réorganisation du secteur social et médico-social par un nouveau cadre réglementaire permet donc une amélioration indiscutable dans la prise en charge des personnes en situation de handicap. C'est l'époque de la planification : les **directeurs d'établissements sont des administrateurs**.

C) De la décentralisation à la veille du XXIème siècle

a) *Redistribution des pouvoirs entre l'Etat et les collectivités locales*

Au cours de cette période, l'Etat s'organise pour rationaliser ses dépenses et transfère aux collectivités territoriales une importante partie de ses pouvoirs en matière d'aide sociale.

C'est l'ère de la décentralisation et de la déconcentration des niveaux de compétences.

Outre les lois de 1982 et 1983<sup>50</sup> qui définissent les nouvelles compétences des régions, départements et communes et créent la fonction publique territoriale, la décentralisation de l'action sociale est instaurée par la loi du 6 janvier 1986<sup>51</sup> dite « Loi Particulière ». Ces étapes constituent l'acte I de la décentralisation, qui sera complété par l'acte II<sup>52</sup> (redistribution des compétences entre l'État et les différents niveaux territoriaux) et l'acte III, ensemble de réformes en cours actuellement et qui portent sur la réforme des modes de scrutin des collectivités et intercommunalités, la clarification de leurs compétences, le périmètre des intercommunalités et un redécoupage des régions.

L'objectif de cette organisation est une meilleure efficacité de l'action publique et le développement d'une démocratie de proximité.

Mais la décentralisation est aussi un moyen à la disposition de l'Etat pour compresser la dépense sociale. L'Etat demande aux conseils généraux de bien gérer et ces derniers demandent aux partenaires associatifs de faire un effort sur les dépenses sociales.

La situation est très complexe et différente selon les départements.

Enfin, à noter qu'à cette même période on assiste à une réforme des CREAL qui doivent céder leur domaine de gestion. Par une circulaire interministérielle du 13 janvier 1984, ils se voient confiés « *comme mission principale d'être des lieux de repérage et d'analyse des*

---

<sup>49</sup> Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>50</sup> Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions et loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n°83-8 du 8 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat

<sup>51</sup> Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

<sup>52</sup> Loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République et loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

*besoins et d'étude des réponses à y apporter, des lieux de rencontre et de réflexion entre les élus, les représentants des forces sociales et ceux des administrations concernées, de fournir des analyses et des avis techniques aux décideurs ainsi qu'aux gestionnaires des établissements et services. Ils ont, à cet égard, un rôle important à jouer comme outil technique au service des responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes handicapées et inadaptées à l'échelon régional. »*

*b) Dans le secteur du handicap*

De nouvelles annexes XXIV, élaborées en 1989<sup>53</sup>, remplacent celles de 1956. Elles intègrent les terminologies modernes ainsi que les orientations politiques et les pratiques professionnelles récentes et obligent les associations gestionnaires à actualiser les projets institutionnels, ainsi qu'à demander de nouveaux agréments de fonctionnement.

L'année 1989 est également importante pour les structures accueillant des enfants et adolescents (s'agissant du CMSEA, deux IMPros sont concernés) car entre en vigueur l'article 22 dit « Amendement Creton »<sup>54</sup> de la loi du 13 janvier 1989. Cette loi permet le maintien en secteur enfants des usagers âgés de plus de vingt ans lorsqu'ils ne trouvent pas de place dans un établissement pour adultes. Cela aura une incidence sur le parcours de l'utilisateur, développé plus précisément en partie 2 et 3 de ce mémoire.

*c) Du côté des associations*

La panne de l'ascenseur social, l'exclusion, l'accroissement du chômage et de la précarisation, l'impuissance des différents gouvernements à trouver des solutions pérennes à ces problèmes majeurs vont être, à partir des années quatre-vingt-dix, la toile de fond d'un renouveau associatif. Les pouvoirs publics prennent la main sur l'associatif et instruisent eux-mêmes les demandes publiques afin que les associations privées les prennent en charge. Ils « contractualisent » en quelque sorte l'action sociale. Dans certains secteurs, on parle même de « privatisation de l'action sociale ». Dans le secteur social, les associations développent les prestations de services et viennent « au secours » de l'emploi. Au début des années 1980, les concepts clefs des projets institutionnels étaient **l'insertion et le territoire**, à la fin du XXème siècle les directeurs sont **des porteurs de projets** et le vocabulaire employé est **travail en réseau et démarche qualité**.

---

<sup>53</sup> Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 9 mars 1956

<sup>54</sup> Article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social qui modifie l'article 6 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 et crée l'alinéa dit "amendement Creton".

#### D) Début du 21<sup>ème</sup> siècle : des lois de réforme importantes

En ce début de 21<sup>ème</sup> siècle, le secteur social et médico-social franchit une nouvelle étape fondamentale en modernisant l'organisation du secteur social et médico-social mise en place par les deux lois du 30 juin 1975. La conception des services rendus à l'utilisateur et la volonté de pilotage de l'action sociale sont le socle de cette nouvelle réforme.

Deux périodes se dégagent d'ores et déjà, **la loi de 2009 dans le secteur sanitaire** marquant un tournant dans cette évolution.

##### a) *La décennie 2000 : l'utilisateur placé au centre des dispositifs institutionnels*

Les évolutions dans le secteur social et médico-social qui impactent le CMSEA, au même titre que les associations de nature semblable, débutent avec la loi LOLF du 1<sup>er</sup> août 2001<sup>55</sup>. C'est la mise en place des différentes dispositions de cette loi organique qui conduit aujourd'hui, d'une certaine façon, à organiser en pôles des secteurs d'activités.

**La loi du 2 janvier 2002<sup>56</sup>**, réformant l'action sociale et médico-sociale, vise à promouvoir et affirmer le droit des usagers, mais aussi à accompagner et à encourager l'innovation dans **une double logique de diversification de l'offre** (différents types d'établissements et modes d'accueil pour mieux s'adapter à la diversité des besoins) et **de diversification des financements** (articuler la planification, la programmation, l'allocation des ressources). Un certain nombre de documents et de nouvelles instances viennent compléter l'organisation des établissements. **Le droit des usagers, pierre angulaire de la loi**, se décline par le respect de la dignité, de la vie privée, la sécurité, le libre choix entre les prestations, l'accompagnement individualisé avec consentement éclairé, la confidentialité et l'accès à l'information sur les droits fondamentaux, ainsi que la participation au projet d'accueil. Des « outils » obligatoires sont à formaliser et à mettre en place : le livret d'accueil, le contrat de séjour, le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés, le recours au conciliateur, au médiateur, le conseil de vie sociale (CVS).

Enfin, cette loi exige une évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations des établissements à vocation sociale et médico-sociale. Elle fixe également des obligations de formation et de qualification pour les professionnels du secteur.

Au CMSEA, un vaste chantier s'engage afin que l'ensemble des structures se mettent en ordre de marche et appliquent les différentes dispositions de cette loi.

Dans le secteur du handicap, **la loi sectorielle du 11 février 2005<sup>57</sup>** découle de la loi de 2002-2. Elle rénove profondément les dispositions de la loi du 30 juin 1975, et crée les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) chargées de l'accueil et

---

<sup>55</sup> Loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances

<sup>56</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>57</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches. La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) remplace la COTOREP et la CDES.

**Pour la première fois une définition du handicap est donnée :** « *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**<sup>58</sup>, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »<sup>59</sup>.

Cette loi organise la politique en faveur des personnes « porteuses d'un handicap » et pose un certain nombre de principes fondateurs dont le droit à compensation et le droit à l'intégration en milieu ordinaire pour tous (scolarisation, formation et orientation professionnelle, travail, accessibilité à la cité, accès aux sports et aux loisirs), la prévention, le dépistage et les soins. Au CMSEA de nouveaux établissements ou dispositifs seront créés suite à ce texte.

Mais entre-temps, la loi 30 juin 2004<sup>60</sup> instaure un nouvel acteur pour le financement de la dépendance : la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), chargée de répartir les crédits destinés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux accueillant les personnes handicapées et âgées, financés par l'Assurance maladie et relevant de la compétence de l'État. L'action de la CNSA est coordonnée sur la base des Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

D'autres lois adoptées in extremis au Parlement le 5 mars 2007 et réformant la protection juridique des majeurs, la protection de l'enfance, la prévention de la délinquance ont eu des incidences sur l'évolution des secteurs d'activités au CMSEA, les pratiques professionnelles et l'organisation des établissements. Leur impact sur le secteur handicap étant secondaire, nous nous limiterons ici simplement à les citer.

#### *b) Le mode d'accompagnement des usagers évolue*

A cette même période, on assiste à un changement significatif dans la façon d'aborder l'accompagnement de l'utilisateur. Une meilleure attention est portée à la personne et à ses choix dans tous les secteurs : prévention, sanitaire, médico-social et social.

---

<sup>58</sup> Contrairement au handicap mental qui résulte d'une déficience intellectuelle, le handicap psychique est caractérisé par un déficit relationnel, des difficultés de concentration et une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités bien que la personne garde des facultés intellectuelles normales. Le handicap psychique est toujours associé à des pathologies psychiatriques, qui entraînent une grande variabilité et nécessitent une médicalisation.

<sup>59</sup> Code de l'action sociale et des familles, Article L114

<sup>60</sup> Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Pour exemple, jusqu'alors la prise en charge des enfants dans les ESMS se caractérisait encore par un fonctionnement collectif important avec de l'hébergement en dortoirs, des douches collectives, la prise des repas en grand réfectoire, une communauté des horaires, des activités et du rythme de vie etc....

Avec les lois de 2002-2 et 2005, l'usager doit être au centre des préoccupations des professionnels et l'accompagnement s'individualise (réfection des établissements et propositions architecturales qui prennent en compte le droit à l'intimité et à la vie privée de l'usager, principe de l'accessibilité pour tous, plans d'amélioration de la prise en charge de la douleur dans les hôpitaux...).

Les services à la personne se développent de manière importante dans le secteur du soin (services de soins infirmiers à domicile et hospitalisation à domicile) comme au niveau social, éducatif et scolaire (service d'éducation spéciale et de soins à domicile).

Le plan « Développement de la bientraitance et renforcement de la lutte contre la maltraitance » de 2007 marque le premier pas d'une véritable politique de promotion de la bientraitance : « *il faut non seulement signaler et sanctionner sévèrement les agissements les plus graves, mais aussi développer la prévention et accompagner les institutions et les professionnels dans la mise en œuvre d'une véritable culture de la bientraitance* »<sup>61</sup>.

En 2008, l'ANESM fait paraître des RBPP : « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. » et indique : « *La bientraitance est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.* »<sup>62</sup>

D'autres RBPP suivront comme en avril 2013 : « Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT »

Enfin, en juin 2014, le rapport du conseiller d'état Denis PIVETEAU « *Zéro sans solution. Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* » formule 131 propositions afin d'optimiser et de personnaliser la prise en charge et l'accompagnement de la personne handicapée quel que soit son handicap et la « sévérité » de celui-ci.

La conception du pôle handicap « afin d'améliorer les modes d'accompagnement des usagers » doit impérativement prendre en compte ces différentes recommandations et préconisations.

---

<sup>61</sup> Plan présenté le 14 mars 2007 par P. Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

<sup>62</sup> <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

c) *Année 2009 : décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social, et nouveau pilotage de l'action sociale*

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi **HPST**<sup>63</sup> va marquer un tournant dans les politiques publiques, sanitaires et médico-sociales. Elle réorganise et modernise par 150 textes d'application l'ensemble du système de santé. Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'Hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création des Agences régionales de santé (ARS).

Concernant l'hôpital, les textes ont renforcé le rôle du chef d'établissement et mis en place une nouvelle organisation interne. Les compétences du directeur sont confortées puisque l'essentiel des pouvoirs jusqu'alors détenus par le conseil d'administration lui sont transférés. Le directeur conduit la politique générale de l'établissement, il est l'ordonnateur de l'état de prévision des recettes et des dépenses (EPRD), nomme les personnels non médicaux, définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité en se conformant au projet médical d'établissement et nomme les chefs de pôle.

C'est notamment cet aspect de la loi, l'expérience du secteur sanitaire dans la mise en place et l'organisation du système des pôles qui va nous intéresser dans le cadre de l'organisation en pôle du secteur handicap du CMSEA.

Le champ médico-social aurait dû rejoindre le champ sanitaire lors de la création des Agences Régionales Hospitalières (ARH) en 1997. Mais c'est la loi HPST qui, par un décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social, a cherché une meilleure coordination des parcours de soins de la personne, tant d'un point de vue qualitatif que d'un point de vue efficacité économique et maîtrise des dépenses publiques.

Les 26 ARS, installées le 1<sup>er</sup> avril 2010, ont pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant notamment à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés. Elles régulent l'offre d'accompagnement médico-social par la gestion des procédures d'autorisations, les investissements et les appels à projet (AAP), élaborent le projet régional de santé (PRS) et le PRIAC, veillent à la qualité et l'efficacité des établissements médico-sociaux (inspections et contrôle, suivi des évaluations, signature de CPOM.....).

La loi HPST et la mise en place des agences ont des retombées directes sur les grandes orientations des associations, la gestion des établissements et services, et à terme, devrait aboutir à une véritable recomposition du secteur médico-social.

---

<sup>63</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'ARS, par son organisation, ses compétences et ses prérogatives, est devenue un des gestionnaires incontournables du secteur médico-social et de ses différentes structures. Toutefois, cette loi et surtout ses décrets d'application, restent encore trop récents pour mesurer l'étendue des changements, et lever toutes les interrogations du secteur. La complexité des mécanismes administratifs de gestion et de gouvernance mis en place est forte.

Enfin, la grande réforme territoriale actuellement en cours ainsi que la nouvelle carte des 13 régions pourrait aussi impacter le fonctionnement des agences et plus largement l'ensemble des dispositifs mis en place depuis le début des années 2000.

L'allocation du directeur général du CMSEA lors de l'assemblée générale du 6 juin 2014 l'exprime ainsi : « *L'association progresse dans l'organisation et est habituée aux changements. Elle a su s'adapter à l'organisation interrégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, à la mise en place des ARS et saura s'adapter aux changements des conseils généraux et autres...* »<sup>64</sup>

En 65 ans, le champ du secteur social et médico-social s'est donc profondément modifié. Le CMSEA, au même rythme, s'est adapté, a augmenté de manière importante le nombre d'établissements créés, et proposé de nouvelles réponses à de nouveaux problèmes.

### **1.3.2 Le développement des 5 secteurs d'activités, dont la déficience intellectuelle, au CMSEA<sup>65</sup>**

#### **A) Le Secteur de la Protection de l'enfance**

Comme évoqué en début de mémoire, il s'agit donc du secteur historique du CMSEA.

A l'origine, il est composé de tous les établissements et services avec mandat individuel de prise en charge ordonné par le juge des enfants. Plusieurs maisons d'enfants à caractère social (MECS) seront ensuite créées.

Au début de l'année 1976, le souhait d'assurer un cadre familial plutôt qu'institutionnel chaque fois que possible à des enfants âgés de 3 à 18 ans présentant des troubles du comportement et du développement aboutit à l'ouverture d'un Service de Placement familial spécialisé.

En 2007 et 2008 un Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP)<sup>66</sup> et un Service Educatif Spécialisé et de Soins à Domicile (SESSAD) pour les Troubles du Comportement

---

<sup>64</sup> CMSEA Procès-Verbal Assemblée générale du 05.06.2014 p4

<sup>65</sup> Dont sources : Projet Associatif du CMSEA Juin 1995, plaquettes de présentation des structures, entretiens avec les directeurs

<sup>66</sup> Les enfants relevant d'ITEP se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles préservées, engagés dans un processus handicapant pouvant compromettre leur participation sociale. Les ITEP ne sont pas appropriés pour des enfants et adolescents présentant des troubles de type autistiques,

(TTC) sont créés et rattachés au secteur de la Protection de l'Enfance par volonté de la gouvernance associative, même si l'orientation dans ces structures relève de la CDAPH. Aujourd'hui, ce secteur est chargé d'accueillir et d'accompagner des mineurs et des jeunes adultes faisant l'objet d'une mesure de protection **administrative ou judiciaire** et d'assurer le lien avec les parents et familles. Ainsi il existe une diversité de structures qui permettent, en conformité avec les textes actuels notamment issus de la réforme de 2007, un accueil dans un milieu proche de l'environnement d'origine : en maison d'enfants à caractère social, en famille d'accueil, en appartement, en accueil de jour, en service d'intervention éducative et en accueil avec maintien à domicile.

Depuis deux ans, **ce secteur se réorganise aussi autour d'un pôle.**

En 2014, il est composé de 572 salariés, 17 établissements et services pour 3602 personnes prises en charge au cours de l'année<sup>67</sup>.

#### B) Le secteur de la Prévention Spécialisée

Les enfants nés après 1945 grandissent et sont, pour certains, livrés à eux-mêmes, dans les banlieues des villes de Moselle. Le constat est fait au sein des équipes d'éducateurs du CMSEA, comme au niveau national, d'une jeunesse en manque de repères. Les réflexions conjuguées des professionnels et des administrateurs aboutissent au milieu des années 1965 et début des années 1970 à la création de clubs de prévention. Ils vont permettre une présence sociale dans les centres villes et dans les quartiers, la mission étant d'aller au-devant des jeunes en situation de marginalisation et d'exclusion, de les accompagner et de leur proposer des projets de vie cohérents et responsables.

Un Service d'Education en Milieu Naturel (SEMN) est créé en 1973 avec l'idée de coordonner les équipes de prévention qui voient le jour.

En collaboration avec un large éventail de partenaires dans tous les domaines de la vie des jeunes (santé, justice, aide sociale, scolarité, emploi, formation, loisirs...), les équipes favorisent la mise en place d'actions diversifiées et ont pour objectif l'insertion des personnes et des groupes dans leur environnement.

En 2014, ce secteur comprend 90 salariés, 7 équipes de prévention spécialisée, un Centre Social et un Point d'Accueil et d'Ecoute des Jeunes. Il couvre 17 communes (Metz et agglomération, Moselle-Est et Moselle-Nord) pour 5276 personnes suivies.<sup>68</sup>

---

des troubles psychotiques prédominants ou des déficiences intellectuelles. Les instituts développent des coopérations avec l'Éducation Nationale, la pédopsychiatrie, la protection de l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse.

<sup>67</sup> Rapport de gestion 2014 du CMSEA p 21

<sup>68</sup> Rapport de gestion 2014 du CMSEA p 54

### C) Du secteur de l'addictologie au secteur de l'inclusion sociale

Au début des années 1980, les équipes du secteur de la prévention spécialisée remarquent l'utilisation par certains jeunes de produits tels que la colle à rustine, le haschisch ou l'héroïne. Le débat entre les professionnels, les administrateurs et les pouvoirs publics aboutit à l'invention d'une nouvelle forme de prise en compte autre que strictement médicale et/ou judiciaire. Les structures ouvertes vont permettre des interventions en matière d'accueil, d'actions de prévention et de soins des publics dépendants aux produits psycho actifs (drogues, alcool, médicaments) ainsi qu'à leurs familles. Un réseau d'accueil en familles dans le sud-ouest de la France permet des séjours de rupture. Depuis quelques années, les axes d'aide et d'appui se sont étendus également à un public dépendant sans produit (jeux, internet...).

Ce secteur dénommé depuis 2012 « Inclusion sociale » comporte 11 structures et dispositifs divers (dont un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie et un Centre d'Accueil et d'Accompagnement des Risques auprès des Usagers de drogues). Il a accueilli cette année-là 1 566 personnes<sup>69</sup>.

Enfin, depuis janvier 2015 le CMSEA a un nouveau dispositif : un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale le CHRS Espoir (fusion par voix d'absorption) d'une capacité de 55 places sans distinction femmes et enfants.

### D) Le secteur de l'insertion : dernier secteur créé en mai 1989

En 1989, les équipes constatent sur le terrain que les jeunes désespèrent de l'entreprise et que réciproquement, les entreprises hésitent à les embaucher. De nombreux adultes sont durablement éloignés de l'emploi, et aucune reprise économique ne pourra leur permettre de réintégrer sans aide un emploi durable. Dans la foulée de la création des Missions Locales et du Revenu Minimum d'Insertion par les pouvoirs publics en décembre 1988, les initiatives d'éducateurs autour du concept d'entreprises d'insertion et le soutien d'un réseau citoyen créent le Carrefour de Ressources et d'Entreprises Pour l'Intégration Sociale (CREPIS) qui fusionnera ensuite avec les Ateliers de Remise au Travail (ART). L'ensemble formera l'Espace Insertion qui regroupera différents services ayant pour mission de concevoir et de mettre en place des réponses concernant l'élaboration de projets de vie, l'insertion par l'économie, la formation et l'accompagnement vers l'emploi des jeunes et adultes. En 2012, l'espace Insertion a suivi 101 personnes.<sup>70</sup>

La même année, suite à un changement de la gouvernance de la direction générale, l'Espace Insertion rejoint le secteur de l'Inclusion sociale.

En 2014, les 71 salariés des deux secteurs réunis ont pris en charge 1402 personnes<sup>71</sup>.

---

<sup>69</sup> Rapport de gestion 2012 du CMSEA, p49

<sup>70</sup> Rapport de gestion 2012 du CMSEA, p51.

<sup>71</sup> Rapport de gestion 2014 du CMSEA, p60.

#### E) Le secteur de la déficience intellectuelle : du CMSEA au CMSEAA

Comme rappelé précédemment, au milieu des années 1970, la prise en charge des handicapés, notamment déficients intellectuels, devient un droit pour eux et un devoir pour la société. Depuis les années 1960, les parents se groupent, fondent des associations, ouvrent des établissements. En 1967, la « section des parents et amis des handicapés mentaux » du CMSEA est créée. Cependant beaucoup d'handicapés « mentaux » n'ont plus de parents ou ont été abandonnés.

La réflexion des administrateurs conjuguée au savoir-faire des professionnels amène le CMSEA à créer tout d'abord un Institut Médico Pédagogique (IMP) en 1967, puis deux IMPRos et le premier CAT de Moselle qui accueille des travailleurs de 20 à 60 ans. Viendront ensuite dans les années 1980, les premiers foyers d'hébergement qui compléteront le dispositif mis en place.

S'agissant du coup d'adultes, et plus seulement d'enfants et d'adolescents, en 1978, le nom du CMSEA se complète lors d'une modification des statuts de l'Association en AG, sans que son sigle ne change.

On parle désormais de CMSEAA, Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence **et de l'Adulte**. Dans l'association, avec la loi d'orientation de 1975, les terminologies employées vont aussi se modifier dans le langage courant comme dans les écrits : on ne parle plus de « débiles » ou « d'infirmes mentaux » mais « d'handicapés mentaux » et de « citoyens à part entière » puis avec la loi de 2005 de personnes « en situation de handicap ». En 40 ans, un réseau complet de prise en charge du handicap intellectuel s'est ainsi développé au CMSEA.

Une première étape d'organisation en pôle d'activités a débuté en septembre 2012 avec la mise en place du « pôle déficience moins de 20 ans » composé des deux IMPros, et de l'IMP.

Aujourd'hui une seconde étape de la structuration de l'ensemble de ce secteur s'organise à la demande de la DG avec les ESAT pour la partie travail et les Foyers pour la partie hébergement et vie sociale. C'est cette organisation qui nous intéresse ici, l'articulation à imaginer entre les différentes structures pour améliorer les modes d'accompagnement de l'utilisateur.

En 2014, ce secteur est composé de 326 salariés 14 établissements et services ayant pris en charge dans l'année 783 personnes.

## **1.4 Le choix du CMSEA d'une structuration par pôles**

### **1.4.1 Pôles par catégorie d'utilisateurs**

Interviewé en février 2015 dans le cadre de l'écriture de ce mémoire, Hubert DOLLEN Directeur Général du CMSEA de 2002 à 2011 résume ainsi le questionnement et le choix de la gouvernance associative d'une organisation en pôles par catégories d'utilisateurs (plutôt que par dispositifs, par pôles d'activités ou par pôles territoriaux) :

*« Couvrant l'ensemble du champ social et médico-social, à tous les âges de la vie, dans des métiers aussi différents que l'enseignement, la formation, la prévention, l'hébergement, l'action individuelle, l'animation de projets collectifs ou l'accompagnement de quartiers entiers, le tout dans un territoire aussi vaste et diversifié que la Moselle (sans compter les implantations extérieures notamment du sud-ouest de la France), tout cela nécessitait pour l'institution elle-même de se structurer par pôles. Devaient-ils se constituer en secteurs géographiques toutes activités confondues ? Ou plutôt par compétences tarifaires ? Ou encore par catégories d'utilisateurs, quelles que soient la localisation des structures, et les compétences tarifaires -vite devenues multiples- dans l'ensemble de nos activités. C'est ce dernier choix qu'a privilégié le Conseil d'Administration ».*

Les pôles sont donc organisés autour d'une typologie particulière d'utilisateurs ayant besoin de prestations de même nature et aux profils analogues, sous la responsabilité d'un directeur chargé de l'animation et du développement du secteur.

Cette stratégie de pilotage par pôle permet d'impulser une nouvelle dynamique de collaboration et d'échanger entre acteurs intervenant(s) sur un public particulier, de rationaliser les coûts et d'améliorer la prise en charge des personnes accueillies au sein des structures, notamment grâce à une mise en commun des compétences et des moyens permettant l'ajustement permanent des ressources aux besoins des utilisateurs et de leurs modes d'accompagnement.

### **1.4.2 « Photographie » du CMSEA en juin 2015**

En annexe 1, une présentation sous la forme d'une carte géographique du département de la Moselle, permet de visualiser l'ensemble des établissements et services du CMSEA, et notamment ceux du pôle handicap.

L'annexe 2 propose un organigramme des 4 pôles.

L'objectif de cette première partie était d'appréhender les modes d'organisation dans les associations gestionnaires et les changements opérés au sein du CMSEA, plus particulièrement l'activité liée à la prise en charge de la déficience intellectuelle, son développement, son organisation, sa structuration et son mode d'accompagnement de l'utilisateur, en lien avec les grandes réformes initiées par les politiques publiques en France.

Au fil des décennies, le CSMEA est devenu une sorte d' « entreprise associative », addition de structures développant toutes des prestations d'accompagnement en matière d'action sociale et d'aide sociale en réponse à des problèmes de société parfois complexes. Le mode d'accompagnement de l'utilisateur a évolué et s'est transformé au même rythme que les différents changements opérés dans l'association.

En 2015, tous les établissements doivent avoir comme objectif supérieur le bien « être » et le bien « vivre » de la personne accueillie et accompagnée. Elle est au départ et au centre de tous les projets à mettre en place et à faire vivre.

Comme développés par Jean-Louis LAVILLE et Renaud SAINSAULIEU en 1997 dans leur ouvrage *Sociologie de l'Association*<sup>72</sup> :

**« La question propre à l'association est donc celle de l'articulation entre le projet émanant de ses fondateurs et la nécessité d'une organisation pour le réaliser ».**

Complétée 10 ans plus tard par une RBPP avec « ***l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.*** »<sup>73</sup>

C'est-à-dire ici plus particulièrement pour le pôle handicap :

**Comment réfléchir et concevoir une organisation des 14 établissements et services du secteur de la déficience intellectuelle qui respecte les orientations et valeurs associatives du CMSEA et de ses fondateurs, et permettre l'amélioration des modes d'accompagnement des usagers ?**

La 2<sup>ème</sup> partie de ce mémoire, par son diagnostic de la situation, et la 3<sup>ème</sup> partie par son plan d'actions vont s'attacher à trouver des réponses les plus pertinentes possibles à cette question centrale.

---

<sup>72</sup> LAVILLE J-L., SAISAUILLIEU., 2013, *L'Association Sociologie et Economie*, Collection PLURIEL, réédition remaniée et actualisée de l'ouvrage *Sociologie de l'Association* de 1997 paru aux Editions Desclée de Brouwer, 437 pages, p11

<sup>73</sup> Ibidem 62

## **2 Un morcellement des parcours et des connexions à établir**

La présentation sous forme cartographique des 14 établissements et services qui vont constituer le pôle handicap a permis une première approche spatiale du pôle.

Il s'agit maintenant de poser un diagnostic de l'organisation des différents établissements et services destinés à former ce pôle handicap avec une analyse des forces et des faiblesses des structures, des difficultés rencontrées et des obstacles à surmonter pour aboutir à un pôle, dans la perspective d'une amélioration des modes d'accompagnement de l'utilisateur.

Un éclairage théorique emprunté à la sociologie des organisations, associé aux retours d'expériences de l'organisation polaire dans le secteur sanitaire, permettront de compléter le diagnostic posé et d'appréhender dans sa globalité ce qui va se jouer au sein des établissements et services amenés à constituer l'entité « pôle handicap » du CMSEA conformément à la commande associative.

### **2.1 14 établissements et services destinés à constituer le pôle**

La méthodologie retenue pour présenter cette partie du mémoire est la suivante :

- une présentation des différentes structures sous forme de tableaux mettant en exergue les données nécessaires à la conception du pôle dans l'objectif d'une recherche de l'amélioration des modes d'accompagnement des usagers
- un focus sur les diplômes, formations qualifiantes ou certifications notamment des cadres car je souhaite m'appuyer sur les expertises des uns et des autres pour construire un pôle le plus efficace et bientraitant possible.
- un diagnostic et une analyse permettant de définir les enjeux stratégiques du pôle

Ces données sont issues de documents de travail personnel ou partagés avec d'autres professionnels du CMSEA, de quinze entretiens individuels réalisés sur la base d'une grille de questions semi-ouvertes auprès de tous les directeurs<sup>74</sup> des structures du pôle, de différentes réunions organisées dans chaque structure avec des salariés et cadres intermédiaires, de la lecture des projets d'établissements et autres outils de la loi 2002-2, des évaluations externes, des programmes d'amélioration de la qualité (PAQ), ainsi que des documents réalisés pendant la période préparatoire à la contractualisation d'un CPOM avec l'ARS de Moselle (6/14 structures du pôle).

Cette présentation reflète ainsi le travail effectué en tant que directrice pour établir un diagnostic de la situation et envisager des préconisations adaptées à la situation.

---

<sup>74</sup> Afin de conserver l'anonymat des salariés, l'emploi du genre masculin sera appliqué par défaut à l'ensemble des personnes citées.

**Un certain nombre de données, impactant directement ou indirectement l'accompagnement de l'utilisateur, sont communes aux 14 établissements et services :**

- ◆ L'ensemble des outils de la loi 2002-2 est en place et les dernières évaluations internes et externes ont été réalisées dans toutes les structures il y a moins de 18 mois.
- ◆ Les CVS sont actifs sur l'ensemble des structures et concourent, à des degrés différents, à l'expression et à la participation des familles et des usagers sur les modalités de l'accompagnement
- ◆ Toutes les équipes ont une bonne perception des références théoriques concernant l'objet même du handicap et de bonnes connaissances des cadres réglementaires ; la référence aux RBPP reste cependant à développer pour qu'elles soient mieux connues et intégrées par l'ensemble des salariés (notamment les équipes opérationnelles).
- ◆ Chaque structure dispose d'un référent Santé Sécurité au Travail (SST).
- ◆ Le modèle d'organisation est centralisé et se traduit dans un organigramme de type hiérarchique.
- ◆ La gestion et l'administration des établissements se font dans une logique de structure, en lien avec les services du siège de l'association.
- ◆ La santé financière est saine sur l'ensemble des structures avec des Projets Pluriannuels d'Investissement (PPI) en construction sur les ESAT et les foyers.
- ◆ Les évaluations externes relèvent l'absence d'un outil informatique (document unique de l'utilisateur) sur toutes les structures avec une architecture d'entrées multiples et sécurisées garantissant la confidentialité des informations et permettant notamment l'analyse des dossiers, des accompagnements afférents, l'évolution des usagers et l'interdisciplinarité.
- ◆ La répartition globale par âge des 326 salariés du pôle (dont 33 cadres) est plutôt homogène et la tranche d'âge 40-49 ans est la plus importante en nombre.
- ◆ Un certain nombre de salariés travaillent à temps partiel dans plusieurs structures (psychiatre, directeur adjoint, psychologues, psychomotriciens, chefs de services).

### **2.1.1 Les prémices du pôle handicap : le secteur déficience moins de 20 ans**

Une première étape intermédiaire d'organisation en pôle a débuté en septembre 2012 avec la création du « pôle déficience moins de 20 ans » composé des deux IMPro et de l'IMP, à la faveur de mobilités internes de personnels.

L'un des deux directeurs d'IMPro était chargé de piloter ce « mini » pôle.

Ces 3 structures accueillent des enfants et adolescents de 6 à 20 ans en situation de handicap du fait d'une altération des fonctions intellectuelles légères, moyennes ou

profondes, avec ou sans troubles associés, ou présentant un déficit grave de la communication (troubles du spectre autistique)<sup>75</sup>.

La prise en charge est sociale, éducative, scolaire, médicale et paramédicale ; en IMPro l'acquisition d'un savoir-faire préprofessionnel ou professionnel est encouragée.

### Les structures du secteur déficience moins de 20 ans :

Au 31/12/14		IMP	IMPRO	IMPRO	SESSAD TED	SESSAD Pro	Totaux					
Ouverture		juin-67	sept-70	sept-72	nov-14	déc-14						
Localité		Metz	Morhange	Montigny les Metz	Metz	Morhange						
Age		6 - 14 ans	14 - 20 ans	14 - 20 ans	3 - 20 ans	14 - 20 ans						
Capacité et mode d'accueil		24 places	65 places garçons en internat dont 8 pour adolescents autistes	52 places en internat continu dont 10 pour adolescents autistes	14 places	8 places	215 places					
			15 places en SI dont 2 pour adolescents autistes = 77 places dont 19 amendements Creton (17 I et 2 SI)	40 places en SI = 92 places dont 21 amendements Creton (19 I et 2 SI)								
			Mixité	Garçon en internat Mixité en SI					Mixité	Mixité	Mixité	
			Semi-internat (SI)	Internat (I)					Internat et Semi-internat (SI)	Externat	Externat	
		208 j /an	365 j /an	365 j /an	208 j /an	209 j /an						
Tarificateur		ARS 57 Prix de journée	ARS 57 Prix de journée	ARS 57 Prix de journée	ARS 57 Dotation globale	ARS 57 Prix de journée						
Ressources humaines	Catégories	Effectif physique	ETP	Effectif Physique	ETP	Effectif Physique	ETP	Effectif physique	ETP	Effectif Physique	ETP	ETP
	Direction	1	1,00	5	5,00	6	5,25	2	1,10 -0,80	1	0,1 -0,20	12,45 -1,00
	Administration	1	0,50	2	2,00	3	2,5 -0,25	1	0,50	0	0,00	5,50 -0,25
	Médical	1	0,05	1	0,36 -0,36	1	0,5	0	0,00	0	0,00	0,91 -0,36
	Paramédical	3	0,91	8	5,40	8	5,69 -0,66	0	0,00	0	0,00	12,00 -0,66
	Educatif	6	6,00	39	38,00	44	43,1	3	3,00	0	0,00	90,10
	Services Généraux	1	1,20 -0,20	22	18,68	19	19 -0,5	0	0,00	0	0,00	38,88 -0,70
	<b>Total Budget</b>		<b>9,46</b>		<b>69,08</b>		<b>74,63</b>		<b>3,80</b>		<b>0,10</b>	<b>156,87</b>
<b>Réel</b>	<b>13</b>	<b>9,66</b>	<b>77</b>	<b>69,44</b>	<b>81</b>	<b>76,04</b>	<b>6</b>	<b>4,60</b>	<b>1</b>	<b>-0,10</b>	<b>159,84</b>	

### Analyse du tableau et éléments complémentaires

■ Les 3 structures IMP et IMPro ont été créées il y a plus de quarante ans.

L'IMP et l'IMPro La Horgne sont situés en zone urbaine tandis que l'IMPro de Morhange est en zone rurale, à 50 km de Metz. L'IMP est implanté au sein d'un groupe scolaire, ce qui permet de nombreux liens avec l'école maternelle et l'école primaire.

Un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), très actif, est commun aux deux IMPro.

<sup>75</sup> Les troubles du spectre autistique (TSA) sont aussi appelés troubles envahissants du développement (TED) dans la 10<sup>ème</sup> classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les 3 établissements ont tous une Unité d'Enseignement (UE) en contrat simple avec l'Education Nationale). Il y a 7 enseignants.

Les deux IMPro sont dirigés chacun par un directeur titulaire du CAFDES depuis plus de 5 ans, certifié par l'Association Française de Normalisation (AFNOR) référent bientraitance<sup>76</sup>, secondés par un directeur adjoint, formé à la démarche qualité et un comptable.

L'IMP est géré par un chef de service faisant fonction de Responsable d'Etablissement et en cours de formation CAFDES.

Actuellement, il n'y a pas de places vacantes et 98%<sup>77</sup> des enfants sortants de l'IMP intègrent un des deux IMPro.

■ Les 2 structures **SESSAD** ont pour objectif essentiel de permettre à l'enfant ou l'adolescent, de rester dans son environnement familial, scolaire et social et de développer ses potentialités. Ce nouveau dispositif est un autre mode d'accompagnement de l'utilisateur.

En 2014, un redéploiement de places vacantes en semi-internat au sein des 2 IMPro a permis l'ouverture d'1 SESSAD TED de 14 places à Metz en coopération avec un centre hospitalier spécialisé (CHS) de la région messine et un SESSAD Pro de 8 places à Morhange fin 2014. Ces ouvertures répondaient à un besoin non couvert sur le territoire.

**Le SESSAD TED** est le seul dispositif de cette nature sur Metz actuellement.

Il est dirigé par un chef de service à temps plein de niveau 2 (le directeur d'un des deux IMPRos émerge à 0.10 ETP).

Au 31 décembre, son taux d'occupation était de 43 % (6 admissions sur 14). Fin janvier 2015, toutes les places étaient occupées.

Le CHS met à disposition de ce SESSAD du personnel : 1 ETP d'infirmier, 0.10 ETP de psychiatre, 0.40 de psychologue.

**Le chef de service du SESSAD de Morhange**, de niveau 2, est aussi salarié de l'IMPro. Ce service est en cours de recrutement du personnel nécessaire à sa mission. Au 31 décembre 2014, il n'y avait pas encore eu d'admission.

---

<sup>76</sup> Formation certifiée AFNOR. Leur rôle est d'être le garant d'une organisation et de pratiques bientraitantes. Par leurs échanges centrés sur ce sujet dans l'exercice de leur métier, par leur présence à de nombreuses réunions institutionnelles, par leur veille permanente de la bientraitance, ils sont en mesure d'alerter leurs collègues et de leur expliquer en quoi l'organisation est, ou pourrait être, maltraitante.

<sup>77</sup> Moyenne depuis 5 ans

## Eléments de diagnostic :

- Le CMSEA est propriétaire des bâtiments des deux IMPros ; par contre celui de l'IMP est propriété de la ville de Metz (location sous forme d'une convention annuelle renouvelable par tacite reconduction).

Il n'est donc pas possible de se projeter sur du long terme pour des investissements immobiliers importants pour l'IMP.

Le bâtiment (de deux étages) ne dispose d'aucun ascenseur, ce qui rend difficile l'accessibilité pour les enfants les plus en difficultés. Le coût des travaux est très important et la ville de Metz est en train de réaliser un diagnostic accessibilité.

Cette situation impacte sur le mode d'accompagnement : il n'est pas possible d'accueillir un enfant en fauteuil roulant et lorsqu'un enfant a besoin d'utiliser des béquilles ou un déambulateur pour se déplacer, les solutions mises en place ne sont satisfaisantes pour personne (port de l'enfant dans les escaliers notamment).

Les deux autres structures répondent aux normes d'accessibilité et des travaux de rénovation ont été effectués (espace nuit, ateliers, climatisation...).

- Des enquêtes de satisfactions en direction des usagers, de leurs familles et des partenaires sont régulièrement réalisées à l'IMP et dans les 2 IMPRos.

Elles ont été construites à l'occasion des évaluations internes il y a 2 ans et permettent de travailler l'amélioration de la qualité du service rendu à l'usager.

- Les Projets Individualisés d'Accompagnement sont à étoffer notamment pour rendre plus visible la coordination entre les différentes parties (famille, garant du projet, éventuellement référent de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), usager).

- Sur les 2 IMPros, il y a 40 jeunes adultes bénéficiant d'un aménagement Creton<sup>78</sup> (28% de l'effectif total), ce qui témoigne d'un **manque de places** pour les adultes handicapés sur le département (places en ESAT, FAS, FAM et FESAT) interne ou externe au CMSEA.

- Il y a actuellement 4 places vacantes en SI sur l'IMPro La Horgne.

- Le profil du public accueilli a beaucoup évolué depuis l'ouverture des structures.

Aujourd'hui il existe une véritable expertise de la prise en charge des enfants porteurs de troubles du spectre autistique mais seuls le SESSAD TED et l'IMPro La Horgne disposent d'un agrément.

L'IMP accueille depuis 5 ans plus de 70% d'enfants porteurs de troubles envahissants du développement ou diagnostiqués autistes. Pour autant, il n'est **pas repéré officiellement comme tel sur le territoire.**

---

<sup>78</sup> Ibidem 54

Dispositif législatif permettant le maintien temporaire en IMPro d'usagers atteignant l'âge de 20 ans lorsqu'ils ont une orientation par la CDAPH vers un établissement pour adultes mais sont dans l'attente d'une place

☛ L'IMPro de Morhange a créé une unité qui accueille 8 autistes en internat et 2 en semi-internat. Un projet de construction de locaux leur étant spécialement dédié est en cours. **L'ARS et la MDPH reconnaissent et encouragent uniquement à l'oral ces spécificités.**

☛ D'autre part, les deux IMPro constatent une **augmentation importante des troubles psychiques ou de la conduite**. Jusqu'alors ces usagers étaient pris en charge par le secteur sanitaire en milieu hospitalier (pédopsychiatrie ou hôpital de jour). La **prise en charge en institution n'est pas toujours la plus adaptée** et d'autres formes d'accompagnement sont à envisager pour améliorer cette prise en charge.

L'association est quasiment la seule sur le département de la Moselle à répondre aux besoins de ces problématiques particulières ; elle est « repérée » par l'ARS, la MDPH et le secteur sanitaire comme pouvant répondre aux situations complexes.

☛ L'IMPro La Horgne accueille actuellement **5 jeunes** qui relèvent du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les **handicaps rares 2014-2018**.

☛ Les deux IMPro ont entrepris un travail commun de réflexion sur les questions relatives à la vie intime, affective et sexuelle des personnes accueillies.

La question qui les occupe ici n'est pas de savoir si ces personnes ont une sexualité ou si elles ont le droit de l'exprimer et de la vivre, mais comment les professionnels peuvent-ils **accompagner les adolescents et jeunes adultes dans leur vie affective et sexuelle**.

Il s'agit à nouveau d'améliorer l'accompagnement.

☛ Une prise en charge médicale et paramédicale est dispensée dans les structures mais il y a un **manque de personnel au niveau médical** : le poste du médecin psychiatre est actuellement non pourvu à l'IMPro de Morhange (désert médical) et il n'y a pas de poste d'infirmier financé par l'ARS pour le budget de l'IMP.

Cette pénurie conduit à une **restriction dans l'accueil des enfants** (épilepsie non stabilisée et certaines pathologies organiques nécessitant des soins infirmiers en journée). De plus, les **temps disponibles de prises en charge en orthophonie, en psychomotricité ou en ergothérapie** ne permettent pas toujours de répondre correctement aux besoins de tous les enfants et adolescents accueillis.

☛ Les 5 structures sont en **période de négociation d'un CPOM** avec l'ARS.

☛ Sur ces 5 structures, il y a 170 salariés dont 17 cadres<sup>79</sup>. La situation de l'IMPro La Horgne présente une caractéristique spécifique puisque ce sont les 55-59 ans qui sont les plus nombreux (4/10 salariés ont plus de 50 ans) avec majoritairement des départs sur les services généraux qui se profilent.

---

<sup>79</sup> Cadres de direction, cadres intermédiaires et cadres techniques tels que médecins, psychologues ou comptables (voir diagramme circulaire en début de partie 3)

Une **externalisation ou une mutualisation de certains services est à réfléchir**, d'autant plus que, pour le service de la restauration par exemple, la qualité des repas n'est pas satisfaisante (même constat à l'IMP).

### ■ Le « mini-pôle déficience moins de 20 ans »

Les différentes réunions qui ont rassemblé les cadres et cadres intermédiaires des structures et le travail de réflexion engagé en équipe ont permis à tous de **se connaître et d'évacuer de fausses croyances**, des idées préconçues ou des rivalités :

◆ « *On est singulier, on fait différemment des autres.* »

La présentation des pratiques professionnelles des uns et des autres a permis de découvrir qu'ils rencontraient **les mêmes difficultés** (dans la prise en charge sur l'internat ou l'apprentissage de la scolarité, l'autonomie, la prise en charge thérapeutique, la sexualité...) et qu'ils cherchaient les mêmes solutions.

◆ « *A La Horgne, ils sont les meilleurs dans le soin (logique de protection) mais nous on a de meilleurs ateliers techniques à Morhange (logique professionnelle).* »

Les diverses présentations des ateliers, des unités d'Enseignement, de la prise en charge thérapeutique, des partenariats divers (équithérapie, balnéothérapie, musique, cirque, tennis...) ont fait « **tomber les barrières** » et lever parfois des « **non-dits** ».

Les temps d'échanges ont été l'occasion de présenter et d'explicitier les outils mis en place par les uns ou les autres (le projet individualisé d'accompagnement, l'organisation du CVS, l'apprentissage à la vie en société, l'utilisation des transports en commun etc...).

Ce travail a eu une répercussion sur les équipes dans les structures : organisation de réunions avec **des thèmes de réflexion transverses, des projets communs** (sur les troubles psychiques ou la sexualité par exemple).

Très vite le groupe s'est aperçu qu'en fait il avait un **objectif commun : améliorer l'accompagnement des enfants et adolescents** pris en charge de 6 à 20 ans (à partir de 3 ans à compter de l'ouverture du SESSAD TED).

Le sujet n'était plus alors **l'établissement** mais **l'usager** et les modalités de son accompagnement.

Des conventions de stage ou de prêt de locaux entre structures ont été mises en place (pour exemples : l'IMP a mis à disposition de l'IMPro La Horgne son espace Snoezelen tous les mardis après-midis, le temps pour ce dernier d'en installer un dans ses propres locaux ; l'utilisation de l'atelier imprimerie de l'IMPro La Horgne pour la réalisation de la Charte des Droits de l'Enfants avec les enfants de l'IMP etc.).

Et rapidement un constat est apparu : il n'était pas cohérent de travailler dans une logique de continuité du parcours de l'enfant (de l'IMP vers l'IMPro par exemple), de vouloir éviter les ruptures de parcours et d'arrêter brutalement la prise en charge à 20 ans.

De jeunes adultes étaient orientés dans un des ESAT ou/et foyer d'hébergement de l'association et il n'y avait rien de mis en place lors des admissions, hormis la transmission de documents très administratifs et quelques échanges d'informations à l'oral.

D'autre part, **l'augmentation du nombre d'adultes** en situation d'amendement Creton interpellait. Quelles solutions proposer ? Quelles modalités de l'accompagnement mettre en place ?

Non seulement il fallait créer de nouvelles structures pour répondre à de nouvelles problématiques (les 2 SESSAD en sont un exemple), mais il fallait aussi **travailler avec les ESAT et les foyers d'hébergement, anticiper les sorties, proposer des stages.**

L'objectif n'était pas de créer une « filière unique interne » au CMSEA (c'est-à-dire ne pas réorienter vers une autre association, si c'était l'intérêt de l'utilisateur et/ou le souhait de sa famille) mais de **proposer une offre la plus complète et la plus lisible pour tous** (liberté de choix).

Dans le même temps, toujours à la faveur de mobilités internes et de départs en retraite à anticiper, la direction générale se positionnait pour une intégration du **secteur ESAT** et du **secteur Hébergement et Vie Sociale** (voir ci-dessous) **dans un pôle unique.**

### **2.1.2 Le secteur ESAT**

Avant de présenter les 4 ESAT et de poser un diagnostic, il est important de rappeler que les ESAT doivent offrir **un accompagnement personnalisé** basé sur des activités à caractère technique et professionnel, des actions de formation, ainsi qu'un soutien médico-éducatif en vue de favoriser l'épanouissement personnel et social, l'autonomie et l'implication dans la vie sociale des travailleurs handicapés.

Les ESAT doivent dans le même temps, **développer des activités économiques.**

Au 31/12/14		ESAT Lothaire		ESAT Blory		ESAT Morhange		ESAT Resto		Totaux
Ouverture		juil-68		mars-74		av-80		déc-85		
Localité		Metz		Montigny les Metz		Morhange		Montigny les Metz		
Age		20 - 60 ans		20 - 60 ans		20 - 60 ans		20 - 60 ans		
Type d'accueil		47 places		123 places		40 places		53 places		263 places
		Mixité		Mixité		Mixité		Mixité		
		Externat		Externat		Externat		Externat		
Tarificateur		227 j /an		224 j /an		223 j /an		227 j /an		
		ARS 57 Prix de journée		ARS 57 Prix de journée		ARS 57 Prix de journée		ARS 57 Prix de journée		
Ressources humaines	Catégories	Effectif physique	ETP	Effectif Physique	ETP	Effectif Physique	ETP	Effectif Physique	ETP	ETP
	Direction	2	1,50	3	2,50	1	1,00	2	1,50	6,50
	Administration	2	1,50	3	2,70	1	1,00	2	1,25	6,45
	Médical	1	0,10	1	0,10	1	0,04 -0,04	1	0,11	0,35 -0,04
	Paramédical	1	0,57 -0,25	2	1,34					1,91 -0,25
	Educatif	5	4,50	16	15,50 -1,00	6	5,50	6	6,00	31,50 -1,00
	Services Généraux	1	1,00	5	4,20	1	0,86	1	1,00	7,06
	Total Budget		8,92		25,34		8,36		9,86	52,48
	Réel	12	9,17	30	26,34	10	8,40	12	9,86	52,77

### Analyse du tableau et éléments complémentaires :

■ Les 4 structures ont été créées il y a plus de trente ans.

Trois ESAT sont situés dans la région messine, à moins de 3 km les uns des autres, le 4<sup>ème</sup> ESAT est situé en zone rurale, à proximité immédiate de l'IMPro de Morhange.

Ce dernier livre en liaison froide les repas aux travailleurs de l'ESAT.

Le CMSEA est propriétaire des locaux des 4 ESAT.

■ Un ESAT est dirigé par un directeur titulaire du CAFDES depuis plus de 20 ans, secondé par un directeur adjoint titulaire du CAFDES depuis 2 ans et un comptable.

Deux autres ESAT par un directeur dont le départ en retraite doit intervenir courant 2015. L'ESAT en zone rurale par un chef de service en attente d'une formation de type CAFDES ou Master 2. Il y a actuellement 62 salariés et 9 cadres.

■ Plus de 96% des sortants des 2 IMPro avec une orientation en ESAT intègrent un des ESAT de l'association. Il n'y a pas de places vacantes.

■ Trois ESAT ont des activités de production centrées sur plusieurs types de travaux : conditionnements, bobinage, assemblage, soudure, façonnage, imprimerie, découpe de PVC, bois ou aluminium (sous-traitance industrielle), voirie et espaces verts (entretien, plantation, aménagement) et prestations de service au sein d'entreprises industrielles (alternative à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés).

■ L'activité de l'ESAT « Resto » s'organise principalement autour de la restauration : fabrication et livraison de 900 repas/jour en liaison froide pour les collectivités, restaurants scolaires et entreprises (dont l'IMP) et organisation de buffets, lunchs, repas à consommer sur place ou à livrer avec ou sans service traiteur

■ Un Dispositif d'Insertion en Milieu Ordinaire de Travail (DIMOT)<sup>80</sup> commun aux 4 ESAT a été mis en place dans les années 1990. Sa mission est d'élaborer des projets professionnels spécifiques pour les travailleurs handicapés afin de permettre l'accès et l'insertion en milieu ordinaire de travail. Il est actuellement peu mis en œuvre par manque de moyens financiers.

■ Les 4 établissements sont engagés depuis plusieurs années dans une réflexion visant à aboutir à la signature d'un CPOM avec l'ARS.

Points de vue et intérêts divergents des directions, aléas du marché du travail et évolutions de carrière n'ont pas permis d'arriver à un accord. Cependant, de ce travail commun a émergé une réelle volonté de voir aboutir le développement des activités actuelles, d'en proposer de nouvelles, et le besoin d'une réorganisation architecturale des locaux pour y répondre (Le CMSEA est propriétaire de l'ensemble des bâtiments).

#### **Eléments de diagnostic :**

☛ Comme pour les IMPros et l'IMP, le constat est fait d'une évolution du profil du public accueilli. Une **augmentation importante du nombre d'adultes souffrant de troubles du spectre autistique ou de troubles psychiques** est constatée, sans pour autant que des chiffres puissent être communiqués. Les constats sont faits uniquement à l'oral.

Les équipes se trouvent en difficulté face à ces comportements et ne sont pas formées pour cette prise en charge particulière.

☛ Il ressort aussi des différents entretiens qu'un **nouveau profil d'usagers** est repéré : des adultes très éloignés de l'emploi avec de grosses difficultés sociales orientés par le Pôle Emploi avec une notification de la CDAPH. Ils sont dans l'incapacité de travailler en « milieu ordinaire de travail » (MOT) mais ont plus de dextérité et de capacités professionnelles que les travailleurs handicapés déficients intellectuels.

Il existe donc pour ce type de population un réel potentiel de sortie (un des objectifs de l'ESAT) vers des entreprises adaptées.

L'accompagnement doit se faire ici au travers d'un important travail de réinsertion.

---

<sup>80</sup> A l'origine porté et subventionné par des partenaires comme les anciennes : direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement (DRIRE) ou direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DASS), il ne bénéficie plus aujourd'hui que des moyens financiers propres aux ESAT

Ces constats m'apparaissent questionner fortement l'accompagnement proposé par les professionnels et l'organisation interne des 4 ESAT.

- ☛ Faut-il envisager de spécialiser un ESAT pour accueillir ces 2 types de travailleurs handicapés et améliorer ainsi l'accompagnement ou bien faire en sorte que chaque structure soit en capacité de les accueillir ? Il faut **revoir l'organisation, le type d'activité et la formation des professionnels.**

- ☛ Enfin, lorsqu'il y a une admission en ESAT, le **travailleur handicapé n'est pas certain de pouvoir aller dans le secteur d'activité souhaité** (s'il a fait auparavant une formation en espaces verts et qu'il n'y a de la place qu'en conditionnement il ira en atelier conditionnement).

- ☛ Les ESAT sont confrontés au problème de l'adéquation de leurs surfaces de travail existantes avec **les besoins d'espace** pour développer leurs **activités de production** et l'inadaptation de celles **pour la prise en charge médicosociale** répondant aux critères de qualité et de respect des RBPP (pas de locaux dédiés au service de santé au travail ni service médical et paramédical dans toutes les structures, pas d'espaces conviviaux).

De plus, la configuration des locaux d'un des 3 ESAT messins n'est pas adaptée aux personnes à mobilité réduite.

- ☛ Une prise en charge médicale et paramédicale (sans locaux réellement adaptés) est prévue dans les 4 structures mais, là aussi, il existe **un manque de personnel** : le poste du **médecin** psychiatre est actuellement non pourvu à l'ESAT de Morhange pour les mêmes motifs que l'IMPro de Morhange (désert médical) et un poste d'**infirmière** est non pourvu. Le médecin psychiatre des 3 ESAT messins est le même que pour l'IMP et l'IMPro La Horgne. La psychologue travaille aussi à l'IMPro La Horgne.

- ☛ Des enquêtes de satisfactions en direction des usagers, de leurs familles et des partenaires sont régulièrement proposées. Cependant l'évaluation externe fait remarquer que *« les familles semblent assez peu associées mais le projet d'établissement met également en exergue les notions de responsabilité et de respect des choix de l'utilisateur notamment son accueil en tant qu'adulte »*.

- ☛ Quant aux projets individualisés d'accompagnement (PIA), ils *« sont à compléter pour les rendre plus lisibles tant pour les professionnels que les usagers »*.

- ☛ Un certain nombre de travailleurs handicapés ne sont pas aptes à vivre en appartement de manière autonome. Comme il y a **peu de places** qui se libèrent **dans les foyers** prévus pour les accueillir, ils retournent au domicile de leurs parents souvent âgés, sans réel accompagnement ni soutien.

• Enfin, aujourd'hui les ESAT font moins de sous-traitance et ont une part importante de clients « en direct ». C'est une diversification économique qui nécessite une force commerciale et une organisation pouvant répondre à des demandes multiples et variées. Pour pouvoir concilier nécessité de production et accompagnement médico-social de qualité il faut mettre en place une **stratégie politique, financière et commerciale**.

Il y a donc lieu en matière de pilotage de ces structures de répondre à la fois à des objectifs de prise en charge médicosociale et d'accompagnement, d'intégration et de socialisation par le travail pour les usagers et à des objectifs de production et de commercialisation.

Le départ en retraite prochain du directeur en charge de 2 ESAT et les compétences repérées d'un certain nombre de cadres lors des différents entretiens et réunions de travail est une opportunité à saisir pour construire une nouvelle organisation et identifier les niveaux de responsabilités de chacun (management, commercial, production et médico-social) au niveau des structures et à l'intérieur du pôle.

### 2.1.3 Le secteur Hébergement et Vie Sociale

Au 31/12/14		FAPP		FESAT		Corchade		FAM		FAS		Totaux
Ouverture		sept-72		sept-72		sept-74		févr-90		févr-02		
Localité		Saint Julien les Metz		Saint Julien les Metz		Metz		Saint Julien Les Metz		Saint Julien les Metz		
Age		18 à 60 ans		18 à 60 ans		18 à 60 ans		18 à fin de vie		20 à fin de vie		
Type d'accueil		15 places		60 places (+ 2 accueil)		14 places		15 places		15 places en internat		129 places
		Mixité		Mixité		Filles		Mixité		8 places accueil de jour		
		Internat		Internat		Internat		Internat		Mixité		
		365 j /an		365 j /an		366 j /an		367 j /an		365 j/an		
Moyenne d'âge des PH		45 ans		48 ans		30 ans		44 ans		48 ans		
Tarificateur		CD 57		CD 57		CD 57		AKS 57 (40% soins) CD 57 (60% hébergement)		CD 57		
Ressources humaines	Catégories	Effectif physique	ETP	Effectif Physique	ETP	Effectif Physique	ETP	Effectif Physique	ETP	Effectif Physique	ETP	ETP
	Direction	3	0,62	3	1,74	3	0,51	3	0,62	3	0,62	4,11
	Administration	3	0,42	3	1,74	3	0,30	3	0,42	3	0,42	3,3
	Médical	1	0,02	1	0,15	1	0,11	1	0,70	1	0,70	1,68
	Paramédical	1	-0,02	2	-0,15	1	-0,11	6	3,62			4,63
	Educatif	9	5,01	15	12,37	8	7,50	11	5,81	12	9,21	39,9
	Services Généraux	8	2,53	18	11,60	3	2,80	17	3,63	15	4,04	24,6
	Total Budget		8,61		28,28		11,26		14,80		14,99	77,94
Réel	25	8,63	42	28,43	19	11,37	41	14,80	34	14,99	78,22	

#### Analyse du tableau et éléments complémentaires

■ Les 5 foyers d'Hébergement et Vie sociale ont été créés il y a plus de 40 ans pour le 1<sup>er</sup>, 10 ans pour le dernier. Quatre sont regroupés sur le même site, le 5<sup>ème</sup> est distant de 4 km.

Tous sont sur la région messine et sont desservis par les transports communs, ce qui permet un accès facile des ESAT où un certain nombre d'usagers travaille.

**Le Foyer Appartements (FAPP)** est une unité de 4 appartements et 4 studios accueillant les adultes qui travaillent en ESAT et présentent les capacités à vivre en autonomie dans le cadre d'un habitat ordinaire ; ils sont accompagnés en permanence par une équipe de 5 professionnels (un des studios sert de base éducative).

**Le Foyer d'ESAT (FESAT)** héberge les travailleurs handicapés d'ESAT pour lesquelles une présence éducative permanente n'est pas nécessaire mais qui ont besoin d'une prise en charge institutionnelle globale.

**Le Foyer La Corchade** accueille des travailleuses handicapées d'ESAT.

Elles sont prises en charge dans la gestion de leur vie quotidienne mais la finalité est de les conduire à terme à une vie autonome.

**Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)** héberge des adultes lourdement handicapés ayant besoin de soins constants et de l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie courante.

**Le Foyer d'Accueil Spécialisé (FAS)** accueille des adultes qui, sans être lourdement handicapés, ne peuvent plus ou pas travailler.

■ Les 5 structures sont dirigées par un directeur titulaire d'un niveau I, certifié AFNOR référent bientraitance, secondé par un directeur adjoint.

Sur 94 salariés, il y a 7 cadres dont 3 chefs de service nouvellement nommés (2 en formation CAFERUIS<sup>81</sup>) qui travaillent parfois sur plusieurs structures, ce qui complexifie leurs missions.

#### **Eléments de diagnostic :**

• Le FAM est intégré au **CPOM en cours de négociation** avec l'ARS pour la partie soins. Cette situation a permis à son directeur de faire connaissance avec le secteur de la déficience moins de 20 ans (salariés et publics) qu'il connaissait peu et d'entrevoir très rapidement l'intérêt du pôle handicap : *« cela va permettre de travailler davantage avec les autres établissements du CMSEA et de s'orienter vers une mutualisation des moyens matériels et des compétences »*.

• Il n'y a **pas de comptable** et les budgets sont construits en lien avec le service central au siège de l'association.

• Les bâtiments sont la propriété du CMSEA et ne sont plus tous adaptés aux différentes problématiques rencontrées par les usagers. Il y a actuellement un **projet de**

---

<sup>81</sup> Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale

**restructuration architectural** pour le FAM. L'architecture du bâtiment et son agencement ne permettent plus un accompagnement individualisé de qualité (accompagnement trop collectif, sécurité et liberté de déplacement à redéfinir, pas de lieu propice à la convivialité pour l'accueil des familles).

☛ Des enquêtes de satisfactions en direction des usagers, de leurs familles et des partenaires ne sont pas régulièrement proposées sur l'ensemble des structures.

☛ Une prise en charge médicale est organisée dans les 5 structures mais, là aussi, il y a un **manque de temps de médecin psychiatre** (0.28 ETP) sur 3 structures.

Le psychomotricien travaille aussi à temps partiel à l'IMP.

☛ Comme pour les deux autres secteurs, une évolution des profils des adultes accueillis est constatée. Elle se situe à différents niveaux et impacte les modes d'accompagnement :

- Accueil d'un **nouveau public : adulte autiste ou porteur de TED et adulte présentant des troubles du psychisme.**

Les **locaux ne sont pas adaptés, et la cohabitation** entre les adultes déficients intellectuels présents depuis plus de 20 ans et ce « nouveau » public (souvent moins de 30 ans) est **complexe et difficile à gérer** (tensions dues aux différences d'âge et de pathologie). Ce **conflit intergénérationnel** est accentué au FAM et au FAS, les résidents pouvant rester au-delà de 60 ans.

- Les structures (excepté le foyer La Corchade) sont confrontées à un **problème de vieillissement des adultes accueillis**. Les résidents les plus âgés ont actuellement 62 ans (FAM). Il existe un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) à proximité mais qui ne dispose pas d'unité pour personnes handicapées vieillissantes (PHV). L'accompagnement n'y est pas adapté.

Les professionnels se sentent démunis face à ces nouveaux profils et n'ont **pas de formations spécifiques**.

☛ De plus, un certain nombre de **professionnels ont vieilli** au même rythme que les personnes accueillis. Les années passées « ensemble » ont amené une modification de la relation qui est devenue affective et ne permet plus le recul nécessaire. Des difficultés de positionnement apparaissent (proximité-distance, rôles de suppléance parentale...) qui ne peuvent qu'impacter le mode d'accompagnement mis en place, entraîner des **situations complexes et des décisions contradictoires entre professionnels**.

☛ Enfin, les adultes handicapés qui atteignent l'âge de 60 ans ne travaillent plus en ESAT et ne peuvent donc plus rester en FESAT. Quid de leur place en foyer d'hébergement ?

Il n'existe **actuellement pas de structure adaptée, interne ou externe** à l'association dans la région messine.

• Concernant justement les **liens et échanges** entre les **ESAT et le FESAT**, ils sont très **parcellaires ou limités** et interviennent le plus souvent en cas de problèmes, il n'y a **pas de réflexion en amont**.

Cette situation s'explique en grande partie par le souhait des professionnels de distinguer vie privée et vie professionnelle des adultes accueillis. Ce choix a été discuté et validé dans le cadre du projet d'établissement du FESAT mais cela fait débat.

Actuellement il existe deux projets personnels pour les adultes accueillis en FESAT : un émanant du FESAT et l'autre de l'ESAT.

Il n'y a **pas non plus d'échanges autour de l'adolescent en fin de prise en charge** à l'IMPro et le foyer d'hébergement susceptible de l'accueillir à sa sortie.

Concernant ce secteur de l'hébergement et de la vie sociale, il y a donc lieu – comme pour le secteur hébergement - de conduire rapidement un certain nombre de chantiers importants internes et externes.

## **2.2 Synthèse et enjeux du pôle**

L'examen des 14 structures fait apparaître 3 « mini-pôles » qui cohabitent les uns à côté des autres et qu'il va falloir mettre en musique sur une même partition.

Le « pôle » déficience moins de 20 ans est le plus « en avance » dans le travail de réflexion et de mise en commun.

On constate à tous les niveaux un morcellement des parcours de vie de l'utilisateur qui ne peut qu'impacter la qualité de l'accompagnement .

La conception du pôle dans la perspective d'une amélioration des modes d'accompagnement des usagers comprend donc plusieurs volets :

### **A l'interne pour les ESAT et l'Hébergement et la Vie sociale :**

◆ Concernant les ESAT il faut travailler à une nouvelle organisation managériale suite au départ en retraite d'un des directeurs et à un rapprochement des 4 ESAT (sur un même site pour les ESAT de la région messine ?) afin d'être plus efficace dans l'accompagnement.

◆ Concernant le pôle hébergement et vie sociale, il est nécessaire de conduire avec le directeur en poste le projet de rénovation architecturale du FAM et de réfléchir à la qualité de l'accompagnement (en lien avec le diagnostic établi précédemment).

### **De manière commune :**

◆ Une lisibilité du parcours des usagers de 3 ans à 60 ans et + avec une offre de services diversifiée et adaptée au public visé (déficients intellectuels, troubles du spectre autistique, troubles psychiques, personnes handicapées vieillissantes) permettant de conserver et de développer l'autonomie.

◆ Cette offre globale de prise en charge doit proposer un accompagnement thérapeutique, éducatif, pédagogique et professionnel adapté à l'âge et au handicap, décliné dans un projet de pôle.

◆ Des dispositifs innovants sur le territoire mosellan afin de de renforcer la proximité avec la famille et/ou des environnements différents, sachant que la volonté de la dirigeance associative est de « *se positionner partout où les autres associations n'iront pas* ».

Cette volonté associative complète la notion même de sauvegarde.

Les cadres interrogés sont favorables à cette organisation en pôle et souhaitent ainsi :

◆ pouvoir se recentrer sur leur cœur de métier en laissant au directeur de pôle un certain nombre de tâches périphériques et transversales (actions de communication, actions de représentation ou de sensibilisation, actions à monter en tandem comme la négociation auprès des tarificateurs, force de préconisations, transmission des informations plus rapides à l'interne comme à l'externe )

◆ une reconnaissance des compétences de chacun, une meilleure connaissance des autres pratiques et une complémentarité

◆ une transversalité sur l'ensemble des structures (dans le domaine du soin, la qualité, la gestion des évènements indésirables, la gestion financière, les appels à projet....).

◆ une inscription sur le territoire avec une reconnaissance du travail réalisé, notamment au niveau des partenaires, financeurs et autres associations

◆ que la mise en place des CPOM puisse être un des outils de construction du pôle

Une présentation synthétique du diagnostic a été mise en œuvre sous la forme d'une **matrice SWOT**<sup>82</sup> en annexe 5.

Il me semble maintenant opportun d'apporter des éléments théoriques pour affiner cette analyse.

---

<sup>82</sup> L'analyse SWOT (Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats) ou AFOM (Atouts – Faiblesses – Opportunités – Menaces) est un outil d'analyse stratégique. Il combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation, d'un territoire, d'un secteur, etc. avec celle des opportunités et des menaces de son environnement, afin d'aider à la définition d'une stratégie de développement.

## 2.3 Apports théoriques de la sociologie des organisations

### 2.3.1 L'organisation : se coordonner ensemble dans un but à visée collective

Le concept d'organisation du travail a fait l'objet d'un certain nombre de définitions, de théories et d'approches multiples<sup>83</sup> qui se sont affinées au fil de l'évolution même de la société, du développement et de la complexité des organisations dans les entreprises.

Depuis le taylorisme<sup>84</sup> et l'organisation scientifique du travail, modèle de rationalisation absolue remis en cause par le courant de pensée de l'Ecole des Relations Humaines<sup>85</sup> en passant par les théories de la motivation et des besoins<sup>86</sup>, **le travailleur est passé du statut d'objet** selon la formule de Gustave LE BON<sup>87</sup> : « Le dirigeant est le cerveau qui commande et les employés sont les organes qui obéissent » **au statut de sujet avec des émotions et des motivations.**

En 2014, Daniel GACOIN<sup>88</sup> propose une définition de l'**organisation** qui en reprend toutes les composantes :

« L'idée d'**une entité stable** : des buts, une division des tâches, et sous-ensembles de l'entité, des règles de fonctionnement venant réguler les jeux de pouvoir ou les articulations internes (ainsi que) l'idée d'**un sens commun** pour l'articulation de chacun dans un ensemble, avec une culture identitaire. Ce sens commun permet d'identifier la manière avec laquelle chacun s'inscrit dans des fonctionnements, et plus globalement, dans la recherche d'une efficience de processus collectifs organisés »<sup>89</sup>

Cette définition me semble être l'objectif à atteindre pour le pôle handicap.

En parallèle de cette définition, je souhaite m'appuyer aussi sur les travaux de Henry Mintzberg et de Crozier et Friedberg pour concevoir une organisation de pôle bientraitante et améliorer les modes d'accompagnement.

---

<sup>83</sup> Approches mécanistes, psychosociologiques, psychosociales, de management, sociopolitiques, macro et micro sociologiques

<sup>84</sup> TAYLOR F. (1856-†1915) ingénieur américain

<sup>85</sup> MAYO G. (1880-†1949) psychologue et sociologue australien considéré comme l'un des pères fondateurs de la sociologie du travail.

<sup>86</sup> MASLOW A. (1908-†1970) psychologue américain ayant développé à partir de 1943 une théorie de la motivation par la hiérarchie des besoins. Elle est représentée sous une forme pyramidale (de bas en haut : besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance et d'amour, d'estime et besoin d'accomplissement de soi)

<sup>87</sup> LE BON G. (1841-†1931) médecin français, anthropologue, psychologue social et sociologue

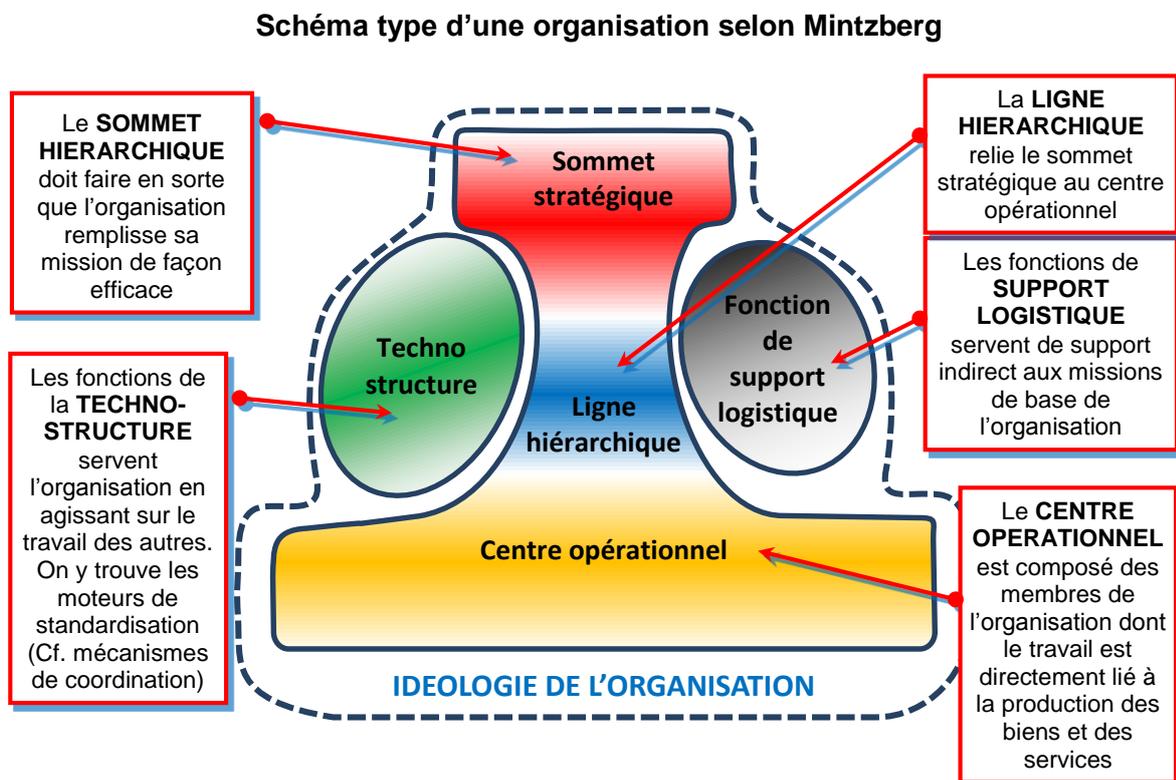
<sup>88</sup> Éducateur spécialisé, titulaire d'un diplôme d'études supérieures d'Economie Sociale, ancien directeur d'établissement social, thérapeute familial, né en 1955, il participe à la rédaction de nombreux ouvrages dans le secteur médicosocial.

<sup>89</sup> BATIFOULIER F., éd., 2014, *Manuel de direction en action sociale et médicosociale*, Paris, Dunod, 493 p, p. 150

### 2.3.2 L'approche descriptive et analytique de Mintzberg

Henry Mintzberg<sup>90</sup> définit l'organisation ainsi : « toute activité humaine organisée doit répondre à deux exigences fondamentales et contradictoires : la division du travail entre les différentes tâches à accomplir et la coordination de ces tâches pour l'accomplissement du travail. La structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assumer la coordination nécessaire entre ces tâches. »<sup>91</sup>.

Il utilise la théorie des jeux<sup>92</sup> et met en évidence 6 (5+1) éléments de base qui participent au fonctionnement d'une organisation et aboutissent à **la division du travail**. Ils ne sont pas toujours présents en même temps dans chaque organisation (selon les cas certains sont hypertrophiés, d'autres atrophiés) mais ils permettent de catégoriser les composantes possibles d'une organisation. Ces différentes parties sont en interaction et ont entre-elles des liens variés, multiples et complexes.



<sup>90</sup> Henry Mintzberg est né en 1939 à Montréal, est un universitaire canadien en sciences de gestion. Il est l'auteur d'ouvrages de management sur l'emploi du temps des cadres dirigeants, l'efficacité managériale, la structure des organisations, le pouvoir, la planification stratégique.

<sup>91</sup> MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'organisation, Paris, 440 p, p20

<sup>92</sup> Etude de situations appelées « jeux » où les individus « joueurs » prennent des décisions, chacun étant conscient que le résultat de son propre choix, ses « gains », dépend de celui des autres. La théorie des jeux est parfois nommée « théorie de la décision en interaction »

## A) Explications et applications immédiates au pôle handicap

### a) *Le sommet stratégique*

Organe de direction de l'entreprise (ici d'une association gestionnaire, d'un ESMS, d'un pôle) et d'élaboration de la stratégie (le projet associatif, le projet d'établissement, le projet de pôle). Il est chargé de l'ensemble de l'organisation et doit s'assurer qu'elle fonctionne selon les objectifs qui ont été fixés (stratégie). Il attribue des ressources aux différents services de l'organisation (en lien avec le tarificateur et les organes de contrôle et de régulation dans le secteur du médico-social), règle les conflits, diffuse les informations, assure une mission de contrôle et veille à affirmer un Leadership<sup>93</sup>.

• Concernant le pôle handicap, il s'agira à minima du directeur de pôle et d'adjoints directs éventuels (comité composé de différents directeurs des structures, d'experts choisis par le directeur de pôle, groupe de personnes qui participent à la mise en place des décisions stratégiques pour l'organisation et la vie du pôle etc...)

### b) *La ligne hiérarchique*

Elle va assurer une fonction d'interface. Elle garantit la coordination entre le sommet stratégique et le centre opérationnel et représente une hiérarchie d'autorité entre les deux parties. Elle a, d'autre part, une mission de communication et de remontée d'informations entre ces deux parties (depuis l'amont vers l'aval et inversement).

Il s'agit de cadres opérationnels chargés d'animer les équipes de travail, de cadres au contact direct des personnes qu'ils supervisent.

• Pour le pôle handicap, on peut envisager l'ensemble des cadres intermédiaires : les chefs de service (internat, plateaux de jour, ateliers techniques) des établissements et les responsables de services (SESSAD, IMP). Certains débutent sur ce poste et auront besoin d'être accompagnés (chefs de service des foyers d'hébergement par exemple).

### c) *Le centre opérationnel*

C'est la partie qui gère directement la production et/ou la vente des biens et services : les équipes opérationnelles « sur le terrain ».

Elle est chargée de traiter, assembler, ou transformer des matériaux ou de l'information.

Dans le secteur médicosocial, il s'agit d'effectuer un ensemble de prestations de services (thérapeutiques, éducatives, sociales, scolaires....) en direction de l'utilisateur (en lien avec la mission de l'organisation, le projet associatif, d'établissement et/ou de pôle).

• Au niveau du pôle : l'ensemble du personnel éducatif : éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, aides médico psychologiques, les stagiaires et apprentis en formation), le

---

<sup>93</sup> Dictionnaire Larousse Editions 2013 : Nom masculin. Ici : Capacité d'une personne à influencer et à fédérer un groupe pour atteindre un but commun dans une relation de confiance mutuelle et pour une durée déterminée

personnel des unités d'enseignement et le personnel paramédical : orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, aides-soignants, infirmiers.

d) *La technostructure*

Elle élabore la meilleure manière de travailler. Elle va rassembler des cadres, des ingénieurs, des experts qui ne font pas partie de l'encadrement mais qui ont une mission de contrôle, de planification stratégique et de standardisation du travail.

Il s'agit du recrutement, de la formation du personnel, de la recherche opérationnelle, des règlements, de l'ordonnancement de la production et des méthodes.

☛ C'est-à-dire, dans le cadre du pôle, les cadres techniques (fonctionnels) et notamment les psychologues. Il faudra s'interroger sur la place des médecins psychiatres qui ont certes une expertise particulière dans le domaine médical mais aussi la responsabilité<sup>94</sup> du personnel médical et paramédical.

e) *Les fonctions de support logistique (ou appui logistique)*

Ils rassemblent les différents services qui vont permettre aux salariés d'exercer leurs activités dans les meilleures conditions possibles. C'est-à-dire le service de nettoyage, le service de restauration, le service relations publiques, conseil juridique, paie, ...

☛ Pour le pôle, il s'agit essentiellement des agents d'entretien et de restauration.

f) *L'idéologie des organisations (élément ajouté après le modèle initial)*

Elle est fondée sur les normes et valeurs dominantes de l'organisation, cette partie est aussi importante que les 5 autres.

☛ Pour le pôle handicap, il s'agit (outre les valeurs associatives) d'une organisation qui vise l'intérêt supérieur de l'usager atteint d'une déficience intellectuelle, sa bienveillance ainsi que la recherche de l'amélioration constante de la qualité des modes d'accompagnement. « L'idéologie se nourrit des traditions et des croyances d'une organisation et c'est ce qui la distingue d'une autre et c'est ce qui insuffle une certaine existence à travers le squelette de sa structure<sup>95</sup> ».

B) Les différents mécanismes de la coordination des tâches et l'application au pôle handicap

Henry Mintzberg associe ensuite à cette présentation de base de **la division du travail**, 6 mécanismes de **coordination des tâches** pour accomplir une activité collective. C'est-à-dire 6 processus qui permettent aux individus de s'assurer que le travail de l'autre est fait.

---

<sup>94</sup> « Sous la responsabilité de l'un des médecins (...) l'équipe médicale et paramédicale met en œuvre les composantes thérapeutique et rééducative du Projet Individualisé d'Accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent » art.D.312-22 du CASF Décret 2009-378 2 avril 2009.

<sup>95</sup> MINTZBERG H., 1990, *Le management, voyage au centre des organisations*, Editions d'organisation, Paris, 544p, p. 154

Pour Mintzberg, chaque organisation intègre plusieurs mécanismes de coordination mais suivant les situations et/ou l'évolution dans le temps d'une structure il existe un mode dominant qui constitue le ciment de l'organisation.

a) *L'ajustement mutuel (collaboration) :*

La coordination se réalise au travers d'une communication informelle entre les travailleurs. Cela permet aux individus de s'accorder entre eux sur un mode de travail et correspond aux « arrangements » entre collègues.

☛ Par exemple au niveau du pôle, deux éducateurs spécialisés qui s'informent en communiquant à l'oral sur une action à mettre en place ou à modifier vis-à-vis d'un usager.

b) *La supervision directe (hiérarchie) :*

Une personne donne des instructions et ordres à plusieurs autres qui travaillent en interrelations et elle contrôle directement le travail.

☛ On peut retrouver cette supervision directe à plusieurs niveaux de l'organisation du pôle : le chef de service et l'équipe pluridisciplinaire qu'il encadre ; le directeur d'un établissement et les chefs de service etc...

c) *La standardisation des procédés de travail (procédures)*

Ici la coordination des tâches découle de l'application de description de postes ou de fonctions, de manuels de procédures, de tout élément qui décrit comment les différentes tâches doivent être exécutées. Cette recherche d'uniformité a des visées de cohérence et de transversalité entre les différentes sous-parties d'une même organisation. La technostructure spécifie les procédés de travail pour le centre opérationnel.

☛ Les fiches de postes et les fiches métiers ne sont pas réalisées sur toutes les structures, une uniformité est à rechercher sur l'ensemble du pôle et viserait de cette façon l'amélioration du mode d'accompagnement de l'utilisateur.

d) *La standardisation des résultats :*

Elle réalise la coordination du travail en spécifiant les résultats des différents types de travaux. La technostructure indique au centre opérationnel les résultats à atteindre, mais le salarié du centre opérationnel dispose d'une certaine marge de manœuvre pour atteindre son objectif.

☛ Dans le cadre du pôle, le médecin psychiatre préconise l'acquisition d'un certain stock lexical pour tel ou tel usager, ou l'apprentissage de l'autonomie dans les transports en commun, l'orthophoniste ou l'éducateur décide des techniques à mettre en œuvre pour arriver au résultat souhaité.

e) *La standardisation des qualifications (compétences) :*

Chaque individu possède des compétences répertoriées (formations spécifiques réalisées) et connaît les compétences attendues des autres salariés de l'organisation.

• Le pôle handicap est soumis à cet impératif de qualification car il prend en charge des publics déficients intellectuels présentant des profils variés (troubles du spectre autistique, troubles psychiques, handicaps rares, personnes handicapées vieillissantes....). Cette formation commune va conduire à une culture commune ayant pour but de positionner l'ensemble des salariés dans une même dynamique, leur permettant ainsi d'être plus compétents, performants et efficaces.

f) *La standardisation des normes (et des valeurs) :*

Ce sont les normes générales qui dictent le travail et sont établies pour l'organisation dans sa globalité.

• Cette standardisation doit se traduire dans le pôle par un travail sur des thèmes tels que le respect de la personne, la bientraitance, l'éthique, le concept " d'humanité<sup>96</sup> ", la qualité de l'accompagnement, etc.

L'approche globale de l'organisation est donc ici analysée en fonction des relations entre six de ses composantes et de leur poids respectif dans l'organisation.

En fonction de l'environnement, de la stratégie développée, de la méthode de management des hommes et des objectifs, le pouvoir sera plus ou moins centralisé, les lignes hiérarchiques plus ou moins nombreuses et courtes, la technostructure et le support logistique plus ou moins importants. Mintzberg expose à partir de là différents types d'organisations structurelles<sup>97</sup>.

L'objectif en concevant le pôle handicap est de s'inspirer de ses travaux pour tendre à un équilibre entre les différentes composantes du pôle handicap du CMSEA : entre le centre opérationnel et le sommet hiérarchique par exemple, une technostructure et des fonctions logistiques ni atrophiées ni hypertrophiées.

Il faut trouver la meilleure articulation possible entre les différentes composantes de l'organisation et veiller à ce qu'une partie ne dépasse pas une autre ou bien alors pouvoir ajuster, corriger le plus rapidement possible.

Mintzberg interroge la question de la compétence et de l'efficacité dans les organisations ainsi que la question des centres de décision. Le pôle handicap doit permettre de

---

<sup>96</sup> Voir annexe 3 La philosophie de l'Humanitude et la méthode de soins

<sup>97</sup> Organisation entrepreneuriale ou structure simple, organisation mécaniste ou bureaucratie mécaniste, organisation professionnelle ou bureaucratie professionnelle, organisation divisionnalisée, adhocratie ou organisation innovatrice

rapprocher le sommet de la hiérarchie (le directeur de pôle) de la base opérationnelle (les différentes équipes de salariés de l'ensemble des structures), de raccourcir les circuits qui permettent la décision. En effet, il n'est plus nécessaire de « passer » par la direction générale de l'association, puisqu'il existe au sein du pôle un directeur.

Pour compléter cette approche descriptive et analytique de l'organisation, il est aussi intéressant d'aborder de manière très succincte les travaux de Michel CROZIER<sup>98</sup> et Ehrard FRIEDBERG<sup>99</sup>.

### **2.3.3 L'analyse stratégique et systémique de Crozier et Friedberg : une vision dynamique du fonctionnement des organisations.**

En 1977, à partir de travaux sur la bureaucratie<sup>100</sup> et d'une étude réalisée par Crozier sur une entreprise publique<sup>101</sup> (examen des normes professionnelles, des rapports à l'autorité et des relations au sein de l'équipe de direction) Crozier et Friedberg mettent en avant les concepts d'acteur et de système en permanente interaction pour décrypter le fonctionnement de l'organisation.

Chaque individu a sa stratégie personnelle et joue son propre jeu dans le système d'action dont il fait partie.

- **l'acteur** : c'est lui qui mène l'action collective (avec ses collègues co-acteurs de l'action collective). Il possède une marge de manœuvre lui offrant une certaine autonomie dans le système (la marge de liberté).

- **le système d'action concret** : c'est l'ensemble des relations nouées entre les acteurs. Il peut s'agir d'un service, d'un établissement ou d'un pôle.

- **les zones d'incertitude** sont créées par le système lui-même : ce sont des compétences maîtrisées par les acteurs et qui sont nécessaires pour le fonctionnement de l'organisation. Tout n'est pas formalisé dans une organisation et ce qui ne l'est pas permet à l'acteur de se saisir ou non de la tâche à accomplir, cela va dépendre de son « bon vouloir » et aussi de ses intérêts personnels.

- **le pouvoir** : c'est la capacité d'un acteur à en faire agir un autre dans le sens souhaité.

---

<sup>98</sup> CROZIER M., (1922-†2013) Sociologue français. Concepteur de l'analyse stratégique et de l'action collective en sociologie des organisations.

<sup>99</sup> FRIEDBERG E., né en 1942 Sociologue français d'origine autrichienne. Chef de file de "L'école française de sociologie", développée par Michel Crozier depuis les années 60.

<sup>100</sup> La bureaucratie désigne ici un espace administratif : les bureaux et la présence d'une forme de contrôle : -craie

<sup>101</sup> La Société d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes (SEITA)

Les auteurs distinguent quatre grandes sources de pouvoir qui correspondent aux zones d'incertitude : le pouvoir lié à la maîtrise d'une compétence particulière (l'expertise du médecin psychiatre par exemple ou du comptable) et de la spécialisation fonctionnelle, le pouvoir lié à la maîtrise des relations avec l'environnement (l'individu qui est salarié de plusieurs établissements par exemple ou qui capitalise de nombreuses relations) , le pouvoir lié à la maîtrise de la communication et des flux d'informations et enfin le pouvoir qui découle de la maîtrise de la pratique des règles organisationnelles générales.

Cette approche de l'organisation doit être considérée comme complémentaire à celle de Mintzberg. La conception du pôle peut aussi être abordée comme un système dans lequel et sur lequel les acteurs cadres ou non cadres (qui ne sont pas des machines ou des êtres passifs) vont agir de manière stratège pour obtenir la satisfaction de leurs objectifs personnels (et pas seulement dans le but de répondre aux objectifs fixés par le projet du pôle handicap).

Il faut avoir à l'esprit, en tant que directeur de pôle que dans une organisation chacun élabore une stratégie personnelle dont le but est d'accroître sa « zone d'influence ».

D'autre part, si l'on considère que le salarié peut prendre plaisir à travailler pour lui-même (satisfaction personnelle), je pense que cela aura une répercussion immédiate sur sa façon d'aborder l'utilisateur et donc sur l'amélioration du mode d'accompagnement.

Enfin, la démonstration faite par Crozier et Friedberg permet de mieux comprendre les résistances au changement qui peuvent accompagner la modification d'un système et dont il faudra tenir compte pour manager le changement.

Enfin, pour compléter cet apport théorique, un détour par le secteur sanitaire est pertinent car il a dû il y a 10 ans maintenant se réorganiser en pôles afin de favoriser l'adaptation des établissements hospitaliers à leur environnement.

Deux directeurs d'Établissements Publics de Santé (EPS) en Meuse et Moselle et un médecin référent de la Direction de l'Accès à la Santé et des Soins de Proximité (DASSP) à l'ARS de Lorraine ont été interviewés afin d'enrichir et permettre l'analyse des informations issues des revues, ouvrages et rapports consultés sur l'organisation en pôles d'activités dans les établissements de santé.

## 2.4 Apport pratique : le secteur du sanitaire

La mise en place d'une organisation en **pôles d'activité clinique, médicotechniques ou administratifs** dans les EPS est issue :

- du programme de modernisation de l'offre de soins destiné à réduire les dépenses de santé : le plan Hôpital 2007<sup>102</sup> de septembre 2003
- de l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>103</sup> qui recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle, crée un conseil exécutif et incite à une organisation médicale interne simplifiée regroupant les services existants dans des **pôles d'activités ou de soins** selon un découpage laissé à l'initiative des centres hospitaliers.
- de la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009

### 2.4.1 La structuration d'un pôle d'activité

Chaque pôle est constitué d'un ensemble de structures internes à l'EPS et peut répondre à différentes logiques : une logique de pathologie ou de filière de prise en charge (pôles mère-enfant, gériatrie...), une logique d'organes (pôles thorax, tête-cou...), une logique généraliste (pôles psychiatrie, urgences...), une logique de prestations (pôles pharmacie, biologie...).

La création des pôles supprime l'organisation en départements, mais conserve la logique de services et d'unités fonctionnelles.

L'article L. 6146-1 du code de la santé publique stipule que :

**Le chef de pôle** est nommé<sup>104</sup> par le directeur de l'EPS pour une période de quatre ans renouvelable et une formation adaptée à ses nouvelles fonctions lui est proposée dans les deux mois qui suivent sa nomination.

**Le responsable de service ou d'unité fonctionnelle** d'un pôle est nommé par le directeur de l'EPS sur proposition du chef de pôle<sup>105</sup>. Pour appuyer ses décisions, le chef de pôle peut mettre en place un « **conseil de pôle** », ce qui permet l'association des personnels et favorise l'élaboration des orientations et des projets de pôle.

**Le contrat de pôle** définit les objectifs assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs. Il définit aussi le champ et les modalités **d'une délégation de signature** (délégation de décision et de gestion) accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans des

---

<sup>102</sup>Nouvelle gouvernance hospitalière, avec amélioration de la concertation direction/médecins dans la prise de décision stratégique et développement de la souplesse de fonctionnement et de la responsabilité médico-économique des services (**création des pôles d'activité**), enfin la tarification à l'activité (T2A) visant à lier les moyens d'un établissement (dépenses) à son activité (recettes tirées des tarifs nationaux par pathologies)

<sup>103</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>104</sup> Sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la Commission Médicale de l'Établissement (CME)

<sup>105</sup> Après avis du président de la CME selon des modalités fixées par le règlement intérieur

domaines déterminés (dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents, dépenses de formation de personnel, etc.).

Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle quant à la gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et la répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle, la gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux.

*« Le praticien, chef d'un pôle (...) organise avec les équipes médicales, soignantes et administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a **une autorité fonctionnelle**, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines (...)»*

**Un projet de pôle, 3 mois après la signature du contrat de pôle**, est élaboré par le chef de pôle en concertation avec ses équipes. Ce projet définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

On peut faire ici un premier parallèle avec le secteur médico-social dont la restructuration a débuté avec la mise en place de la LOLF et de la loi 2002-2 rénovant l'action médico-sociale. Cependant les transformations sont plus lentes que dans le secteur sanitaire et ce n'est qu'au début des années 2010 avec la création des ARS et la mise en place effective des CPOM que les formes organisationnelles des associations gestionnaires ont commencé à évoluer vers des pôles ou dispositifs particuliers.

D'autre part, même si les autorités de tarification et de contrôle incitent fortement les associations à mettre en pratique ces nouvelles formes de structurations par exemple à l'occasion de la contractualisation d'un CPOM, il n'y a pas d'obligation légale et les modalités de nomination du préfigurateur ou directeur de pôle, les contenus des contrats et projet de pôle sont laissés à la discrétion des parties.

#### **2.4.2 Les objectifs de cette organisation polaire**

La modification de l'organisation hospitalière poursuit des objectifs que l'on peut rapprocher de ceux du secteur médicosocial et notamment concernant ce mémoire professionnel :

**Regrouper au sein d'un même pôle** les différentes spécialités médicales afin de garantir une meilleure articulation de la prise en charge des soins et d'améliorer la qualité de service aux patients

☛ Pour le pôle handicap : proposer, au sein d'un même dispositif, une offre globale de prise en charge de la déficience intellectuelle, psychique et des troubles du spectre autistique (TSA) de la petite enfance à l'adulte handicapé vieillissant afin d'en améliorer les modes d'accompagnement.

**Mutualiser les ressources et limiter les dépenses** dans un contexte de restrictions budgétaires des établissements hospitaliers et de mise en place d'une tarification à l'acte

- Pour le pôle handicap, les contraintes et restrictions budgétaires sont aussi présentes. Exemple : la contractualisation du CPOM doit se faire « à moyens constants ». Il s'agit donc aussi de mutualiser et réduire autant que possible les dépenses (procédure d'appel d'offre pour les transports par exemple, obtenir des tarifs privilégiés auprès de fournisseur, adhérer à un Groupement d'Achats et de Liaisons des Œuvres Privées (GALOP)).

**Décloisonner les différentes composantes professionnelles** de l'hôpital (médicale, soignante, administrative) en favorisant leur rencontre et leur collaboration au sein d'un pôle.

- Pour le pôle handicap : permettre aux différentes équipes de se rencontrer, d'apprendre à se connaître et d'élaborer ensemble un projet de pôle.

**Confier à un médecin chef de pôle des responsabilités** de management, d'organisation et de gestion, l'associer aux décisions prises par les directeurs d'EPS et permettre une prise de décision au niveau le plus pertinent (principe de subsidiarité<sup>106</sup>) notamment managérial.

- Pour le pôle handicap : participer à la prise de décisions au niveau des différentes instances associatives, faire le lien entre la direction générale et les établissements et appliquer le principe selon lequel une responsabilité doit être prise au plus près de la source pour être pertinente et efficace.

### 2.4.3 Des enseignements à tirer d'un processus encore inachevé

La mise en œuvre de la réforme polaire n'est que partiellement atteinte, cependant un retour en arrière n'est ni envisagé ni souhaité par l'ensemble des protagonistes.

Cette réforme est tout d'abord une réforme des structures qui a permis d'apporter une première réponse institutionnelle aux difficultés liées à la gouvernance de l'hôpital.

En février 2010, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) soulignait : « *l'insuffisante formation et le manque de crédibilité des exécutifs de pôles, les réticences des directions à la réalisation de réelles délégations de gestion, la faiblesse et le caractère inadapté des outils mis à la disposition des pôles...* ».

En 2012, les unités polaires étaient opérationnelles à 77%<sup>107</sup> mais la contractualisation et la délégation de gestion étaient encore à mettre en œuvre (seulement 21%).

---

<sup>106</sup> En matière politique et sociale, le principe de subsidiarité est le principe selon lequel une responsabilité doit être prise par le plus petit niveau d'autorité publique compétent pour résoudre le problème. (...) Il conduit à ne pas faire à un échelon plus élevé ce qui peut être fait avec la même efficacité à un échelon plus bas. Le niveau supérieur n'intervient que si le problème excède les capacités du niveau inférieur (principe de suppléance)

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Principe\\_de\\_subsidiarité](https://fr.wikipedia.org/wiki/Principe_de_subsidiarité)

<sup>107</sup> NOBRE T., LAMBERT P., 2012 *Le management de pôles à l'hôpital : Regards croisés, enjeux et défis* Paris, DUNOD, 305p, p3

Malgré les 19 propositions du rapport d'évaluation sur l'organisation en pôles des établissements de santé remis à la Ministre de la Santé Marisol TOURAINE en mars 2014, de nombreux points sont encore à améliorer.

Les délégations de gestion sont toujours une source de difficultés entre pôles et direction, ces derniers ayant, selon un des 2 médecins interrogés beaucoup de mal : « à aller au bout d'une logique de déconcentration du pouvoir, au profit du directeur de pôle. Ceci pourrait, au bout d'un certain temps, nous démobiliser ».

Il subsiste un cloisonnement certain entre les acteurs hospitaliers qui poursuivent des logiques différentes. Enfin, les moyens octroyés aux pôles pour le suivi de leur gestion (tableaux de bord, indicateurs, outils de suivi) sont encore très hétérogènes.

Enfin, un certain nombre de directeurs de pôle ne souhaitent pas renouveler au-delà de 4 ans leur poste car ils préfèrent revenir à leur cœur de métier : la médecine, source pour eux finalement de plus de satisfactions et de moins de conflits !

Le chemin à parcourir est donc encore long pour parvenir à un changement culturel des rapports de pouvoirs, des modes de prises de décision, de fonctionnement, des comportements et des représentations de chacun.

Ce retour d'expérience du secteur sanitaire doit m'amener à être vigilante aussi bien dans la phase de construction du pôle handicap qu'ensuite, tout au long de son animation et de son développement.

Il va y avoir aussi un changement culturel :

- dans les rapports avec les directeurs des structures en fonction et placés sous ma responsabilité hiérarchique conformément à la délégation de pouvoirs signée avec la direction générale du CMSEA dans le cadre de la mission : « *Le Directeur de pôle disposera sur l'ensemble du personnel exerçant au sein des établissements et services du pôle d'une autorité hiérarchique et fonctionnelle (...)* »

- dans les modes de prises de décision, étant en contact permanent avec l'ensemble des structures (principe de subsidiarité)

Les fonctionnements, les comportements et représentations de chacun ne doivent pas être négligés.

Dans le secteur médicosocial, le document unique de délégations<sup>108</sup> qui est obligatoire, permet de rendre visible l'organisation des pouvoirs et les responsabilités entre la direction générale et les professionnels chargés de la direction des établissements. Il est d'autre part transmis aux autorités publiques qui ont délivré l'autorisation et au CVS.

---

<sup>108</sup> Décret n°2007-221 du 19 février 2007 relatif aux modalités de délégations et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux

Les compétences et les missions, la répartition des pouvoirs sont clairement établies, les délégations de gestion et le niveau de déconcentration aussi. Cela ne pose pas de difficultés majeures à la direction générale comme aux directeurs des structures.

Le secteur sanitaire, et surtout la gouvernance hospitalière doivent encore travailler cette acceptation-là.

Enfin, et c'est le but premier de cette organisation en pôle : **l'utilisateur** et l'amélioration de ses modes d'accompagnement, ce qui est aussi le but recherché dans le secteur sanitaire pour le patient.

Cette 2<sup>ème</sup> partie a permis de poser un diagnostic des 14 structures destinées à constituer le pôle handicap, l'apport de la sociologie des organisations et l'organisation polaire du secteur sanitaire ont complété les enjeux exposés. Je peux maintenant présenter le plan d'actions.

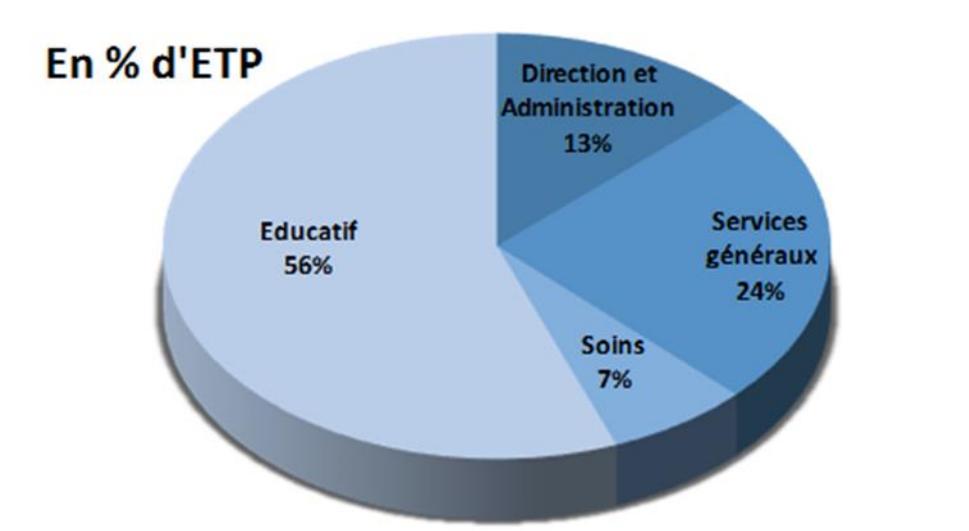
### 3 D'une logique d'établissements à une logique de pôle

En fin de 1<sup>ère</sup> partie de ce mémoire, il a été possible d'aborder les 14 établissements et services du secteur de la déficience intellectuelle du CMSEA sous l'angle de l'implantation géographique sur le territoire mosellan.

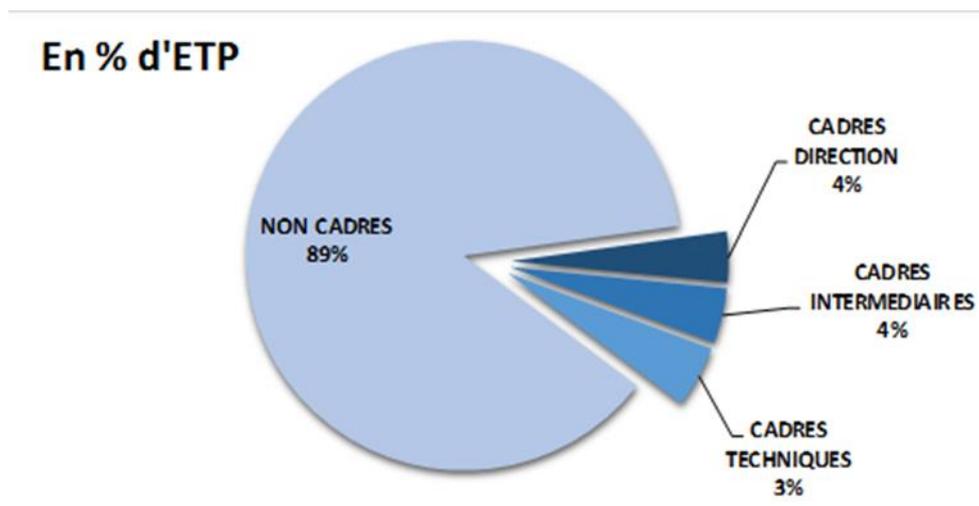
En introduction de cette 3<sup>ème</sup> partie, une approche sous l'angle des acteurs, professionnels et usagers<sup>109</sup>, me paraît être une perspective intéressante.

En effet, ils sont au centre des choix stratégiques à effectuer en tant que directrice du pôle, et doivent guider les préconisations et le plan d'actions à mettre en place.

#### Répartition des salariés selon leurs fonctions au sein du Pôle Handicap :

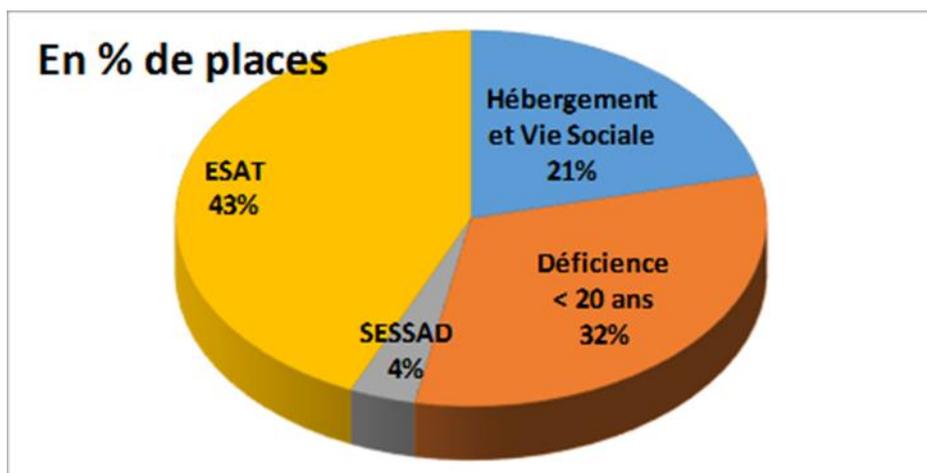


#### Répartition des salariés selon leur statut juridique :



<sup>109</sup> Diagrammes circulaires au 31 décembre 2014 en lien avec les tableaux présentés en 2<sup>ème</sup> partie du mémoire

## Répartition des usagers selon les agréments des structures :



A partir des éléments du diagnostic établi, de la matrice de SWOT réalisée, des enjeux du pôle énoncés et des apports théoriques et pratiques présentés, je propose maintenant de détailler les actions que je vais mener tant au niveau managérial que stratégique et organisationnel pour « **concevoir l'organisation du pôle handicap afin d'améliorer les modes d'accompagnement des usagers, de la petite enfance à l'adulte vieillissant** ».

### 3.1 La stratégie de management à adopter pour concevoir le pôle

Pour mettre en place, et ensuite conduire les transformations générées par cette nouvelle organisation, j'ai un but clair et précis, une vision globale de ce que je souhaite pour ce pôle, et ce, **dans la perspective de l'amélioration des modes d'accompagnement** des usagers.

Mes objectifs pour le pôle sont les suivants :

#### 3.1.1 Le respect des fondamentaux du pôle handicap

Il s'agit de proposer aux personnes accueillies (ou susceptibles de l'être) dans les 14 structures, un ensemble de services, de modes d'accompagnements et de projets de vie leur permettant de conserver et/ou de développer leur autonomie.

Cela doit se traduire par :

- ◆ **Une offre globale** de prise en charge de la déficience intellectuelle, des troubles du spectre autistique ou des troubles psychiques **quel que soit l'âge de l'utilisateur** (de la petite enfance à l'adulte vieillissant).
- ◆ Un **accompagnement éducatif, pédagogique, professionnel, social, thérapeutique** complet adapté à l'âge, à la situation sociale et au handicap.
- ◆ Un **Projet Individuel d'Accompagnement** de la personne porteuse d'un handicap co-construit et réajusté **tout au long de son parcours** (de vie, de soin, professionnel) avec elle et sa famille (ou son représentant légal).

◆ Des capacités d'accueil plurielles sur le territoire mosellan permettant à la fois de renforcer la proximité de l'utilisateur avec sa famille et d'offrir des environnements différents (urbains et péri-urbains).

Pour partager cette vision du pôle avec l'ensemble des salariés et atteindre les objectifs visés, il importe de mettre en place de manière concomitante une stratégie managériale et une organisation appropriées.

De plus, je m'appuierai aussi sur les principes développés dans la démarche et le plan managériaux 2014-2018 du CMSEA qui sont :

- en interne : un principe de « responsabilité individuelle et collective » et de transversalité
- à l'externe : un principe de dialogue et d'ouverture

### 3.1.2 La stratégie managériale pour accompagner le changement

Le diagnostic posé a permis de répondre à la question :

- Pourquoi changer et concevoir une nouvelle organisation ?

Il s'agit maintenant de répondre à cette autre question :

- Comment changer et évoluer vers une nouvelle organisation ?

C'est-à-dire notamment :

- Comment modifier des habitudes de travail au sein de structures pour le moment encore assez cloisonnées ?

Ce changement est une mutation considérable, **une modification de paradigme, une nouvelle façon de penser l'organisation** (logique de décroisement, de transversalité), d'adapter les pratiques professionnelles et les établissements (sur le plan architectural) pour répondre à l'évolution des problématiques des usagers et de leurs besoins.

Il est donc essentiel de ne pas négliger cette modification, cette rupture pour certains, et de comprendre les enjeux sous-jacents.

A) La conduite du changement : garder le cap et prendre le temps

L'idée même du changement suscite d'une manière générale des réactions variées, allant de l'enthousiasme ou l'espoir le plus fou, jusqu'à la crainte voire la phobie ou la réaction désabusée. Dans une organisation, le changement bouleverse les cadres de référence.

Consciente de ce contexte et convaincue de la pertinence de cette nouvelle organisation pour le bien-être des usagers, je dois guider et mener l'ensemble des salariés et des usagers vers cette nouvelle organisation bienveillante.

Comme l'écrit Jean-René LOUBAT : « *L'essentiel pour un manager est de garder le cap coûte que coûte et de mener à bien les changements qui s'imposent, de ne pas craindre de faire peur car toute grande entreprise effraye inévitablement un certain nombre de*

*personnes. Si la peur est communicative, l'enthousiasme et l'assurance le sont également. Si l'on est soi-même convaincu, on aura plus de chances de convaincre autrui. »<sup>110</sup>*

On ne peut pas décréter le changement pour le voir se réaliser : il faut le co-construire avec l'équipe.

Jean-René LOUBAT précise : « *Les changements programmés ne se réalisent pas d'un coup, ils se font progressivement en obéissant à des cycles complexes (...) il faut laisser aux acteurs un temps de métabolisation des notions et des idées et un temps d'accoutumance aux situations, de façon qu'ils puissent constater la non dangerosité et l'intérêt de telle ou telle approche ou méthode. »<sup>111</sup>*

Je vais donc prendre le temps nécessaire et co-construire le pôle avec l'ensemble des professionnels. Cette construction commune permettra à chacun de s'approprier cette nouvelle organisation, de la comprendre et de l'accepter.

Pour réussir cette démarche de changement, le respect des principes suivants me semble essentiel :

- ◆ Une action collective et dynamique (tous ensemble)
- ◆ Une dimension participative et collaborative (compétences des uns et des autres)
- ◆ De l'écoute active et de la compréhension (pour appréhender les résistances et mettre en place un accompagnement adéquat)
- ◆ Du temps (pour faire le deuil de l'ancien mode de travail établissement par établissement, pour identifier toutes les étapes de conception, pour vaincre les résistances et permettre l'appropriation)

Pour mener à bien la mission qui m'a été confiée par la direction générale je propose de fonctionner en mode projet. Cette conduite légitimera mon action et m'aidera à faire la démonstration que **l'organisation en pôle handicap**, tant dans sa forme que dans son fonctionnement, n'est pas un problème mais **une solution** pour tendre vers l'amélioration continue de la qualité des modes d'accompagnement des usagers.

B) Piloter ensemble le changement par une mise en mouvement de tous

Je veux établir **un cadre de travail commun** tant au niveau de l'équipe d'encadrement qu'au niveau de l'ensemble des salariés et projeter **une vision stratégique**.

Ainsi, je vais tout d'abord mettre en place trois types de réunions de travail.

---

<sup>110</sup> LOUBAT J-R., 2006, Penser le management en action sociale et médico-sociale, Editions DUNOD, Paris, 391p, p. 53

<sup>111</sup> Ibidem 2

Les comptes rendus ou relevés de conclusions des réunions seront réalisés à tour de rôle par tous les participants selon un calendrier préétabli (trame de rédaction et ordre du jour à suivre pour que cela ne soit pas chronophage, rédaction directement sur ordinateur portable avec transmission au secrétariat pour mise en forme et distribution à tous dans les 48h).

a) *Le sommet stratégique : un « Conseil de pôle handicap » comme comité de pilotage*

Il pourra prendre le nom de **conseil de pôle handicap** (analogie avec le secteur sanitaire). La fréquence des réunions, d'abord mensuelle, sera ensuite adaptée à l'avancement de la démarche. Les réunions se tiendront au siège de l'association permettant ainsi à la direction générale de se joindre facilement au conseil en cas de nécessité (validation de décisions stratégiques, engagement de dépenses importantes etc....).

Ce comité sera composé des directeurs des structures qui participeront à la mise en place des décisions stratégiques pour l'organisation et la vie du pôle handicap (optimisation et mutualisation des moyens et des ressources).

Cette qualité de membre du comité permettra à chaque directeur de s'inscrire de façon « proactive » dans le projet.

Ils devront être notamment forces de proposition pour piloter (ou faire animer par des salariés de leurs structures) des actions en lien avec l'amélioration des modes d'accompagnement des usagers.

Le conseil de pôle ainsi constitué possède tous les ingrédients nécessaires pour réussir : pouvoir de décision, coresponsabilité, expertise, crédibilité, leadership et représentativité.

Il me faudra impulser une dynamique avec des directeurs engagés, liés par une conviction partagée (notamment l'amélioration des modes d'accompagnement des usagers), le goût de l'action et la recherche d'opportunités (dispositifs innovants).

b) *La « réunion sectorielle handicap »*

**Un groupe de travail** sera dénommé « **réunion sectorielle handicap** » afin d'éviter toute confusion avec le conseil du pôle handicap.

Cette sectorielle **mensuelle** réunira l'ensemble des cadres de direction et cadres intermédiaires des 14 structures et dispositifs (sommet et ligne hiérarchique chez Mintzberg).

**Les cadres intermédiaires** tiennent un rôle primordial dans cette période de conception. Ils assurent une fonction d'interface (Mintzberg). Ils **sont en première ligne**, en contact direct avec les salariés, les usagers et parfois les familles. Ils doivent eux aussi accepter le changement, se l'approprier et être convaincus du bien-fondé de la démarche. C'est sur la base de ces conditions qu'ils pourront faire remonter les informations repérées sur le terrain (perception du changement et identification des résistances potentielles) et dans le même

temps communiquer la vision et l'ambition du pôle auprès de leurs équipes, les impliquer et au fil des sectorielles communiquer sur l'avancement du changement.

La réunion sectorielle se tiendra, à tour de rôle, dans chacune des structures<sup>112</sup>.

Cette rotation contribuera à la connaissance des 14 sites, des différentes modalités de prise en charge et assurera l'implication de tous (une projection d'une vidéo de présentation de chaque structure est à prévoir, cette vidéo pourra ensuite être retravaillée et réutilisée lors de présentation du pôle aux différents partenaires ou sur un site internet dédié).

Il me semble aussi pertinent et stratégique d'associer les médecins psychiatres (actuellement 2) dans ces réunions de travail car ils ont certes une expertise particulière (thérapeutique) et à ce titre relèvent de la technostructure (Mintzberg), mais ils ont aussi une responsabilité médicale dans les structures où ils interviennent.

Leur regard sur la nouvelle organisation et leurs remarques permettront d'alimenter la réflexion commune.

D'autre part, comme pour les cadres intermédiaires, ils sont un relais incontournable avec l'équipe médicale (infirmiers, aides-soignants), l'équipe paramédicale (orthophonistes, psychomotriciens, art-thérapeutes etc...) et les psychologues (pour ces derniers, le lien est seulement fonctionnel).

Ces réunions permettront de progresser ensemble dans la conception du pôle, de présenter l'avancée des travaux et des décisions prises en conseil de pôle, de susciter et faire émerger les idées et de mettre en place des projets transversaux.

### *c) Des groupes de travail transversaux*

Des thématiques seront abordées à partir du diagnostic établi en 2<sup>ème</sup> partie du mémoire (évolution du profil des usagers, formations, sexualité et vie affective, bientraitance, éthique, projet individualisé d'accompagnement) en lien avec l'amélioration des modes d'accompagnement et déboucheront sur **des groupes de travail transversaux**.

Les cadres se verront confier des missions particulières en tenant compte de leurs souhaits et en fonction de leurs compétences (fonction de **chargés de missions**<sup>113</sup>).

Concernant les cadres intermédiaires, cela leur permettra de se sentir impliqués dans le processus de changement, voire leur donnera une nouvelle source de motivation.

Cela me permettra aussi de repérer les potentiels de certains et d'envisager dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois et des ressources (GPEC) des progressions de carrière (formations CAFDES par exemple). Compte tenu de la pyramide des âges des

---

<sup>112</sup> 85% des structures sont situées dans la région messine.

<sup>113</sup> La déclinaison opérationnelle de ces fonctions sera détaillée lors de la présentation de l'organigramme du pôle handicap

salariés, un certain nombre de postes de direction de niveau I seront à pourvoir dans les 5 à 10 années à venir.

Certes, l'évolution en pôles dans le secteur médico-social aura une incidence sur les organigrammes hiérarchiques des structures : des regroupements seront à effectuer mais, à la date d'aujourd'hui, la suppression pure et simple des postes de directeurs d'ESMS, n'est pas envisagée par la direction générale du CMSEA.

Enfin, dans le cadre du plan managérial 2014-2018 évoqué plus haut, ce cadre de travail commun permet, de manière élargie « *de renforcer les compétences de nos cadres intermédiaires pour qu'ils soient des relais efficaces de changements sur le terrain et surtout de ne pas les cloisonner dans l'opérationnalité* ». <sup>114</sup>

### C) Une communication adaptée et régulière

Penser stratégiquement la communication en période de changement est essentiel pour la réussite du projet. C'est un acte politique fort.

◆ A l'interne, la communication se fera déjà à partir des 3 formes de réunions citées précédemment. De plus, je participerai à d'autres réunions dans les différentes structures lorsqu'il y aura un besoin particulier (résistance importante au changement, difficultés ou nécessité d'explications complémentaires) **en binôme avec le directeur de la structure**. Il s'agit des réunions des instances représentatives du personnel, des réunions de services, des conseils de la vie sociale, etc.

Si nécessaire, et à la demande du directeur général, je participerai ponctuellement aux réunions du Conseil d'Administration, du Bureau ou du Conseil d'Etablissement, principalement pour exposer l'avancée du projet.

La communication informelle des cadres auprès de leurs équipes va aussi permettre de construire un esprit d'équipe, et une culture de pôle bientraitant pour les personnes accueillies.

◆ A l'externe, à l'occasion de réunions avec les tarificateurs (négociation du CPOM en cours avec l'ARS, avec le CD pour les foyers d'hébergement) et les partenaires habituels (MDPH, Education Nationale, Services de tutelle aux majeurs protégés, élus politiques), je communiquerai sur les avancées, les succès et performances du nouveau pôle handicap.

La création d'une page dédiée sur le site internet existant de l'association, est à discuter en conseil de pôle (but et modalités de fonctionnement), puis à impulser en réunion de sectorielle.

Il faudra repérer les compétences particulières d'un directeur ou d'un cadre intermédiaire dans le domaine informatique et lui proposer d'en assurer l'administration (la création sera

---

<sup>114</sup> Plan de management 2014-2018 du CMSEA « *L'engagement managérial du CMSEA* » p 3

réalisée par l'informaticien attaché au siège de l'association et mis à disposition pour toute la durée de conception du pôle).

C'est un autre moyen de communication qui doit être cependant très encadré et nécessite une veille. Un des intérêts de ce site serait la communication avec les familles, par exemple, sur des dates de formation sur l'autisme mises en place et auxquelles elles pourraient participer (ce point sera développé en dernière partie). Une plaquette de présentation du pôle en version papier et en version PDF est aussi à envisager à plus long terme.

La mise en œuvre de ces différents modes de communication conduira à une bonne visibilité de l'ensemble du pôle, des orientations et évolutions associatives.

#### D) La résistance au changement

Inévitablement des oppositions vont apparaître, même si les différents cadres interrogés lors du diagnostic disent ne pas être opposés à ce changement : la résistance peut aussi apparaître ultérieurement. C'est un processus normal qui accompagne le changement.

Tous les salariés sont concernés et les difficultés ne seront pas forcément là où je les entends.

C'est notamment en communiquant, comme évoqué ci-dessus, le plus tôt possible et en répondant aux questions, que l'acceptation du changement va s'amorcer.

Les oppositions et interrogations peuvent être fondées. Il faut amener les personnes à s'expliquer et à donner des arguments factuels à leurs positions pour pouvoir leur répondre. D'autre part, il me faut identifier avec les directeurs, au sein des équipes, les personnes favorables au changement : il y a des salariés qui vont percevoir très rapidement des bénéfices dans le changement prévu, aussi bien dans le mode d'accompagnement de l'utilisateur que dans leurs conditions de travail.

Ils sont des relais d'information, des « portes paroles ». Leur pouvoir d'influence (dans le bon sens du terme) auprès de leurs collègues n'est pas forcément lié à leur positionnement dans l'organigramme. Ils sont très écoutés par les autres, car ils ont de l'expérience et sont reconnus pour la qualité de leurs réflexions. Ils vont contribuer à faciliter le décloisonnement des structures et le travail en transversalité (lors de la mise en place de formations communes par exemple, de réunions à thème ou de colloques).

### **3.1.3 Dispositif de pilotage et conception d'un organigramme de pôle**

La conception en pôle handicap résulte d'une volonté associative d'améliorer l'organisation des 14 établissements et services, et consécutivement les modes d'accompagnement des usagers.

Cela se traduit par une mise en commun des compétences et des moyens permettant l'ajustement permanent des ressources (humaines et matérielles) aux besoins et modes d'accompagnement des usagers, mais aussi **en introduisant un échelon intermédiaire hiérarchique entre la direction générale et la direction des structures.**

Le lieu de la décision est décentralisé (principe de subsidiarité) au plus proche des salariés et des usagers, dans le but aussi d'améliorer leur prise en charge.

Des décisions peuvent être prises plus rapidement pour le bien-être des usagers.

Cette décentralisation apporte « l'agilité » nécessaire à la résolution de problèmes complexes (l'apparition de nouveaux profils de publics par exemple) tout en favorisant ainsi l'intelligence collective et l'innovation.

Une échéance de trois mois à partir de la 1<sup>ère</sup> réunion du comité de pôle paraît raisonnable pour réaliser cet organigramme et le présenter pour validation aux différentes instances (la direction générale, le comité de pôle, puis les Instances Représentatives du Personnel et enfin les salariés). Cet échéancier sera travaillé en conseil de pôle.

Cependant, comme mentionné en 2<sup>ème</sup> partie du mémoire lors de la synthèse des enjeux du pôle, un préalable à la mise en place de cet organigramme s'impose circonstanciellement : l'organisation managériale au sein des ESAT suite au départ en retraite imminent d'un des directeurs d'ESAT.

#### A) L'organisation des 4 ESAT

Pour rappel, l'évolution des 4 ESAT doit passer par un développement des activités économiques et le déploiement de capacités à répondre aux besoins des personnes handicapées sous la forme d'un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social, leur autonomie et leur implication dans la vie sociale (lois de janvier 2002 et février 2005).

Ainsi, le pilotage des 4 ESAT doit permettre de répondre à la fois à des objectifs économiques de production et de commercialisation, et à des objectifs de prise en charge médico-sociale, d'accompagnement, d'intégration et de socialisation par le travail.

Aussi je préconise **un directeur**<sup>115</sup> Classe 1 Niveau 1 unique pour assurer la direction des 4 ESAT qui s'appuiera sur **deux directeurs adjoints** aux compétences spécifiques :

- Le premier chargé du secteur commercial et des activités de production
- Le second chargé de la partie médico-sociale et des modes d'accompagnements

Ces derniers se verront attribuer une fiche de mission et des délégations en rapport avec les attentes de leur poste.

Le non remplacement poste pour poste du directeur qui part en retraite et l'existence de compétences repérées d'un certain nombre de cadres autorisent cette proposition

---

<sup>115</sup> Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966. Mise à jour au 15 septembre 1976.

d'organisation transverse sur l'ensemble des activités et spécificités des structures existantes.

Le temps de présence des directeurs adjoints dans chaque structure sera à organiser en collaboration avec eux.

Cependant en raison de l'implantation des bureaux de la direction des 4 ESAT à l'ESAT de Blory, la conservation d'un interlocuteur cadre, chef de service, pour les salariés au sein de chaque établissement périphérique (management de proximité) paraît d'ores et déjà important.

Un projet de regroupement des 3 ESAT messins sur un même site, ou la spécialisation d'un ESAT dans l'accueil d'un type de public<sup>116</sup> est à réfléchir dans les mois à venir (12 mois). En attendant il me semble déjà opportun de spécialiser transversalement chacun des chefs de service sur une ou deux activités développées au sein des structures (espaces verts, conditionnements divers, prestation de services à la demande, sous-traitance industrielle, etc.).

Ces spécialisations permettront des gains de productivité (aspect économique), tout en renforçant la professionnalisation et la qualité de l'accompagnement des usagers (aspect médico-social) dans le respect des RBPP de Juin 2013 « *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat* ».

Dans un second temps, une mission spécifique transverse sur le pôle pourra aussi être proposée (mise en place et suivi de la qualité des repas et de la sécurité alimentaire par exemple).

#### B) L'organigramme du pôle handicap

L'organigramme que je me propose de concevoir doit faciliter la lisibilité et la compréhension par tous, de la place de chacun, et des champs de compétences des uns et des autres par rapport aux missions qui seront attribuées.

Il présente quatre caractéristiques :

- ◆ Une direction des 14 structures et dispositifs par un directeur de pôle
- ◆ Des cadres qui conservent toutes les attributions de délégations ou subdélégations de pouvoir, mais qu'il sera peut-être nécessaire ultérieurement d'adapter (en lien avec la direction générale) pour être fidèle à l'esprit de la nouvelle gouvernance du pôle
- ◆ Avec des missions élargies et transverses notamment destinées à améliorer les modes d'accompagnement.
- ◆ Un développement de la technostructure (Mintzberg)

---

<sup>116</sup> Cf diagnostic partie 2

a) *Des chargés de mission*

Je souhaite ainsi, dans un premier temps, mettre en place des « **chargés de mission** »<sup>117</sup> sans lien hiérarchique avec les équipes qu'ils encadreront à cet endroit.

Il s'agira de directeurs et/ou de cadres intermédiaires repérés pour leurs compétences particulières, leurs connaissances, leur polyvalence ou leur expérience (lors d'entretiens individuels, en réunions de sectorielles ou conseil de pôle, ou encore à l'occasion d'initiatives particulières, etc...) :

- ☛ Dans le registre de la communication
- ☛ Dans la dimension juridique en référence aux droits des usagers et aux devoirs des institutions
- ☛ Dans le domaine des recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- ☛ Dans des démarches innovantes de professionnalisation et de socialisation face à l'évolution des publics (éloignés du monde du travail ou vieillissants)
- ☛ Dans des démarches de prise en charge et mise en œuvre de l'accompagnement des usagers porteurs de trouble du spectre autistiques ou de troubles psychiques
- ☛ Dans les procédures de réponses aux appels à projets
- ☛ Dans le développement des modèles de PIA et/ou d'une harmonisation des pratiques
- ☛ Dans la gestion et l'analyse financière des ESMS, la redéfinition de la politique d'achat et le conventionnement (les transports des usagers par exemple)
- ☛ Dans des capacités à élaborer des outils d'évaluation et autres.

Le chargé de mission sera l'initiateur et le chef d'orchestre d'un programme d'études et/ou d'actions à mener en mode projet : phase d'exploration du thème retenu, constitution d'un groupe de travail, définition d'un calendrier pour atteindre les objectifs ou tâches fixés, reporting régulier avec le conseil de pôle et communication en réunions de sectorielle, propositions en fin de mission, analyses et perspectives / bilan.

Ces missions pourront déboucher sur la mise en place de référents :

b) *Des Référents*

**Un Référent Bientraitance Pôle Handicap**

Trois directeurs (les 2 IMPros et le directeur des foyers d'hébergement) sont certifiés par l'association AFNOR référents bientraitants.

L'un d'eux pourrait être chargé de développer sur l'ensemble du pôle les RBPP pour qu'elles soient connues de tous et intégrées par les professionnels (notamment celles en

---

<sup>117</sup> Cf 3.1.2 B) Piloter ensemble le changement par une mise en mouvement de tous.

lien avec les modes d'accompagnement des usagers). Il serait force de proposition dans la réflexion sur la création de dispositifs innovants de prise en charge.

Il mettrait en place les actions nécessaires pour instaurer une culture pérenne de la bientraitance au sein du pôle : animation de réunions avec des salariés des différentes structures (salariés volontaires ou désignés par les directeurs), séances d'information ou de formations sur le thème de la bientraitance, soutien et conseil sur la bientraitance aux professionnels.

Il pourrait être sollicité par les directeurs des structures lors des procédures de signalement (informations préoccupantes) et de traitement des événements indésirables.

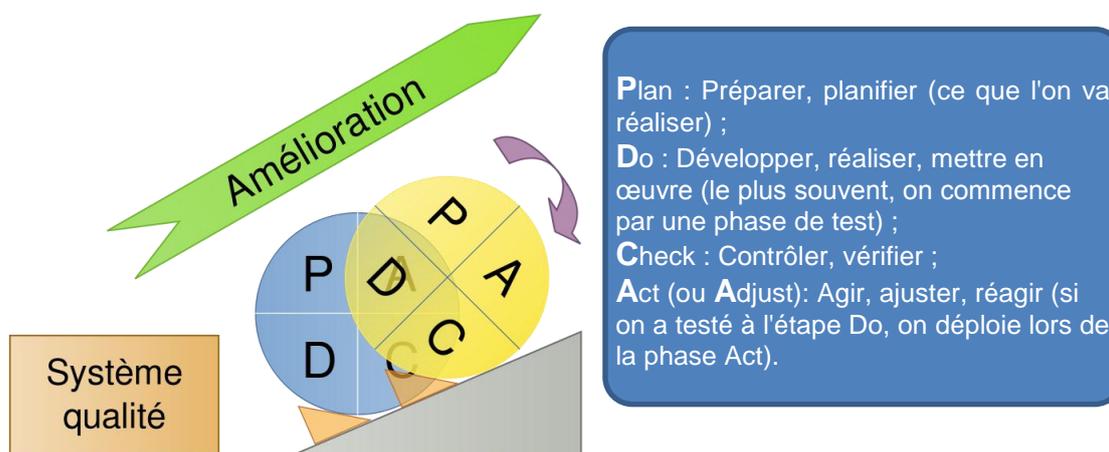
Cette proposition sera à valider en conseil de pôle.

### Un Référent Qualité Pôle Handicap

L'ensemble des évaluations internes et externes vient d'être réalisé dans toutes les structures. Toutes les données obtenues ont permis d'établir des constats et de dégager des pistes d'amélioration de la qualité (PAQ), notamment au niveau de l'accompagnement des usagers structure par structure.

Il s'agit maintenant de mettre en place une démarche qualité transversale qui sera elle-même évaluée (mise en place d'indicateurs de mesures : nombre de réclamations, plaintes, enquêtes de satisfaction, etc.).

Ainsi le « cercle vertueux » de la qualité (selon la Roue de Deming<sup>118</sup>) pourra se mettre en mouvement.



Il sera le garant de la satisfaction des usagers et de la gestion des risques. Il assurera le suivi et l'animation des démarches qualité (mise en place d'une base documentaire consultable sur l'intranet en prenant appui sur les compétences de l'informaticien du siège par exemple) et gestion des risques.

<sup>118</sup> La roue de Deming – PDCA – est un moyen mnémotechnique permettant de repérer avec les étapes à suivre pour améliorer la qualité dans une organisation.

Il s'occupera de mettre en place le document unique de l'utilisateur.

Je souhaite de plus qu'il travaille avec le référent bien-être, à la mise en place d'une cellule de réflexion et de pilotage de la qualité et de ses effets en matière de procédures de bien-être et d'exercice du droit des usagers.

Ces responsabilités transversales vont représenter une charge de travail supplémentaire pour les cadres et cadres intermédiaires.

Il me faut veiller à ce que cette charge ne devienne **pas une surcharge de travail pour eux** (1<sup>ère</sup> source de stress au travail en France<sup>119</sup>).

C'est ici une préoccupation majeure de manière à rester toujours en alerte, et de répartir les tâches sur l'ensemble du pôle tout en impulsant les conditions d'une synergie positive qui découvrira **le potentiel collectif** (le pôle est une solution, pas un problème de plus).

La mise en place de **coordinateurs d'équipes** dans les structures est un moyen d'accompagner cette évolution des fonctions d'encadrement et de directions.

### c) *Des coordinateurs d'équipe*

Les coordinateurs d'équipe assureront l'orchestration, la mise en œuvre et la coordination des activités en mobilisant les ressources nécessaires à l'accomplissement des tâches. Ceci permettra d'organiser le travail et d'accompagner les équipes au quotidien, dans une proximité importante (et favorisera aussi l'ajustement mutuel évoqué par Mintzberg).

Ils se situeront institutionnellement à l'interface du chef de service et de l'équipe socio-éducative ou médico-sociale, sous l'autorité hiérarchique du cadre, en lien fonctionnel avec les professionnels (centre opérationnel, chez Mintzberg).

De par leurs fonctions spécifiques de coordination, ils disposeront d'une délégation de missions fonctionnelles (mise en place d'une fiche de fonction).

Il pourra y avoir des coordinateurs d'équipe dans toutes les structures, selon les besoins des chargés de mission, hormis pour le moment au sein des 2 SESSAD, dispositifs débutants et de plus, disposant d'un nombre réduits de salariés.

Leurs missions pourront être les suivantes :

#### ☛ Coordination des équipes éducatives et des plannings

Préparation et animation des réunions hebdomadaires d'équipe pluridisciplinaire (préparation de l'ordre du jour qui sera soumis pour approbation au cadre hiérarchique, fonctionnement, organisation et/ou échanges sur une situation particulière d'un usager),

---

<sup>119</sup> <http://www.inrs.fr/risques/stress>

« On parle de stress au travail quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre. »

élaboration et gestion des plannings de l'internat et des plateaux de jour en lien avec le chef de service, soutien et accompagnement des orientations des équipes, gestion des conflits.

• **Coordination entre l'éducatif et le médical et paramédical**

Assurer avec les soignants (principalement infirmières, aides-soignants, orthophonistes, et psychomotriciens) l'articulation entre la dimension éducative, sociale, pédagogique ou professionnelle et la dimension médicale de la prise en charge de l'usager. Ils devront faire remonter les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'usager auprès des chefs de service.

Dans tous les cas, il s'agira pour eux d'informer et de communiquer, de mobiliser les compétences personnelles et collectives de leurs collègues, de savoir repérer les risques psycho-sociaux et d'accompagner la mise en œuvre des projets individualisés pour concourir à la fluidité du parcours de l'usager.

*d) Les unités d'enseignement*

Il y a une Unité d'Enseignement dans 3 établissements (l'IMP et les 2 IMPros). L'UE permet d'assurer **la continuité des parcours de scolarisation** et de formation des élèves en situation de handicap qui ne peuvent poursuivre leur scolarité à temps plein dans un établissement de l'Education Nationale.

Chaque unité dispose d'un **coordonnateur de l'Unité d'Enseignement** qui est chargé d'organiser et d'animer sous l'autorité fonctionnelle des directeurs des structures les actions de l'Unité d'Enseignement, en collaboration avec les autres professionnels.

Il me semble intéressant d'installer une cellule de pilotage de la scolarité dont les objectifs pourraient être :

• Dans un premier temps (une année scolaire), que les coordonnateurs se rencontrent au minimum une fois par trimestre pour échanger sur leurs pratiques, le travail en binôme éducateur/enseignant, **la continuité du parcours scolaire** et la communication des projets personnalisés de scolarisation (PPS) de l'IMP à l'IMPro, le travail effectué avec les référents scolaires et les familles.

• Dans un second temps, engager une réflexion transversale sur le pôle concernant les modalités possibles de l'apprentissage scolaire ou du maintien des acquis scolaires au-delà de 20 ans dans les ESAT et les foyers d'hébergement (en tenant compte des missions premières des enseignants, de la scolarité obligatoire de 6 à 16 ans, de l'âge mental des personnes accueillies correspondant au degré de développement intellectuel et non à l'âge réel, d'un état des lieux des activités scolaires déjà proposées au sein des ESAT et/ou des foyers par les équipes éducatives etc... ) .

Enfin, je vais provoquer une rencontre avec l'Inspecteur de l'Education Nationale chargé de l'Adaptation Scolaire et de la scolarisation des élèves en situation de Handicap (ASH) afin d'évoquer ces différents points.

e) *La technostructure*

Comme précisé plus haut, dans la première phase de conception du pôle, les cadres dits « techniques », c'est-à-dire principalement les comptables, les médecins psychiatres et les psychologues, ne seront pas concernés par des fonctions de chargés de mission. Ils ne font pas partie de l'encadrement, relèvent de la technostructure et leur expertise particulière pourra être sollicitée **dans tous les champs** de missions investigués.

◆ **Un médecin Coordonnateur des Soins Pôle Handicap**

Il me semble important de mettre en place en transversalité sur le pôle un médecin coordonnateur afin d'améliorer l'accompagnement des usagers.

Lors d'un entretien individuel, je vais proposer cette fonction au médecin psychiatre déjà en poste sur plusieurs structures (IMP, les deux IMPROs et les ESAT de la région messine).

Il accompagnera les différents services médicaux et paramédicaux dans la prise en charge des usagers (notamment les nouveaux profils : troubles psychiques, etc...) et apportera son expertise médicale. Il harmonisera les pratiques relatives aux soins dans les différentes structures et sera le garant de la qualité des soins. Il participera à la réflexion engagée pour pallier au manque de personnel médical et paramédical dans les structures et aux solutions innovantes à proposer.

Enfin, il sera l'interlocuteur privilégié avec les partenaires du secteur sanitaire.

◆ **Un référent Santé Sécurité au Travail (SST) Pôle Handicap**

Chaque structure a son propre référent SST (volonté associative), mais il semble intéressant de proposer au sein du pôle un Référent SST Pôle Handicap.

Un référent SST d'une des structures du pôle sera chargé de **coordonner** le travail de ses collègues et je proposerai à la direction générale qu'il soit également membre du comité de pilotage sécurité associatif.

Le Référent SST Pôle Handicap veillera sur l'ensemble du pôle à la cohérence des plans d'actions de réduction des risques mis en place, élaborera et mettra en place la même trame de base du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), s'assurera que la diffusion des bonnes pratiques et des consignes de sécurité est bien réalisée dans chaque structure et contribuera à l'information, la sensibilisation et la formation des salariés sur l'hygiène et la sécurité au travail ainsi qu'à la maîtrise des dangers biologiques, physiques et chimiques au regard de la sécurité alimentaire (réflexion sur la mise en place par exemple de « fiche minute sécurité », respect des procédures

Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP<sup>120</sup>)). Il pourra **travailler** ponctuellement **avec le référent qualité** (amélioration de la qualité alimentaire par exemple).

Il ne s'agit pas de mettre en place une cellule de contrôle, mais de permettre à tous les référents SST au travail des structures de bénéficier d'un soutien technique et logistique.

Ils décideront ensemble des modalités d'organisation de cette cellule (lieux de réunions et fréquence, organisation et répartition du travail etc....) tout en veillant à me tenir régulièrement informée de l'avancée de leurs travaux.

Indirectement, veiller et assurer la sécurité de tous est aussi un moyen d'améliorer les modes d'accompagnement des usagers.

### C) Reconnaissance de ces nouvelles fonctions

La CCNT 1966 ne prévoit pas actuellement d'emploi de chargé de mission, de référent ou de coordinateur, ni en terme d'appellation, ni en terme de classification.

La formation des éducateurs spécialisés, via leur référentiel de compétences, aborde dans le domaine de compétence 3 « *Communication professionnelle et travail en équipe pluri-professionnelle* » la notion de coordination.

Des organismes de formation proposent depuis quelques années des formations *Coordinateur des établissements médico-sociaux et des services à la personne* à l'intention de salariés occupant ou projetant d'occuper des fonctions de coordination dans les établissements/services sociaux et médico-sociaux notamment dans les secteurs du handicap, des services à la personne et de l'aide à domicile. Il en est de même pour les formations de référent qualité ou référent bientraitant.

En termes de reconnaissance financière, je vais donc proposer à la direction générale l'attribution d'un certain nombre de points (dans la CCNT 66) pour les salariés concernés par les différentes fonctions créées et la mise en place d'un dispositif de formation afin de permettre une augmentation de la qualification dans le cadre de la GPEC (devis à établir afin de retenir des organismes de formation performants en lien avec le service formation du siège pour la prise en charge du financement).

### **Composition de l'organigramme proposé :**

En transversalité sur le pôle :

- Des directeurs d'établissements et cadres intermédiaires chargés de mission
- Trois référents Pôle Handicap : Qualité, Bientraitance et SST
- Une cellule de réflexion et de pilotage de la qualité
- Une cellule Unité d'Enseignement

---

<sup>120</sup> L'HACCP c'est donc un système qui identifie, évalue et maîtrise les dangers significatifs au regard de la sécurité des aliments (NF V 01-002).

- Un médecin coordonnateur des soins du pôle handicap
- Au sein des établissements : des coordinateurs d'équipe

## 3.2 L'ambition du pôle : l'intérêt supérieur de l'utilisateur

L'objectif premier de l'organisation en pôle est de placer l'utilisateur au centre du dispositif.

Il s'agit ensuite de parvenir à un accompagnement de qualité du parcours de vie de l'utilisateur et de garantir que tous les salariés vont travailler dans une logique et une culture de parcours.

Le dispositif de pilotage et l'organigramme que je propose sont une première réponse.

Il faut ensuite que les établissements puissent s'appuyer sur **un projet de pôle**.

### 3.2.1 Le projet de pôle versant accompagnement des usagers

L'écriture du projet de pôle se fera de manière participative et s'articulera autour de différents axes. A partir de la 1<sup>ère</sup> réunion du conseil de pôle, une échéance de 12 mois pour l'écriture du projet semble réaliste. Un consultant d'un cabinet extérieur pourrait accompagner cette démarche.

En ce qui concerne les modes d'accompagnement des usagers, je souhaite mettre en avant les 2 axes suivants :

- A) Une offre globale d'accompagnement de la personne en situation de handicap quels que soient l'âge et le handicap

L'existence et la cohérence des 14 établissements et dispositifs du pôle autorisent une prise en charge personnalisée tout au long de la vie de la personne handicapée, dans **une logique de parcours en arborescence** déclinés au sein d'un PIA :

- ☛ Parcours pédagogique<sup>121</sup> (apprentissage)
- ☛ Parcours de soin (thérapeutique),
- ☛ Parcours professionnel (en milieu protégé ou non)
- ☛ Parcours de vie (autonomie, lieux de vie, participation à la vie sociale, relations avec la famille).

- B) Une offre d'accompagnement thérapeutique spécifique en fonction des déficiences repérées (autisme, TED, handicap rare, troubles psychiques etc...)

Trois orientations d'accompagnement seront développées dans le projet de pôle :

- ☛ En direction de la personne en situation de handicap : dispenser des soins et des rééducations, favoriser l'expression de la vie émotionnelle et affective de la personne handicapée dans des groupes transversaux, favoriser la bientraitance, participer à la

---

<sup>121</sup> <https://fr.wikipedia.org/wiki/Apprentissage>

Ici, le terme rassemble « les méthodes et pratiques d'enseignement et d'éducation ainsi que toutes les qualités requises pour transmettre une connaissance, un savoir ou un savoir-faire. »

construction du PIA dans sa globalité et à la réflexion sur l'orientation des usagers au sein du pôle.

- En direction des familles : aider les familles à mieux comprendre leur enfant, mettre en place des lieux de parole et de rencontre qui réunissent des familles ayant des enfants d'âges différents (regard sur les années à venir) ou des problématiques similaires.
- En direction des salariés du pôle : offrir un appui à l'équipe pluridisciplinaire dans l'analyse et la compréhension des situations en transversalité.

### 3.2.2 Inscription sur le territoire mosellan et au-delà

L'organisation en **pôle** va permettre d'être reconnu par les différentes institutions comme un **acteur** et un **partenaire** sur l'ensemble du **département mosellan** : un interlocuteur principal (le directeur de pôle) et une entité (le pôle handicap).

Ma place de directrice va impliquer une connaissance la plus fine possible du territoire d'implantation du pôle et des besoins de la population pour pouvoir adapter les missions du pôle et être en mesure de répondre aux demandes (contacts réguliers avec les tarificateurs ARS et CD, connaissance du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS), du PRIAC, du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)<sup>122</sup>, CRA...)

En interne, je souhaite mettre en place un outil informatique de recensement des publics présents à l'instant T dans les différentes structures (avec croisement des données issues des tableaux des indicateurs médico-sociaux, des rapports d'activité, de « l'enquête annuelle 32 » de l'Education Nationale, des tableaux de bords de l'ANAP...) et réaliser une étude de l'évolution du profil des personnes accueillies sur les 10 dernières années (troubles psychiques, troubles du spectre autistique, PHV, handicap rare etc...).

Je confierai cette mission à l'informaticien mis à disposition par le siège.

Ce fichier informatique livrera une base de travail fiable, permettant d'être stratégique et de pouvoir négocier auprès des différents partenaires en présentant les besoins en temps réel au niveau du pôle, l'évolution des parcours dans les structures et une projection des besoins de prise en charge à 5, 10 ou 15 ans.

Cela permettra aussi d'être réactif et en mesure de **répondre aux appels à projets**.

D'autre part, dans le cadre de la collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour améliorer des modes d'accompagnement des usagers, et la continuité du parcours de vie et de soin, le **médecin coordonnateur du parcours des soins** devra être un interlocuteur privilégié (pour construire un réseau partenarial avec les structures sanitaires et médicosociales, favoriser et formaliser les échanges avec les équipes psychiatriques des centres hospitaliers spécialisés, conventionnements, pour l'étude de la

---

<sup>122</sup> PSRS Lorrain 2012-2017 : Orientation n°2.1 : améliorer la connaissance des besoins et de l'offre volet handicap et vieillissement

faisabilité et la mise en place d'un carnet de liaison entre la structure d'origine du pôle et l'hôpital, l'hospitalisation à domicile...)

### 3.2.3 Les finances

L'intérêt supérieur de l'utilisateur - titre de cette sous-partie - n'empêche pas de penser à la **dimension économique** du pôle.

Je dois donc, régulièrement, me poser cette question :

« Les moyens financiers dont je dispose me permettent-ils de mener à bien mon projet ? »

J'ai fait le choix dans ce mémoire d'aborder la conception de l'organisation du pôle handicap du point de vue de l'amélioration des modes d'accompagnement des usagers mais je suis consciente des répercussions et coûts financiers que cela va engendrer pour les structures. Comme mentionné en partie 2, **la situation financière** des 14 structures et dispositifs est **saine** et permet de dégager des marges de manœuvre intéressantes aussi bien pour l'élaboration de PPI (réorganisation architecturale des ESAT et regroupement sur un seul site, projet architectural du FAM), que plus spécifiquement, au niveau des budgets, concernant les charges afférentes au personnel (points supplémentaires pour les chargés de mission ou les coordinateurs par exemple).

Au moment où j'ai été missionnée par la direction générale pour concevoir l'organisation en pôle, les travaux préparatoires à la contractualisation d'un CPOM de 5 ans avec l'ARS pour 6 des 14 structures venait de débuter, piloté par le directeur général adjoint du CMSEA.

L'état des lieux et le diagnostic de situation ont permis de mettre en exergue les points forts et les points faibles des structures et d'établir des objectifs : l'intégration des 6 établissements dans le maillage territorial, la recomposition de l'offre en fonction des besoins, le parcours individuel de prise en charge de l'utilisateur, les partenariats, l'amélioration continue de la qualité, la mutualisation des services et des moyens, la réduction des coûts des services logistiques (transports, restauration) et la GPEC.

Autant d'objectifs que l'on retrouve au niveau du pôle handicap.

Le CPOM est pour moi l'un des outils à la disposition du pôle handicap, et l'une des modalités possibles pour atteindre un objectif financier (pour exemple : la réduction du coût des transports en faisant le choix d'une seule société pour l'ensemble des structures peut constituer une amélioration de la prise en charge des usagers dans des véhicules plus adaptés à leur problématique).

De même, il me semble important d'engager rapidement deux autres démarches de contractualisation de CPOM : un CPOM avec l'ARS pour les ESAT et un CPOM avec le CD pour les foyers d'hébergement.

Une réflexion est à mener sur ce sujet avec la direction générale.

L'un des intérêts de ces contractualisations sera le versement du budget en dotation globalisée sur une durée maximale de 5 ans, conduisant à une plus grande visibilité, une pérennisation des moyens et à des marges de manœuvre plus importantes dans une plus grande maîtrise des moyens.

Cependant, je reste consciente que la mise en place d'un CPOM connaît ses limites.

En effet, les contractualisations se réalisent de plus en plus à moyens constants, le dialogue de gestion avec le tarificateur reste très prégnant et l'obligation de résultats imposé par ce type de contrat, un engagement fort.

De ce fait, la place de chacun dans les négociations est très importante : il faut se placer sous l'angle du partenariat avec les tarificateurs, la logique d'intérêts et de motivations communes étant alors un gage de réussite.

### **3.3 La déclinaison de modalités à mettre en place**

Au-delà de la mise en place d'une stratégie de management, d'un organigramme de pôle, d'objectifs et de mutualisation des moyens, cette nouvelle organisation passe aussi par **une harmonisation des pratiques**.

L'objectif est ici d'éviter les ruptures de parcours, les « sans-solutions » et répondre à des besoins non pourvus sur le territoire.

Cette troisième et dernière sous-partie se propose de mettre en lumière quelques possibilités non encore explicitées précédemment pour améliorer l'accompagnement des usagers, possibilités qui seront analysées, recensées et validées en comité de pilotage, et/ou réunions sectorielles.

#### **3.3.1 Des outils**

Les travaux réalisés par les chargés de mission et leurs équipes permettront d'aboutir à la mise en place d'outils communs et transverses.

##### **A) L'aspect informatique**

Comme évoqué précédemment, la direction générale met son informaticien à la disposition du pôle pendant toute la durée de sa conception.

Une évaluation de la durée de cette mission particulière devra être analysée avec le service informatique, avec l'établissement d'un cahier des charges particulier.

Trois missions sont confiées à ce spécialiste :

- ☛ La création d'une page internet dédiée au pôle handicap sur le site web de l'association (réflexion sur un extranet<sup>123</sup> avec une administration des droits d'accès)
- ☛ La mise en place d'un outil informatique permettant le recensement des publics présents dans les différentes structures
- ☛ La mise en route du **dossier unique de l'utilisateur** sur les 14 structures : un usage, un dossier, un lieu

Toutes les structures utilisent depuis maintenant 5 ans un logiciel de facturation adapté au secteur du handicap (facturation du prix de journée, télétransmission par mail aux organismes de sécurité sociale, retour NOEMIE<sup>124</sup> et gestion de l'amendement Creton).

Ce logiciel est couplé au « dossier unique de l'utilisateur » qui n'a pas encore été déployé, bien que des formations aient été mises en place en 2014 auprès de tous les salariés concernés.

Il comprend 3 volets : un volet administratif, un volet social (PIA, cahier de liaison, emploi du temps, suivi des activités..) et un volet médical (antécédents médicaux, allergies, courriers médicaux, ordonnances, plan de traitement et de soins, suivi des appareillages...).

Le déploiement de cet outil contribuera à l'amélioration en continu de la qualité des prestations offertes à l'utilisateur (« mémoire » de l'utilisateur, historique de son parcours et des actions mises en œuvre pour le soigner et l'accompagner, respect de la confidentialité...)

## B) Le PIA

Toutes les structures ont mis en place un PIA, mais force est de constater que l'utilisateur est amené à avoir plusieurs PIA au cours de son parcours de vie, ou tout du moins un nouveau à chacun de ses changements de structure au sein du CMSEA.

Il serait plus cohérent qu'il n'y ait qu'un PIA qui évolue tout au long du parcours de vie.

Pour ce faire, un travail va être engagé sous la responsabilité d'un chargé de mission, pour revoir sur les 14 structures :

- ☛ Les procédures et méthodes d'élaboration des PIA
- ☛ La place du garant ou du référent (toutes les structures n'ont pas le même terme) dans le PIA
- ☛ La place des familles et des aidants dans le PIA
- ☛ La place des équipes pluridisciplinaires dans le PIA.

Des propositions de trame seront soumises en réunion de sectorielle, puis actées en comité de pôle avant d'être utilisées par tous.

---

<sup>123</sup> Un extranet (ou réseau interne étendu) est un réseau de télécommunications de type internet conçu pour faciliter les échanges entre une organisation sociale et ses correspondants extérieurs.

<sup>124</sup> Dès lors qu'un ESMS transmet des factures électroniques par télétransmission, l'Assurance Maladie met à disposition un retour d'informations électronique appelé « retour NOEMIE »

D'autre part, des connexions sont à établir lors de l'orientation d'une structure vers une autre au sein même du pôle, au-delà de la transmission administrative du dossier.

Après la 1<sup>ère</sup> réunion de sectorielle handicap et la communication de l'information, le référent ou garant du PIA d'un usager, changeant de structure au sein du pôle, participera systématiquement à la 1<sup>ère</sup> synthèse réalisée dans la nouvelle structure.

Cela permettra de faire le lien, d'éviter les morcellements et la rupture de parcours (IMP/IMPro, IMPro/ESAT ; IMPro/Foyers, ESAT/Foyers).

Par exemple, l'année qui suit la sortie de l'usager de la structure, le référent ou garant du PIA pourrait rester le correspondant privilégié en cas de nécessité.

Cette proposition sera aussi à faire à la structure d'accueil si l'usager est amené à quitter l'association (à l'échelle du département ou de la région).

Enfin, concernant l'articulation entre l'ESAT et le FESAT, une réflexion commune sera engagée sur la mise en place d'un seul PIA de l'usager qui respecte la vie privée et la vie professionnelle.

### C) Les formations

Cette nouvelle organisation va favoriser les échanges entre les salariés du pôle, permettre aux uns et aux autres de mieux connaître les activités réciproques, créer du lien et élargir les périmètres d'action, c'est-à-dire **décloisonner le travail**.

La mise en place de formations communes en transversal conduit à la mise en place **d'un langage commun entre tous les professionnels** (qu'est-ce qu'un IME ? un SESSAD ? la méthode PECS ? un handicap rare ? un trouble psychique ? comment accompagner la fin de vie...à tous les âges de la vie ? prendre en charge des personnes vieillissantes ? etc.).

C'est une première démarche vers **une culture commune**.

Grâce à ces formations, les salariés en difficultés face aux nouveaux profils de publics vont ressentir rapidement les effets positifs de l'organisation en pôle.

Cela aura un impact sur la dynamique générale des équipes (et par ricochet sur l'accompagnement des usagers et la bienveillance en général).

En parallèle, je souhaite aussi proposer aux parents la possibilité de participer à des formations :

- En leur communiquant les formations proposées par le CRA dans le cadre des actions du 3<sup>ème</sup> plan sur l'autisme, l'ARS ou le CD (informations sur la page dédiée au pôle sur le site de l'association) ou d'autres problématiques

• En les incluant ponctuellement dans les formations mises en place pour les salariés (formations sur les habilités sociales, sur les troubles du spectre autistique ou les troubles psychiques, la sexualité et la vie intime des personnes porteuses d'un handicap, la violence, la médication...).

### **3.3.2 Diversification de l'offre pour répondre à de nouveaux besoins non couverts sur le territoire**

#### A) Un Service d'Accueil Familial Thérapeutique (SAFT)

Le diagnostic établi en 2<sup>ème</sup> partie de mémoire a mis en évidence l'évolution des profils des publics accueillis et notamment l'accueil dans les 2 IMPros et les foyers d'hébergement d'utilisateurs présentant des troubles psychiques.

Si ces usagers ont en commun une stabilisation partielle de leurs troubles, régulièrement des passages à l'acte (fugues, agressions sur autrui ou eux-mêmes, scarifications ou tentative d'autolyse) nécessitent pour certains d'entre eux des périodes d'hospitalisation en CHS.

Ces temps d'hospitalisation sont alors l'occasion d'un ajustement des traitements médicamenteux et d'une période de répit pour les autres usagers et les professionnels des structures concernées.

Les séjours en collectivité et en internat ont leurs limites et leurs inconvénients.

**L'Accueil Familial Thérapeutique Séquentiel** est une alternative à cette prise en charge en établissement ; une réponse possible à un besoin non couvert actuellement sur le territoire mosellan, et autorisant un accompagnement bienveillant de l'utilisateur.

L'objectif de travail est **d'offrir à l'utilisateur une autre modalité de soins avec hébergement que celle de l'hôpital** (qualité de l'accompagnement : éviter une ré-hospitalisation) et cela de façon séquentielle **sur une période de trois semaines** (temps d'hospitalisation habituellement constaté).

L'accueil familial va proposer à l'utilisateur un accompagnement et des soins dans un espace social non médicalisé (un appartement ou une maison particulière), propice à son épanouissement, au réinvestissement de son apparence corporelle et des gestes essentiels de la vie quotidienne (toilette, alimentation, habillement, loisirs...).

Cela favorise une évolution thérapeutique positive ainsi que l'abandon des « gestes de survie » liés au milieu hospitalier (comportement agressif ou régressif, ritualisation du quotidien, tabagisme excessif dans les parcs arborés des CHS, « mendicité affective », etc.).

En partenariat avec le CHS de la région messine, je vais donc proposer à l'ARS la mise en place d'un **Service d'Accueil Familial Thérapeutique**.

Il s'adressera à des utilisateurs :

- ☛ bénéficiant d'une notification MDPH avec orientation en IMPRO ou en foyers d'hébergement type FAS ou FESAT
- ☛ dont l'accompagnement, à un moment donné, en internat **continu** est difficile, compte tenu de la problématique
- ☛ susceptibles de tirer un bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial, lorsque le maintien ou le retour à domicile ne paraît pas souhaitable ou envisageable à long terme

Le recours au Service d'Accueil Familial Thérapeutique devra nécessairement passer par l'avis du médecin psychiatre du CHS où l'hospitalisation est envisagée.

Les familles seront sélectionnées selon une procédure très encadrée (formations, expérience de famille d'accueil thérapeutique etc...) en partenariat avec le CHS et salariées d'une structure du pôle (voir ci-après).

**Les missions du SAFT** pourraient être de :

- ☛ Prendre en charge l'Accueil Familial Thérapeutique à tous les niveaux : prospection, agrément des familles d'accueil, préparation des patients et de leur famille naturelle, consultations et gestion du traitement, prise de contact et journées d'essai, suivi des patients et soutien des familles d'accueil.
- ☛ Etre l'interlocuteur privilégié de la famille d'accueil pendant la durée du séjour.
- ☛ Etre également le lien entre la famille d'accueil et la personne accueillie.

Constitué d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, infirmier, éducateur, assistant de service social, psychologue), le service travaillera conjointement avec les soignants et les référents des usagers qui ont fait la demande d'accueil.

**Les missions de la famille d'accueil** pourraient être de :

- ☛ Echanges avec l'usager accueilli autour du quotidien avec les membres de la famille, de l'entourage, du voisinage, de la communauté
- ☛ Participation à des activités sociales, culturelles, sportives ou festives
- ☛ Abandon d'un statut de malade pour celui d'accueilli favorisant l'inclusion de l'usager dans le tissu social
- ☛ Continuité de la formation au sein de l'Unité d'Enseignement Scolaire et Professionnel lorsqu'il s'agit d'un usager d'IMPro ou la poursuite du travail en ESAT

Concernant le financement, il pourrait être proposé à l'ARS la participation financière du pôle handicap à hauteur d'un redéploiement des moyens (financiers et humains) de l'IMPro La Horgne via un abaissement de l'autorisation de fonctionnement du semi-internat de 40 places à 36 places, ainsi qu'un conventionnement avec le CHS de la région messine et une

dotation exceptionnelle de l'ARS (financement d'un projet innovant dans le secteur médico-social).

Dans ce cadre, un budget prévisionnel détaillé devra être joint au projet pour un début de l'activité au 1er semestre 2016 avec 2 familles d'accueil thérapeutique pouvant chacune accueillir un usager.

#### B) L'AAP de l'ARS Lorraine pour un SAMSAH

En tant que directrice de pôle, je dois construire le présent (le pôle handicap) et, dans le même temps, penser à demain et aux chantiers futurs à engager pour pérenniser le pôle handicap, répondre aux besoins non couverts sur le territoire et aux souhaits de la direction générale du CMSEA (« le CMSEA est une association de Sauvegarde qui doit se positionner sur tous les projets »).

J'ai été informée par le chef du service territorial médico-social (Direction Territoriale de Moselle) qu'un avis d'AAP allait être mis en ligne sur le site web de l'ARS Lorraine concernant la création d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) de 23 places sur le territoire de Metz/Thionville en Moselle.

Le projet est destiné à des adultes handicapés souffrant de tout type de déficiences, âgés de 20 à 59 ans révolus (voire plus de 60 ans, si le handicap a été reconnu avant cet âge limite) vivant à domicile et bénéficiant d'une orientation MDPH.

Je vais solliciter le directeur des 4 ESAT et le directeur des foyers d'hébergement afin qu'ils répondent à cet appel à projet. Je les accompagnerai dans la démarche (rédaction du projet, accompagnement médico-social à proposer, recherche des moyens humains et matériels, préparation budget prévisionnel, partenaires etc....).

De plus, un Responsable de Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) a sollicité le directeur des 4 ESAT afin d'effectuer auprès de lui un stage long de 270 heures dans le cadre de la préparation du CAFDES (Domaine de Formation DF4 Expertise de l'intervention sanitaire et sociale sur un territoire).

Je vais le rencontrer avec les directeurs ESAT et Foyers pour lui proposer de prendre part à cette mission.

#### C) Les autres chantiers

A la suite du diagnostic établi pour concevoir le pôle, il apparaît que d'autres projets et défis attendent le pôle handicap :

☛ Il manque dans le parcours de l'utilisateur au sein du nouveau pôle handicap un « dispositif intermédiaire ». A la fin de la prise en charge en IMPro à 20 ans, en parallèle des adultes atteints de troubles autistiques ou psychiques importants, un certain nombre de jeunes adultes possèdent un niveau d'acquisition d'apprentissages (scolaires, sociaux, à l'autonomie...) supérieur à ce qui est nécessaire pour travailler dans un ESAT.

Pour autant, ce niveau n'est pas assez développé pour intégrer le milieu ordinaire de travail.

Une réflexion est à mener sur la mise place d'une forme d'entreprise adaptée (anciennement atelier protégé) qui répondrait à ce nouveau besoin.

☛ Il n'y a pas assez de places dans les FESAT pour accueillir les jeunes adultes qui intègrent les ESAT. De ce fait, je pense qu'il faut réfléchir à de nouveaux modes d'hébergements. Le CD de Moselle a mis en place un dispositif « Vivre en famille d'accueil ». Il s'adresse à « des personnes handicapées qui ne désirent plus, ou ne peuvent plus, en raison de leur perte d'autonomie ou de leur handicap, demeurer seuls à leur domicile (....) Ce dispositif est un mode d'accueil intermédiaire entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement pour personnes handicapées. L'accueil familial permet d'offrir ainsi un cadre de vie familial et sécurisant. »<sup>125</sup> Des coopérations sont à envisager.

☛ Les personnes handicapées vieillissantes

Un partenariat est à mettre en place avec les EHPAD mais il me semble aussi intéressant d'envisager la création d'une unité de PHV au sein du foyer de vie ou d'hébergement en proposant au CD la reconversion de « x » places du FAS et du FAM en « y » places pour PHV (avec dossier financier et projet de service).

### 3.3.3 Evaluation du projet

**Evaluer** un projet, l'orientation prise par une association ou la mise en place d'une nouvelle organisation permet de **mesurer l'écart entre le but atteint et celui recherché**.

Ainsi, en ma qualité de « directrice missionnée par la direction générale du CMSEA pour concevoir le pôle handicap », je dois continuellement me questionner sur le sens et le pourquoi de mes orientations et décisions.

Mon évaluation évoluera en même temps que se développera le pôle handicap.

Je dois notamment chercher à savoir si l'organisation en pôle est une réponse adaptée aux difficultés évoquées par les cadres des 14 établissements et services.

Je devrai ensuite évaluer le fonctionnement du pôle pour procéder en conséquence aux ajustements nécessaires afin d'être dans un processus d'amélioration continue de la qualité : où positionner la cale de la roue de Deming<sup>126</sup> ?

Dans cette perspective d'évaluation, je vais me doter d'indicateurs pertinents me permettant de vérifier l'étendue et la qualité de l'offre de services proposée pour améliorer les modes d'accompagnement des usagers.

---

<sup>125</sup> [http://www.cg57.fr/moselleetvous/Pages/Fiche handicap placement](http://www.cg57.fr/moselleetvous/Pages/Fiche_handicap_placement)

<sup>126</sup> Pour éviter de « revenir en arrière », on représente une cale sous la roue (voir présentation de la roue pages 72 et 73), qui empêche celle-ci de redescendre. Cette cale symbolise un système qualité, un système d'audits réguliers, ou un système documentaire qui capitalise les pratiques ou les décisions .....

Ces indicateurs seront déterminés à partir d'un questionnement « dynamique »<sup>127</sup> sur 5 dimensions :

**La pertinence du projet d'organisation en pôle** : les objectifs du pôle sont-ils en adéquation avec les besoins et les priorités identifiées dans mon diagnostic (et la matrice de SWOT) ?

**La cohérence** du projet d'organisation en pôle : existe-t-elle au regard des moyens humains et matériels dont dispose les 14 établissements et services ?

**L'efficience** du projet d'organisation en pôle : les résultats obtenus sont-ils conformes aux objectifs fixés ?

**L'efficacité du pôle handicap** : les résultats atteints sont-ils à la hauteur des objectifs fixés ?

**L'impact** du pôle handicap : il faut vérifier si au-delà des objectifs visés, l'impact est positif ou négatif sur les salariés, les usagers et leurs familles, les partenaires et le territoire ?

Il s'agira de calibrer le degré de satisfaction des usagers, des salariés, et des partenaires à travers des enquêtes de satisfaction, des entretiens individuels, des réunions de droit d'expression, les CVS et les questions des délégués du personnel dans les différentes structures etc.....et aussi d'utiliser des indicateurs plus « classiques » :

- l'évolution du taux d'activité des structures, du taux d'absentéisme des salariés pendant la conception du pôle, puis à 1 an, à 2 ans
- l'évolution de la liste d'attente des usagers en aménagement CRETON, l'évolution des orientations en ESAT ou en foyer occupationnel, en hébergement
- le nombre de participants aux groupes de travail constitués, aux formations proposées
- la fréquence d'occurrence des fiches d'évènements indésirables dans les différentes structures
- le nombre de salariés contraints ou satisfaits par tel ou tel changement induit par le projet
- le nombre de dysfonctionnements repérés au niveau du siège de l'association
- le nombre de licenciements ou de demandes de rupture conventionnelle.

---

<sup>127</sup> Un questionnaire dynamique est un ensemble de questions dont la liste et le séquençage varient en fonction des réponses apportées aux questions précédentes.

## Conclusion

Ce mémoire professionnel a tenté de démontrer que l'organisation du secteur de la déficience intellectuelle du CMSEA en un « Pôle Handicap », sous la responsabilité d'un directeur chargé de son animation et de son développement, engendre une redéfinition des règles du jeu, de nouveaux modes de management, le développement d'une logique de déconcentration, de décloisonnement des dispositifs, et des projets innovants, permettant d'améliorer les modes d'accompagnement des personnes accueillies, quels que soient leur âge et leur handicap.

Cette nouvelle organisation va bousculer tout, et tout le monde.

La culture des établissements va se modifier, les salariés ne vont plus raisonner uniquement de manière institutionnelle mais aussi de façon « polaire ».

Un tel changement a besoin d'être accompagné, une véritable vision commune nécessite d'être définie et alimentée. Le pôle handicap doit être co-construit par tous les salariés et les usagers. « Chacun a sa place, mais pas tous à la même. »

Bienveillance, écoute et vigilance seront les maîtres mots du directeur de pôle :

Pour que chacun trouve de nouveaux repères et reste concentré sur son cœur de métier : **l'accompagnement des usagers**. L'objectif premier est de positionner la personne accueillie au centre d'un pôle qui met tout en œuvre pour coordonner et personnaliser son parcours.

Pour que **le pôle** ne devienne **pas une forteresse**, une bureaucratie dans une bureaucratie, un bastion dans la citadelle.

Le CMSEA est constitué de 3 autres pôles : Protection de l'Enfance, Prévention Spécialisée et Inclusion Sociale.

Des chantiers communs sont à ouvrir, des expériences à partager. Le périmètre d'intervention du pôle handicap devra être certainement modifié afin de permettre l'intégration de l'Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique et du SESSAD Troubles du Comportement et des Conduites, actuellement dans le pôle de la Protection de l'Enfance. En effet, l'orientation des usagers dans ces deux dispositifs relèvent de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées et participent à la logique du dispositif mis en place.

La réflexion et la **transversalité inter-pôles** fera demain la richesse de cette entreprise associative qui a toujours su se transformer pour mieux s'adapter.

Au-delà d'une mutualisation nécessaire de moyens, gage d'une bonne gestion, la mise en pôles de tous les secteurs d'activités de l'association et la signature des 4 contrats de pôle

vont impacter l'ensemble du projet associatif, nécessitant **à terme une révision du projet associatif**.

En affinant ainsi la définition des buts poursuivis, des valeurs et orientations défendues, le CMSEA va pouvoir impulser de nouveaux chantiers, mettre en place une commission éthique associative, évoluer dans le temps selon les opportunités et les initiatives, tout en proposant un cadre efficace pour l'action au quotidien. Se situer dans une démarche d'intérêt général bien identifiée et structurée, tout en gardant sa propre manière d'agir et de rester maître des conditions dans lesquelles il va continuer à produire efficacement son utilité sociale.

*« Ancrer l'homme au cœur de la définition et de la mise en œuvre des politiques sociales »*, tel était le souhait du Directeur Général Adjoint du CMSEA en 1992.

L'organisation du pôle handicap présentée dans ce mémoire permettra assurément de décliner de manière opérationnelle cette volonté associative

---

# Bibliographie

---

## Articles de périodiques

ARSEA, Projet Associatif 2010-2014, Historique page 6

CENTRE REGIONAL D'ETUDES ET D' ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES INADAPTEES, Mai-Juin 1997, « Les Colonnes de l'Epsos, Archives et Histoire de l'Enfance inadaptée en Moselle 1940-1960 »

ROSSIGNOL C., 1998, « Quelques éléments pour l'histoire du *Conseil Technique de l'enfance déficiente et en danger moral* de 1943 », Revue d'Histoire de l'Enfance Irrégulière, n°1 1998, p 21-39

## Ouvrages

JANVIER R., 2011, Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale, ESF Editeur, 127 pages

BATIFOULIER F., TOUYA N., 2011, Promouvoir les pratiques professionnelle en action sociale et médico-sociale, Paris, DUNOD, 347 pages

BATIFOULIER F., 2014, Manuel de direction en action sociale et médicosociale, Paris, Dunod, 493 pages

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, L'acteur et le système, Edition originale 1977, Saint Amand, Editions du Seuil, 498 pages

GUELLIL A., GUITTON-PHILIPPE S., 2009, Construire une démarche d'expertise en intervention sociale, ESF, 203 pages

FOUDRIAT M., 2013, Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux Perspectives théoriques croisées, 2<sup>ème</sup> édition, Presses de l'EHESP, 350 pages

HOARAU C., LAVILLE J-L., 2013, La gouvernance des associations : Economie, sociologie, gestion, 2<sup>ème</sup> édition (édition originale 2008), Toulouse, Editions ERES, 368 pages

LAVILLE J-L., SAISAULIEU., 2013, L'Association Sociologie et Economie, Collection PLURIEL, réédition remaniée et actualisée de l'ouvrage Sociologie de l'Association de 1997 paru aux Editions Desclée de Brouwer, 437 pages, p 11

LEFEVRE P., MURA Y., 2010, Promouvoir les ressources humaines en action sociale et médico-sociale, Paris, DUNOD, 348 pages

LOCHEN V., 2013, Comprendre les politiques sociales, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, DUNOD, 437 pages

LOUBAT J-R., 2006, Penser le management en action sociale et médico-sociale, Paris, DUNOD, 391 pages, p 53

LOUBAT J-R., 2013, Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale, Paris, DUNOD, 217 pages

MINTZBERG H., 1982, Structure et dynamique des organisations, Editions d'organisation, Paris, 440 pages

MINTZBERG H., 1990, Le management, voyage au centre des organisations, Editions d'organisation, Paris, 544 pages

MIRAMON J-M., MORDOHAY F-O., 2003, « 2ème Partie : Les cycles de la vie de l'institution sociale et médico-sociale » p45 à 70 in Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales, Paris, DUNOD

MIRAMON J-M., 2009, Manager le changement dans les établissements et services médico-sociaux, Presses de l'EHESP, 149 pages

MIRAMON J-M., 2012, Le métier de directeur : techniques et fictions, Dijon-Quetigny, Presses de l'EHESP, 5<sup>ème</sup> édition (édition originale 1992), 275 pages

NOBLE F., BOUFFIN G., 2015, Entreprendre et diriger en action sociale. Gouvernance, dirigeance et managements associatifs, Paris, DUNOD, 177 pages

NOBRE T., LAMBERT P., 2012, Le management de pôles à l'hôpital : Regards croisés, enjeux et défis Paris, DUNOD, 305 pages

QUILLIOU-RIOUAL M., 2014, Communication professionnelle et travail en équipe pluriprofessionnelle, Paris, DUNOD, 283 pages

SAINT-EXUPERY A., 1948, Citadelle, Mayenne, Librairie GALLIMARD, Edition originale, 531 pages

### **Mémoires, rapports et thèses**

ANAP, Publication 2013, « Anticiper et comprendre. Le secteur médico-social : Comprendre pour agir mieux. » avec la participation du CNSA

BARBERY J., 2010, Changement de cadre légal dans le secteur social et médico-social et impacts sur la culture organisationnelle et les pratiques professionnelles, Université de Montpellier 3, Thèse de doctorat en psychologie du travail et des organisations sous la direction de Louch C., disponible sur <http://www.biu-montpellier.fr/florabium>

BUECHELER S., 2014, « La place des parents dans l'organisation de la prise en charge des enfants et des adolescents de la section autisme d'un IME », Mémoire présenté en vue de l'obtention du CAFDES

CARRIÉ S., 2014, « Le passage en pôles d'activité clinique dans les centres hospitaliers : quels enjeux pour l'action des cadres ? », Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale

JOZ S., 2014, « Faire évoluer le projet d'établissement d'un IME afin de favoriser la fluidité des parcours de vie. Création d'un dispositif ouvert pour les 17-25 ans », Mémoire présenté en vue de l'obtention du CAFDES

BAS P., 2007, « Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance »

CHOSSY J.F., 2011, « Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées : passer de la prise en charge à la prise en compte », La Documentation Française, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

DOMY P., MOULIN G., FRECHOU D., MARTINEAU F., MULLER C., 2014, « Bilan et évolution du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé » Rapport des Conférences hospitalières à Madame La Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

PIVETEAU D., 2014, « Zéro sans solution : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches ».

### **Annexes, Circulaires, Conventions, Décrets, Lois, Ordonnances**

Annexe XXIV du décret n° 56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié, fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966. Mise à jour au 15 septembre 1976.

Code de l'action sociale et des familles

Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 9 mars 1956

Décret n°2007-221 du 19 février 2007 relatif aux modalités de délégations et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux

Loi n°71-1050 du 24 décembre 1971 modifiant les titres II et V du CASF et relative au régime des établissements recevant des mineurs, des personnes âgées, des infirmes, des indigents valides et des personnes accueillies en vue de leur réadaptation sociale

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions

Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n°83-8 du 8 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat

Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social

Loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances  
Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale  
Loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République et loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales  
Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées  
Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées  
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.  
Ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante  
Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

### **Sites internet**

ANESM, 2008, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » RBPP disponible sur internet [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bientraitance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf)  
ANESM, 2010, « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement » RBPP disponible sur internet [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_autisme\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_autisme_anesm.pdf)  
ANESM, 2013, « Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat » RBPP disponible sur internet [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM\\_HandicapesTravailleurs\\_en\\_ESAT.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM_HandicapesTravailleurs_en_ESAT.pdf)  
PRS Lorrain 2012-2017 « Orientation n°2.1 : améliorer la connaissance des besoins et de l'offre volet handicap et vieillissement », disponible sur internet <http://arslorraine.prod.flexit.fr/prs-ikobook>  
CONSEIL GENERAL DE LA MOSELLE, 2015, « Handicap : Hébergement. L'aide sociale à l'hébergement. » disponible sur internet [http://www.cg57.fr/moselleetvous/Pages/Fiche\\_handicap\\_placement](http://www.cg57.fr/moselleetvous/Pages/Fiche_handicap_placement)  
RIOUX J-P., 1990, L'exode, un pays à la dérive, L'Histoire, n°129 et AZÉMA J-P., 1979 De Munich à la Libération, Paris, Editions du Seuil, disponible sur internet <http://www.cairn.info/zen.php>

### **Divers :**

D.ZIMMERMAN, 16/09/2002, Cours de Droit Public et Politiques Publiques, p 1  
D. BENOIT, Novembre 2013, Cours de politiques publiques, CAFDES IRTS de Lorraine

CMSEA, 2012, Rapport de gestion, p51.

CMSEA, 2014, Rapport de gestion, p60.

CMSEA, 05/06/2014, Procès-Verbal, p4

CMSEA, 2014-2018, « L'engagement managérial du CMSEA » p 3

CMSEA Juin 1995, Projet Associatif



---

## Liste des annexes

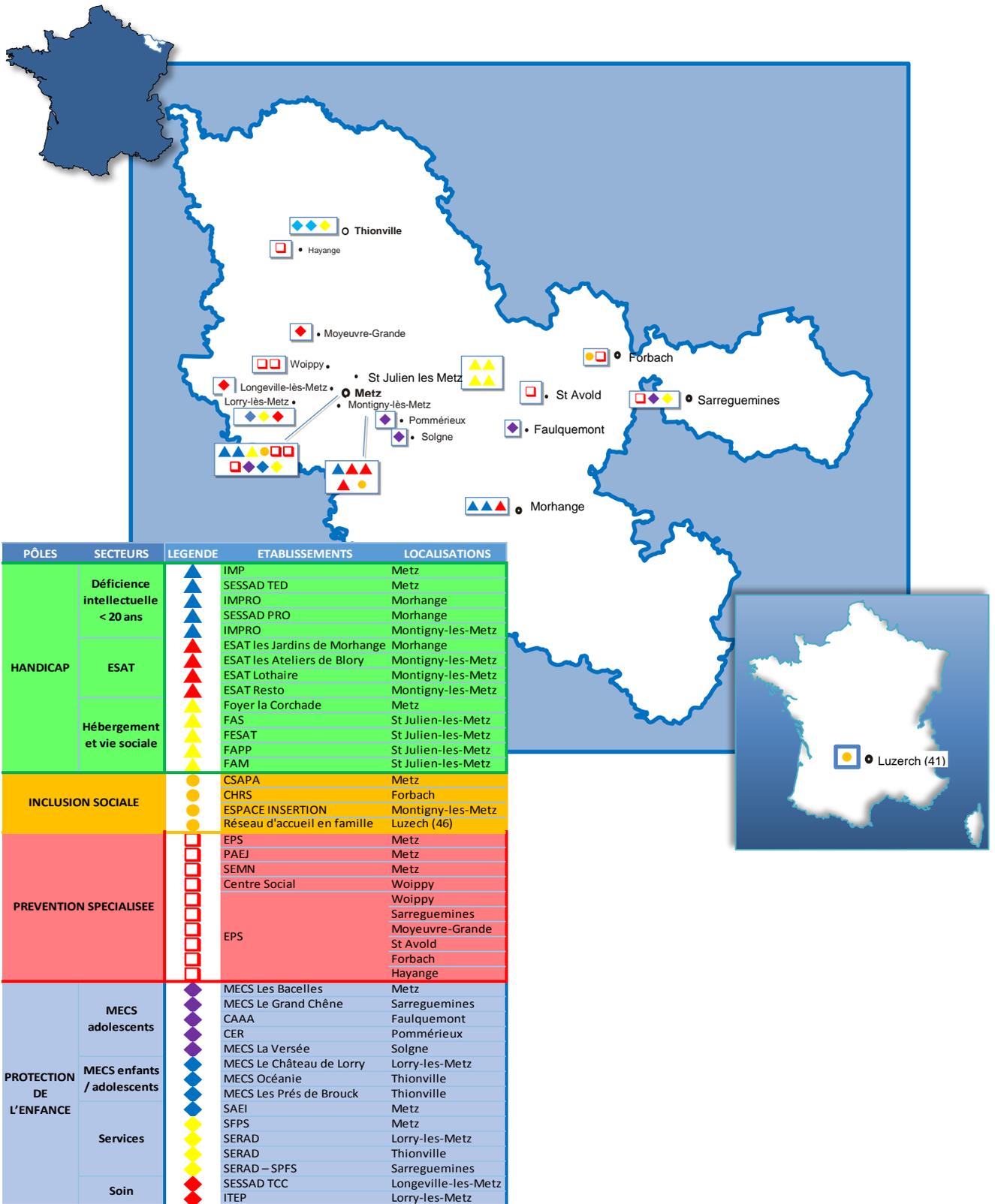
---

Annexe 1	« Photographie » du CMSEA en juin 2015 .....	I
Annexe 2	Organigramme des 4 pôles du CMSEA .....	II
Annexe 3	Le concept d'Humanitude.....	III
Annexe 4	Frises temporelles .....	V
Annexe 5	Matrice SWOT des 14 établissements et services .....	VII

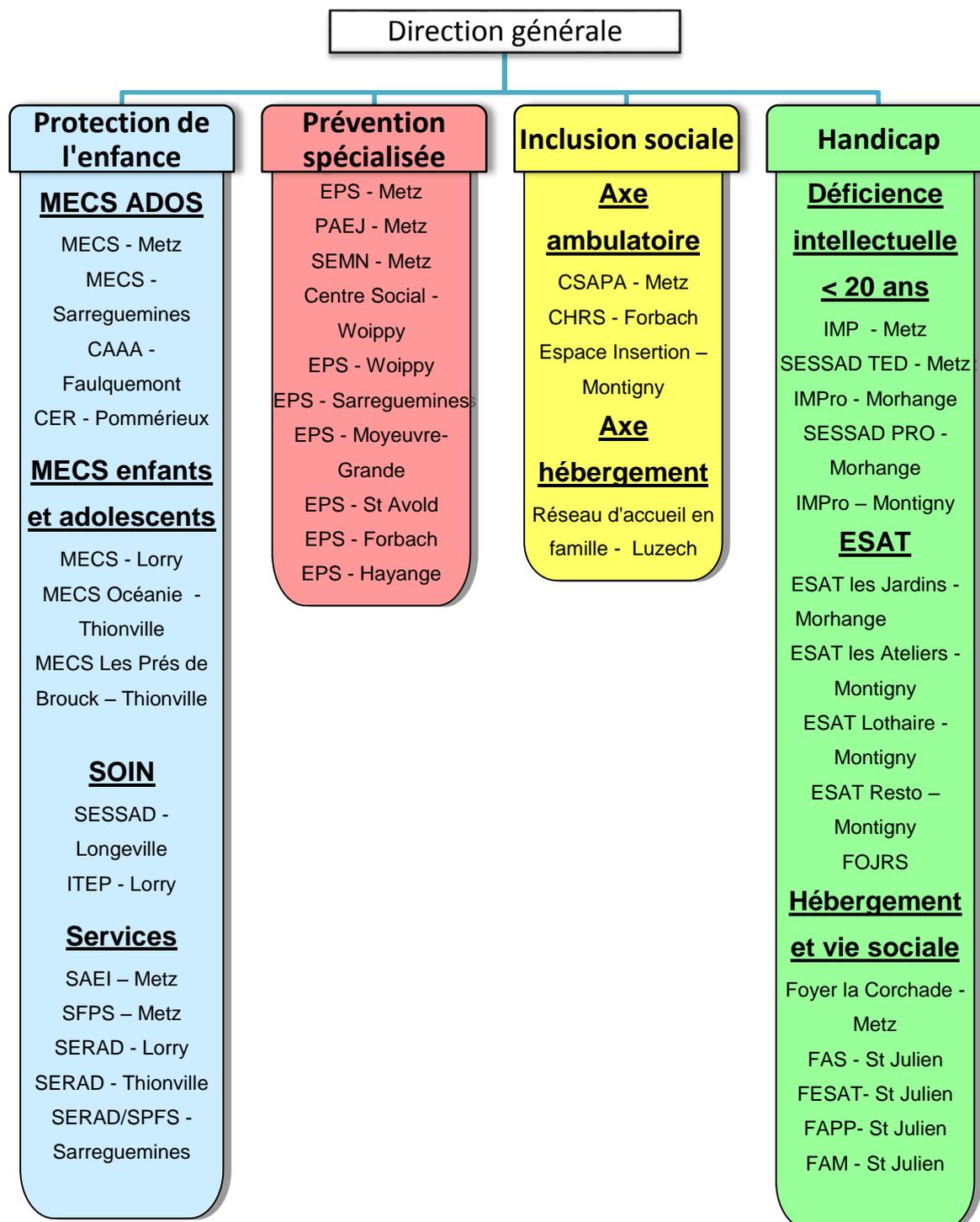


# Annexe 1 « Photographie » du CMSEA en juin 2015

Cartographie de l'implantation géographique de l'ensemble des établissements et services du CMSEA, dont les 14 établissements et services du pôle handicap



## Annexe 2 Organigramme des 4 pôles du CMSEA



## Annexe 3 La philosophie de l'Humanitude et la méthode de soins

### Historique du terme :

Le mot " Humanitude " a été créé par **Freddy Klopfenstein** (Humanitude, essai, Genève, Ed. Labor et Fides, 1980).

Plus tard, **Albert Jacquard**, reprend ce terme sur le modèle du mot " négritude " jadis créé par Aimé Césaire, puis popularisé par Léopold Senghor. Ceux-ci avaient ainsi, selon Albert Jacquard, utilisé " un mot nouveau pour désigner l'ensemble des apports des civilisations d'Afrique centrale, l'ensemble des cadeaux faits aux autres hommes par les hommes à peau noire : la négritude."

"Les cadeaux que les hommes se sont faits les uns aux autres depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils peuvent se faire encore en un enrichissement sans limites, désignons-les par le mot humanitude."

Ces cadeaux constituent " l'ensemble des caractéristiques dont, à bon droit, nous sommes si fiers, marcher sur deux jambes ou parler, transformer le monde ou nous interroger sur notre avenir"

" L'humanitude, c'est ce trésor de compréhensions, d'émotions et surtout d'exigences, qui n'a d'existence que grâce à nous et sera perdu si nous disparaissions. Les hommes n'ont d'autre tâche que de profiter du trésor d'humanitude déjà accumulé et de continuer à l'enrichir.»

Ainsi Jacquard définit une approche "écologique" de l'humanitude.

Plus tard, dès 1989, un gériatre français, **Lucien Mias**, introduit pour la première fois le terme d'humanitude dans les soins.

Enfin, en 1995, **Rosette Marescotti et Yves Gineste** décident d'écrire une nouvelle philosophie de soin qu'ils baptisent la "philosophie de soin de l'Humanitude", car toutes les actions soignantes se réfèrent toujours à une philosophie de soin. Une philosophie de soin a entre autres pour objet l'étude des principes fondamentaux d'une activité, d'une pratique, des réflexions sur leurs sens et leur légitimité.

### Définition :

**L'Humanitude est l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'Humanité.**

La "Philosophie de l'Humanitude" est basée sur les concepts de **Bienveillance**, et de **techniques** dans le soin. Elle regroupe un ensemble de théories et pratiques originales pour :

- rapprocher le soignant et le soigné dans leur humanité
- améliorer les soins et le prendre soin des personnes en établissement et à domicile
- accompagner ainsi les personnes dans la tendresse et le respect de l'autonomie, debout, jusqu'à la fin de leur vie.

La "philosophie de l'Humanitude", développée dans le cadre de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti, constitue une réflexion sur les caractéristiques que les hommes possèdent et développent en lien les uns avec les autres, sur les éléments qui font que chaque homme peut reconnaître les autres hommes comme des semblables.

Elle vise à respecter des principes fondamentaux (le respect de l'autonomie et de la liberté individuelle, le respect de la qualité de vie, le principe de la loyauté dans la relation, le principe de justice et d'équité) comme garantie du maintien des liens d'Humanitude et des liens sociaux entre les hommes.

### **La Philosophie de soin de l'Humanitude tente de répondre à une question : Qu'est-ce qu'un soignant ?**

Un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne qui a des problèmes de santé, ou qui se préoccupe de sa santé, dans le but de l'aider à l'améliorer, ou la conserver, ou pour l'accompagner jusqu' 'à la mort.

## **La méthode de soins Gineste-Marescotti**

C'est un ensemble de théories et pratiques originales pour améliorer les soins et le prendre soin des personnes en établissement et à domicile.

Le travail en gériatrie, psychiatrie, comme en pédiatrie, médecine, chirurgie, auprès de patients dans le coma ou en service de soins palliatifs, a conduit Rosette MARESCOTTI et Yves GINESTE à imaginer la manutention et le soin relationnels, lorsque le corps est utilisé comme médiateur afin que la douceur rapproche le soignant et le soigné dans leur humanité.

En imaginant il y a une dizaine d'années les concepts de Bienveillance, de Règles de l'Art dans le soin, la méthodologie des soins, basée sur la philosophie de l'humanité permet d'accompagner les personnes âgées dans la tendresse et le respect de l'autonomie, debout jusqu'à la fin.

Depuis 1998, leur méthode de "capture et rebouclage sensoriels" dans la gestion des Comportements d'Agitation Pathologique des patients déments leur a permis d'affiner la méthodologie, et de piloter ainsi l'élaboration d'un programme de soins relationnels qui utilise quatre piliers essentiels :

-le regard : il est le premier canal de la mise en humanité. Il répond à trois critères sur le plan de la « technique », il est axial, horizontal, long et proche.

-la parole : elle doit être mélodieuse, douce et accompagnée de mots positifs. La parole doit accompagner tous les gestes et décrire chaque action tout en étant attentif à une réponse, verbale ou non.

-le toucher : il doit être vaste, doux, lent, caressant. Il existe 4 types de touchers : le toucher professionnel (saisie en berceau), le toucher progressif, le toucher permanent et le toucher pacifiant.

-la verticalité : ce quatrième pilier intervient dès le début de la vie, la première fois que l'enfant se tient debout comme les autres hommes. Cette verticalité est importante pour la construction de l'identité et elle influence notre perception du monde. Elle nous permet d'être en mouvement et indépendant. La perte de cette fonction est un deuil majeur. Pour éviter la grabatisation, il faut essayer d'accompagner les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer debout, au moins 20 minutes par jour.

Dix-huit Instituts Gineste-Marescotti existent à ce jour en France et à l'International.

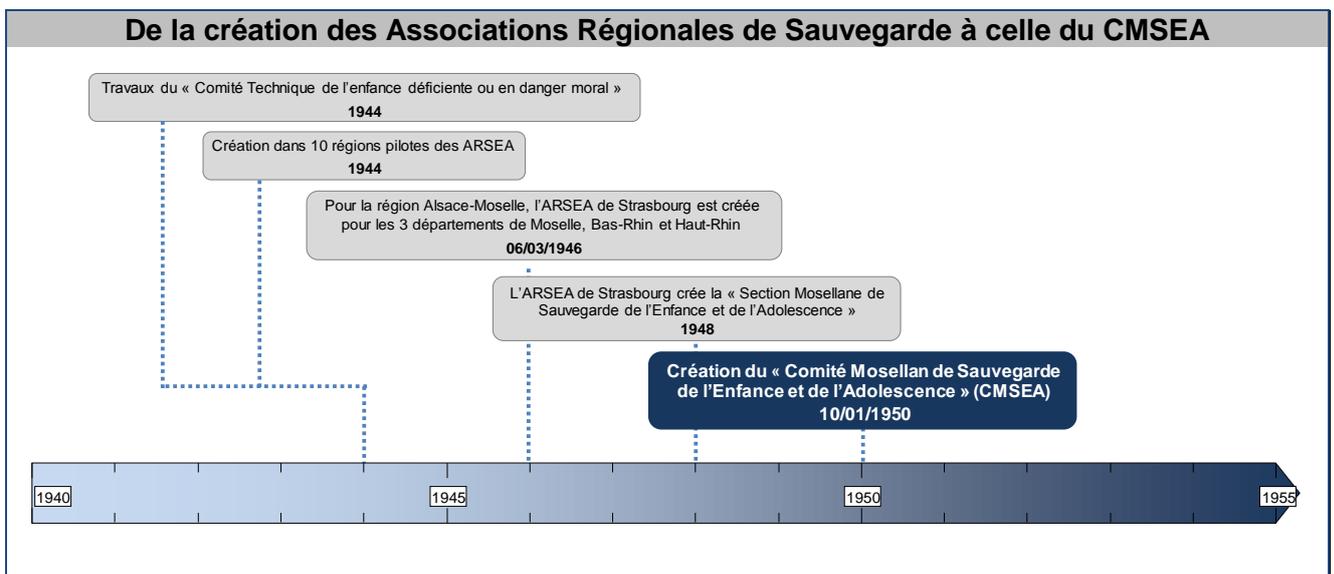
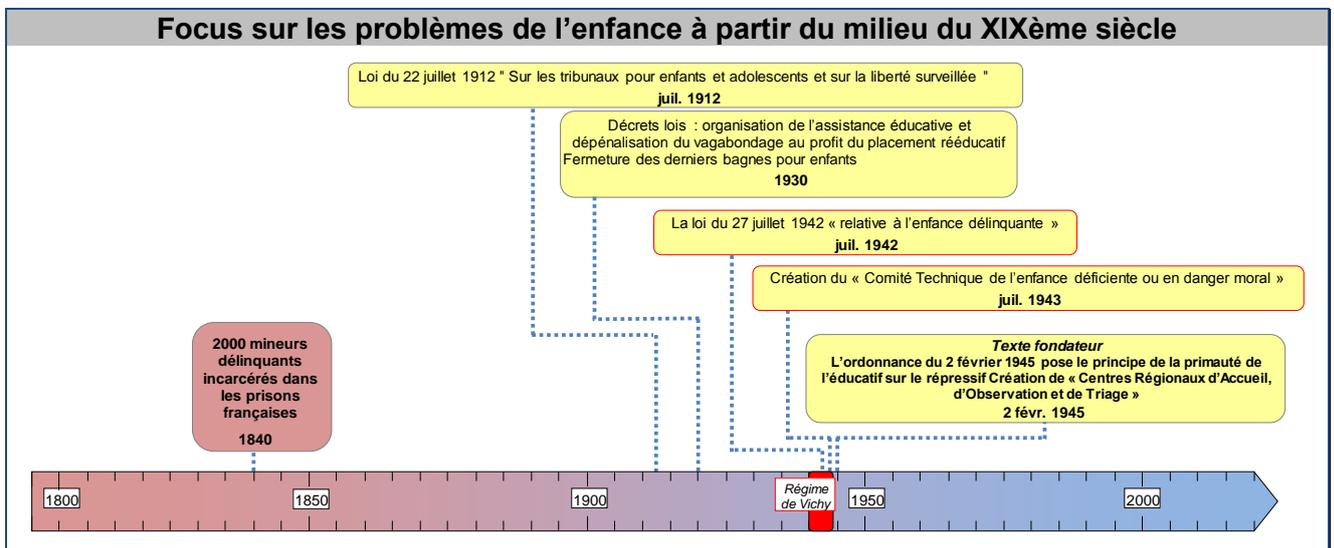
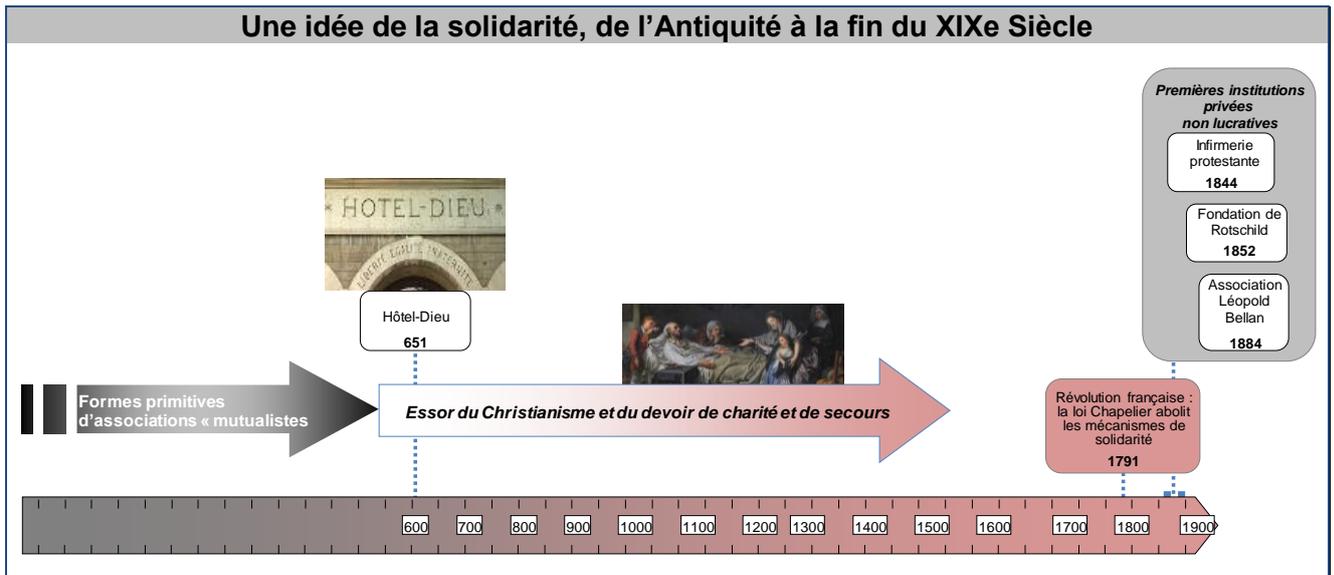
Leurs formations s'adressent à un grand nombre de structures et service :

Dans le domaine du grand âge : les E.H.P.A.D., les U.S.L.D., les S.S.I.A.D., les services à la personne, les accueils de jour, les équipes mobiles Alzheimer

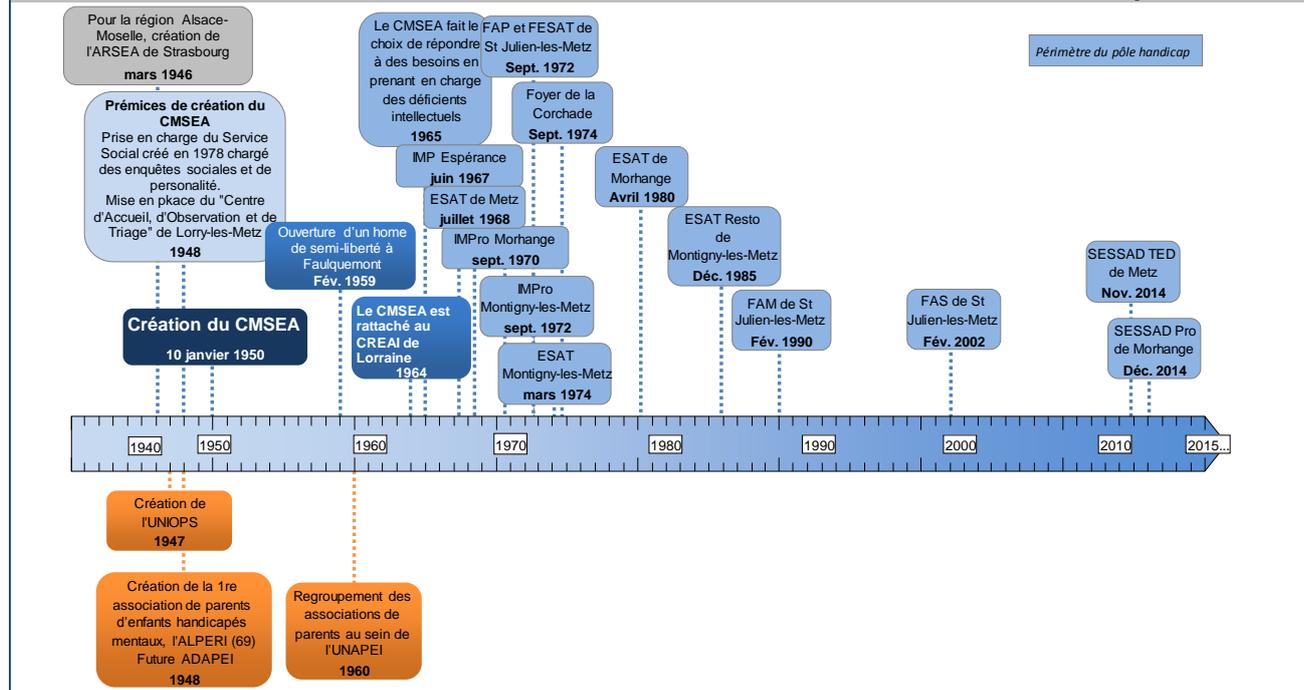
Dans le domaine du handicap : les M.A.S., les foyers de vie, les F.A.M., les services polyvalents d'aide et d'accompagnement à domicile

Dans le domaine sanitaire : soins intensifs, chirurgie, médecine interne, réanimation, pédiatrie,

## Annexe 4 Frises temporelles



## De la création du CMSEA aux différentes structures du Pôle Handicap



## Annexe 5 Matrice SWOT des 14 établissements et services

### Atouts

- Diversité des modes d'accompagnement pour une prise en charge de l'utilisateur de 3 ans à 60 ans et plus
- Bonne connaissance du handicap et des RBPP
- 85% des structures situées en région messine, management pendant la conception du pôle plus aisé (organisation réunions)
- Cadres formés niveau I et II, certifications
- Expérience de 2 ans du secteur de la déficience moins de 20 ans sur une forme d'organisation en pôle
- IMPro La Horgne : agrément autisme, expertise développée par le « mini-pôle »
- Soutien associatif dans les projets
- Existence d'un SAVS et d'un DIMOT
- Contractualisation d'un CPOM avec ARS en cours (6/14 structures) et réflexions pour les ESAT
- Réflexion sur la vie affective et sexuelle

### Faiblesses

- IMPro Morhange /IMP : pas de reconnaissance « label » autisme, absence d'agrément
- Structures vieillissantes nécessitant des travaux de rénovation (ESAT et foyers hébergement)
- Prise en charge médicale et paramédicale insuffisante
- Salariés en difficulté face aux nouveaux profils de public et/ou absence de formations spécifiques
- Manque de places en hébergements divers
- IMPro : 28 % d'amendements Creton
- ESAT/FESAT : peu d'échanges et articulations à revoir entre vie professionnelle /privée
- IMPRO/FESAT : pas d'échanges autour de l'adolescent en fin de prise en charge
- Référence aux RBPP à développer en foyer
- Morcellement des parcours
- Absence d'outil informatique de type dossier unique de l'utilisateur et de véritable système qualité

Matrice SWOT

## PÔLE HANDICAP

### Opportunités / Possibilités

- Politique médico-sociale 2015 ARS Lorraine : en adéquation avec les objectifs du pôle
- Evolution du profil des usagers : spectre autistique, troubles psychiques, handicap rare, personnes handicapées vieillissantes, usagers venant de pôle emploi pouvant amener la création de dispositifs innovants
- ARS et MDPH reconnaissent et encouragent ces prises en charge
- SESSAD TED : le 1er et le seul sur Metz
- SESSAD Pro : le 1er et le seul sur la Moselle
- Mutualisation des moyens humains, financiers, matériels et logistiques et des compétences

### Menaces

- Montages financiers (PPI) rejetés par les tarificateurs
- Rejet par ARS ou CG des demandes de mesures nouvelles (si pas CPOM) pour les prises en charge médicales et paramédicales par exemple
- Apparition de nouveaux acteurs privés dans le secteur du handicap
- Positionnement d'autres associations sur les mêmes créneaux
- Evolution des politiques publiques et de la législation défavorables aux projets mis en œuvre
- Persistance de la crise économique et d'une « sinistrose à la française »









SCHOULER

Sandra

Novembre 2015

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service  
d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS de Lorraine**

**CONCEVOIR L'ORGANISATION DU POLE HANDICAP D'UNE ASSOCIATION DE  
SAUVEGARDE AFIN D'AMELIORER LES MODES D'ACCOMPAGNEMENT DES  
USAGERS**

***Résumé :***

Le Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et de l'adulte est créé au début des années 1950 avec un seul secteur d'activité : la protection de l'Enfance.

Il connaît en 65 ans, une croissance exponentielle et devient une « entreprise associative », développant des prestations d'accompagnement en action sociale, en même temps que les politiques publiques évoluent.

Depuis 2012, cette association vit une étape de structuration importante : l'organisation de ses secteurs d'activités en 4 pôles dont le pôle handicap.

Pour les acteurs du pôle handicap, l'organisation à concevoir doit permettre la fluidité du parcours de l'utilisateur, quels que soient son âge et le type d'handicap.

Il faut passer d'une logique d'établissements cloisonnés à une logique de pôle.

Une offre globale de prise en charge de l'utilisateur et des dispositifs innovants sont au cœur de cette évolution.

Des outils, ajustés aux ressources humaines et matérielles, vont permettre d'améliorer les modes d'accompagnement des personnes accueillies.

***Mots clés :***

**ACCOMPAGNEMENT, ASSOCIATION, BIENTRAITANCE, CMSEA, HANDICAP,  
MOSELLE, ORGANISATION, PARCOURS, POLE, SAUVEGARDE, USAGER**

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*