

Piloter la mise en œuvre du nouvel agrément dispositif IEM

*Développer une logique d'innovation sociale pour adapter de façon continue les réponses
à l'évolution des besoins et du territoire*

Etienne KAUFFMANN

2016

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement, Nathalie SWIATKOWSKI, Directrice Régionale Bourgogne/Franche-Comté de l'Association des paralysés de France, qui m'a fait confiance et qui a cru en mes capacités à réussir la formation CAFDES. Elle m'a également proposé le thème de ce mémoire sur le pilotage du nouveau projet d'établissement du dispositif IEM et m'a permis d'y faire un stage d'un jour par semaine pendant 6 mois.

Je remercie également Daniel PFEFFER, Directeur de l'IEM-FP/SESSD d'Etueffont de février 2006 à mars 2016, qui m'a accueilli en stage CAFDES au sein de sa structure et qui m'a fait partager son expérience professionnelle et sa vision de la fonction de direction pendant les 10 années où nous nous sommes côtoyés.

Je remercie Annie MILLOT, Directrice de mémoire, qui a su m'accompagner aux bons moments malgré une temporalité décalée.

Enfin je remercie mon épouse et mes 3 enfants qui m'ont soutenu pendant ces années de formation, qui ont partagé mes joies et mes doutes, et qui m'ont épaulé dans ce travail de réflexion. En effet, conduire un travail de mémoire alors que l'on est en poste, de surcroît muté dans une autre région et concilier la vie de famille, est une gageure qui impacte toute la cellule familiale.

Sommaire

Introduction	1
1 Un contexte en pleine mutation.....	5
1.1 L'évolution des handicaps.....	5
1.1.1 De déficience à situation de handicap	5
1.1.2 L'évolution des déficiences et des situations de handicap	5
1.1.3 Vers de nouveaux modes de vie	8
1.2 La transformation des politiques publiques.....	10
1.2.1 Un contexte réglementaire national renouvelé... ..	10
1.2.2 Impactant la politique locale	13
1.2.3 Et la stratégie régionale.....	15
1.3 Une Association aux avant-postes	17
1.3.1 Une construction nationale et locale intimement liées	17
1.3.2 Vers une mutation de l'établissement.....	19
1.3.3 La transition en marche.....	20
2 La problématique, les hypothèses et les leviers	25
2.1 Problématique et hypothèses.....	25
2.1.1 Définition de la problématique	25
2.1.2 Présentation des 4 hypothèses de travail	27
2.2 Appréhender la complexité.....	29
2.2.1 L'inclusion et le territoire.....	29
2.2.2 L'innovation sociale	33
2.2.3 Le projet d'établissement support de management	36
2.3 La contractualisation et l'évolution de la fonction de direction.....	38
2.3.1 CPOM, qualité et performance	38
2.3.2 Lecture critique des objectifs du CPOM ARS/APF Bourgogne/Franche-Comté..	40
2.3.3 Une redéfinition de la fonction de direction.....	41
3 Piloter l'établissement.....	43
3.1 Proposer des logements dans la cité	43
3.1.1 Définition du projet	43
3.1.2 Plan d'action :.....	46

3.1.3	Evaluation	51
3.2	Achever la mise en œuvre du NPE pour uniformiser le fonctionnement.....	51
3.2.1	Mettre l'établissement en conformité avec la réglementation	52
3.2.2	Redéfinir l'organigramme et gérer les ressources humaines.....	56
3.2.3	Mettre également la réglementation en conformité avec l'établissement.....	62
3.2.4	Analyser l'activité	65
3.3	Impliquer les partenaires pour co-construire le projet d'établissement et faire reconnaître la démarche	67
3.3.1	Impliquer les partenaires pour connaître l'évolution des besoins.....	68
3.3.2	Co-construire le projet d'établissement	73
3.3.3	Diffuser l'expérimentation pour modéliser une réponse.....	75
	Conclusion.....	77
	Bibliographie.....	79
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH :	Allocation aux adultes handicapés
ACTP :	<i>Allocation compensatrice de tierce personne</i>
AEEH :	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AFPA :	Association pour la formation professionnelle des adultes
AMP :	Aide médico-psychologique
ANAP :	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicosociaux
ANESM :	Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements sociaux et médicosociaux
APF :	Association des paralysés de France
ARIS-CAP	Association régionale pour l'intégration sociale et professionnelle des
Emploi :	personnes en situation de handicap
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASH :	Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés
AVSi :	Auxiliaire de vie scolaire individualisée
BEP :	Brevet d'études professionnelles
BIL :	Bulletin interne de liaison
CAF :	Caisse d'allocations familiales
CAFDES :	Certificat d'aptitude aux fonctions de direction d'établissement ou de service d'intervention sociale
CAP :	Certificat d'aptitude professionnelle
CDAPH :	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDD :	Contrat à durée déterminée
CE :	Comité d'établissement
CEEDA :	centre d'éducation pour enfants déficients auditifs
CESF :	Conseiller en économie sociale et familiale
CHSCT :	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIH :	Classification internationale des handicaps
CLIS :	Classe d'intégration scolaire
CNR :	Crédits non reconductibles
COQUA :	Comité qualité
CPOM :	Contrat pluriannuel des objectifs et des moyens
CREAI :	Centre Régional d'études, d'information et d'action en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

CRESEDEV :	Centre régional d'enseignement et d'éducation spécialisés pour déficients visuels
CROUS :	Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
CRSA :	Commission régionale de la santé et de l'autonomie
CVS :	Conseil de la vie sociale
DSDN :	Direction des services départementaux de l'Education Nationale
EA :	Entreprise adaptée
EN :	Education Nationale
EPE :	Equipe pluridisciplinaire d'évaluation
ESAT :	Etablissement social adapté au travail
ESMS :	Etablissement social et médicosocial
ETP :	Equivalent temps plein
FAM :	Foyer d'accueil médicalisé
FINESS :	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FJT :	Foyer des jeunes travailleurs
GPEC :	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRETA :	Groupement d'établissements publics (pour la formation des adultes)
HPST :	Loi « <i>Hôpital, Patients, Santé et Territoires</i> »
IEM :	Institut d'éducation motrice
IEM-FP :	Institut d'éducation motrice – Formation professionnelle
IEN :	Circonscription d'inspection de l'Education Nationale
IMC :	Infirmité motrice cérébrale
IME :	Institut médico-éducatif
IRP :	Instances représentatives du personnel
MDPH :	Maison départementale des personnes handicapées
NPE :	Nouveau projet d'établissement
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PAVA :	Programme d'apprentissage à la vie autonome
PCH :	Prestation de compensation du handicap
PPI :	Plan pluriannuel d'investissements
PPS :	Projet personnalisé de scolarisation
PRS :	Programme régional de santé
PSE :	Plan de sauvegarde de l'emploi
RROS :	Responsable régional de l'offre de service
SAAD :	Services d'aide à domicile
SAMSAH :	Service d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés
SAVA :	Section d'apprentissage à la vie autonome
SDOSMS :	Schéma directeur de l'offre sociale et médicosociale (départemental)

SEM :	Section d'éducation motrice
SEP :	Sclérose en plaque
SESSAD :	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SESSD :	Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (terminologie APF)
SIAD :	Services de soins infirmiers à domicile
SROMS :	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SUMPS :	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
UEE :	Unité d'enseignement externalisée
ULIS :	Unité locale pour l'inclusion scolaire
UPI :	Unité pédagogique d'intégration

Introduction

« *La pierre n'a point d'espoir que d'être autre chose que pierre. Mais de collaborer elle s'assemble et devient temple* » A. DE SAINT EXUPERY¹

« Piloter la mise en œuvre du nouvel agrément dispositif IEM, développer une logique d'innovation sociale pour adapter les réponses à l'évolution des besoins... ». Voilà un titre qui pourrait paraître abscons, même pour des experts du champ médicosocial. En préambule de cette introduction de mémoire, je me dois d'explicitier deux concepts pour le rendre intelligible. Le mot dispositif est utilisé récemment par les pouvoirs publics pour désigner un regroupement de plusieurs structures médicosociales. Ce regroupement permet aux Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) de prononcer une seule orientation vers le dispositif, charge aux différentes structures d'accompagner les personnes dans l'un ou l'autre de ses établissements ou services afin de répondre au mieux à ses besoins. La fluidité des parcours s'en trouve ainsi améliorée du fait d'une meilleure réactivité due à la suppression d'un, voire de deux échelons décisionnels. Partout en France, la notion de dispositif renvoie à plusieurs agréments : les entités ont gardé individuellement leurs missions. Or dans le cas de l'Institut d'éducation motrice (IEM) dont je traite dans ce mémoire, pour la première fois en France, deux établissements de types différents (un Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSD) et un IEM) sont regroupés sous un seul agrément. Si l'objectif est là-encore, de fluidifier les parcours, cette situation nouvelle renvoie à des questions de limites de financements, d'harmonisation des pratiques, en interne comme avec les partenaires.

L'établissement est resté plusieurs années sans s'adapter à l'évolution de la demande et à celle des politiques publiques. Or il vient de réaliser sa révolution copernicienne suite à une injonction de l'Agence régionale de santé (ARS). S'appuyant sur les dernières réglementations, il base son Nouveau projet d'établissement (NPE) sur l'accompagnement des jeunes en situation de handicap dans tout ce que propose le milieu ordinaire, la structure venant en soutien aux dispositions du droit commun. Or les institutions ne sont pas encore suffisamment opérationnelles dans ce changement de paradigme qu'est l'accompagnement lié à l'inclusion. En effet, mes premières recherches m'alertent sur deux points :

- la puissance publique manque de connaissances des besoins : « *Dans l'état actuel des données disponibles, le nombre de places en IME (et IEM ndlr) à*

¹ A. DE SAINT-EXUPERY – Citadelle - 1948

redéployer en SESSAD est difficilement quantifiable. Des critères d'évaluation pertinents sont à définir...»².

- Le taux d'occupation de l'IEM est en baisse constante et aucune nouvelle orientation ne lui est proposée.

Le risque que j'identifie en tant que directeur, est que l'établissement soit en tel décalage avec ses partenaires, qu'il n'arrive pas à déployer son projet et revienne à ses anciennes pratiques. Pour répondre à cette problématique, je décide de développer les collaborations avec les partenaires, d'échanger sur les représentations et limites de compétences de chacun pour solutionner ensemble les points de blocages et modéliser des réponses. C'est cela l'innovation sociale.

J'ai été, pendant 10 ans, directeur des délégations départementales de l'Association des paralysés de France (APF) du Territoire de Belfort et du Doubs. Depuis le mois d'avril dernier, j'ai accepté de prendre un poste de chef de service d'un Foyer d'accueil médicalisé (FAM) de l'APF dans la Nièvre afin de pouvoir mettre en pratique et expérimenter les connaissances acquises par le biais du Certificat d'aptitude aux fonctions de direction d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES).

Pendant ces années, j'ai travaillé de concert avec le directeur de l'Institut d'éducation motrice - formation professionnelle (IEM-FP) de l'APF situé à Etueffont (90). Proches collègues, nous avons partagé et mis en œuvre une stratégie commune. J'ai également accueilli, managé et côtoyé des élèves et anciens élèves de l'IEM-FP au sein des deux délégations que j'ai dirigées : bénévoles, stagiaires, salariés, élus de l'Association, plusieurs d'entre eux étaient « passés » par cet établissement. Certains y avaient été élèves il y plus de 40 ans, d'autres y étaient encore. Mes missions ont été notamment d'accueillir des familles et jeunes en rupture d'accompagnement. Je ferai référence, dans ce mémoire, à cette expérience et aux connaissances que j'ai pu acquérir par ce biais.

Le directeur de l'IEM-FP/SESSD a fait valoir ses droits à la retraite au 1^{er} mars 2016, soit quelques mois après le début de mon stage. Dans ce travail d'élaboration et de conduite d'une stratégie qu'est l'écriture d'un mémoire, je me suis positionné comme si j'étais le nouveau directeur de cet établissement, comme si j'étais arrivé au 1^{er} février pendant une période de « tuilage » d'un mois. Je reprends ainsi le NPE porté par l'ancien directeur, la direction régionale de l'APF et les deux cadres intermédiaires arrivés récemment. Après

² Schéma régional de l'offre médicosociale (SROMS) 2012/2017 ARS Franche-Comté, page 93

une étude générale du contexte et du NPE accepté fin 2013 par le siège de l'APF et par le financeur, j'engage une réflexion pour en piloter la mise en œuvre.

La première partie de ce mémoire est consacrée au diagnostic : Je définis tout d'abord ce qu'est aujourd'hui la typologie des personnes jeunes atteintes d'une déficience motrice. Quels sont leurs incapacités et leurs handicaps au regard de leur environnement, leurs attentes et besoins. Je décris ensuite les politiques publiques nationales et locales en lien avec l'éducation et la citoyenneté. Puis je présente l'APF et l'établissement, son NPE et j'analyse le fonctionnement actuel.

La deuxième partie de mon mémoire est consacrée tout d'abord au développement de la problématique et des hypothèses de travail. Ensuite j'analyse les concepts d'inclusion, d'innovation sociale et de projet d'établissement sur lesquels je m'appuie pour la troisième partie, le pilotage de la structure.

La dernière partie est consacrée au plan d'action. Tout d'abord à court terme, je développe une offre de logements inclusifs. Ensuite à moyen terme, je stabilise la structure en poursuivant le NPE engagé. Et enfin à long terme, j'implique les partenaires pour co-construire le projet d'établissement sur la base des besoins repérés ensemble et pour modéliser des réponses généralisables à l'échelle régionale. Chaque sous partie est agrémentée des indicateurs de résultats qui me permettent d'évaluer et d'ajuster la mise en œuvre.

1 Un contexte en pleine mutation

1.1 L'évolution des handicaps

1.1.1 De déficience à situation de handicap

L'IEM-FP/SESSD de l'APF se situe dans le champ des jeunes atteints d'une déficience motrice avec ou sans troubles associés, scolarisés en situation de handicap.

La notion de handicap a beaucoup évolué ces dernières années. En 1980, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définissait le handicap via la Classification internationale des handicaps (CIH) de la manière suivante : la déficience résulte d'une lésion, l'incapacité est la résultante fonctionnelle de la déficience et le désavantage est la résultante de l'incapacité dans l'intégration sociale de la personne handicapée. En 2001, l'OMS élabore une nouvelle classification du handicap³ : cette dernière fait le lien entre fonctionnement et handicap : ce dernier, vu avec une approche environnementale et sociétale, est à la fois le résultat de la rencontre d'une incapacité (issue d'une déficience) et de l'inadaptation de son environnement au regard du fonctionnement de l'individu dans ses habitudes. La loi 2005-102, s'inspirant des travaux de l'OMS donne alors cette définition⁴ : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* ».

Ainsi, la personne n'est pas « handicapée » mais en situation de handicap du fait des barrières physiques ou sociétales de son environnement. Elle vit des situations de handicap.

1.1.2 L'évolution des déficiences et des situations de handicap

Depuis les années 1960, nous pouvons assister à une forte évolution des déficiences. En effet, la première cause de déficience motrice chez les enfants jusque dans les années 50 était due à des séquelles de poliomyélite. Or la découverte du vaccin antipoliomyélitique et la vaccination obligatoire en France à partir de 1963 a fait disparaître en quasi-totalité le

³ Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) entériné par l'Assemblée mondiale de la santé le 22 mai 2001 – résolution WHA 54.21

⁴ Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées – Article 2 modifiant l'article L114 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)

nombre de jeunes de moins de 20 ans souffrant de séquelles de cette maladie dès les années 1985. La poliomyélite se caractérise par des malformations physiques impactant uniquement la structure anatomique, une déficience motrice sans aucun trouble associé de type déficience intellectuelle. Ainsi la situation de handicap était créée par un environnement non accessible physiquement, et une société non-adaptée (regard, attente de performance, adaptation des postes de travail). Seules une fatigabilité parfois importante et des interventions chirurgicales, parfois lourdes, pouvaient impacter différemment la participation des individus. Après l'âge de la majorité, ces personnes intégraient les postes dans le milieu ordinaire ou les postes « réservés » dans l'administration. Le plus souvent elles arrêtaient tout contact avec le secteur médicosocial sauf celles dont les lésions traumatiques ne permettaient pas une vie à domicile.

Dans le même temps, l'amélioration de la médecine a permis de réanimer des bébés en souffrance respiratoire. Malheureusement, un certain nombre de ces enfants souffre de séquelles du manque d'oxygénation générant des lésions au cerveau : l'Infirmité motrice cérébrale (IMC). Elle est, depuis les années 1980, la première cause de déficience motrice et représente la majorité des personnes accueillies au sein l'IEM-FP/SESSD.

La médecine moderne a permis également de sauver des personnes victimes d'accidents de la vie. Outre les traumatismes anatomiques, les chocs subits par la boîte crânienne causent des lésions irréversibles du cerveau provoquant une déficience motrice (deuxième cause de déficience motrice acquise après la Sclérose en plaques (SEP) cette dernière se déclarant uniquement à l'âge adulte).

Par ailleurs, la médecine a également permis de maintenir en vie, au prix de traitements médicamenteux et d'interventions chirurgicales parfois lourdes, des personnes souffrant de maladies rares et évolutives (d'origines neuromusculaires le plus souvent), pour lesquelles elle n'a pas de solutions curatives ni de pronostics à long terme. Seules les capacités à un instant « t » peuvent être appréhendées, et leurs évolutions dans le temps ne sont pas connues.

Dans ces trois situations, les fonctions motrices sont déficientes partiellement voire totalement. Les gestes sont saccadés, peu précis et plus lents, ce qui oblige ces personnes, la plupart du temps, à se déplacer avec une aide technique, béquilles, déambulateur, voire fauteuil roulant. L'acquisition des gestes simples de la vie quotidienne nécessite un apprentissage afin de leur permettre de développer une indépendance qui ne vient pas toujours naturellement. L'assistance d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute, d'un psychomotricien ou d'un éducateur facilite ces apprentissages qui évoluent avec les pathologies et les transformations physiques liées à l'âge (poids, taille, force musculaire...). Malgré ces accompagnements, la plupart de ces

personnes nécessitent l'aide d'une tierce personne (famille pour les plus jeunes, puis familles et/ou professionnels lorsque le jeune grandit) pour les actes de la vie quotidienne (s'habiller, se laver, manger, éliminer). L'apport de la médecine (prescriptions de médicaments et interventions chirurgicales) peut améliorer la mobilité ou diminuer les douleurs mais sans jamais supprimer les déficiences. Les opérations chirurgicales sont suivies de périodes post-opératoires importantes (en durée mais également au niveau du poids de la prise en soins). Certaines personnes ont des troubles de la déglutition et nécessitent une surveillance constante lors des repas et une alimentation adaptée afin de ne pas subir de fausses routes pouvant entraîner le décès en quelques minutes. L'apparition de spasticité (raideur des muscles) et la perte lente de mobilité qui en découle, nécessitent une rééducation physique permanente (kinésithérapie, sport adapté) à une fréquence plus ou moins importante suivant les personnes.

En plus des difficultés motrices, divers troubles associés sont le plus souvent à déplorer :

- Vision : des difficultés à voir de loin, à repérer les reliefs et à voir les couleurs
- Diurèse et transit intestinal problématiques
- Fatigue et fatigabilité importante
- Déficit des fonctions cognitives : difficultés d'apprentissage, et retards de compréhension
- Troubles de la mémoire et de l'attention
- Troubles du langage et de la parole
- Epilepsie
- Troubles du comportement avec persistance et accès de colère (cérébrolésés)

Les troubles associés limitent énormément la participation, les apprentissages sont limités, la performance est très faible, la communication n'est pas aisée. L'impact sur l'indépendance et l'autonomie peut-être, suivant l'importance des lésions, très important. L'environnement doit être accessible dans les 5 sens du terme : circuler, accéder, se repérer, utiliser, communiquer. Une compensation humaine doit être mise en place et suivant les atteintes fonctionnelles, elle est plus ou moins importante. Une prise en soin doit être organisée tout au long de la vie afin que les personnes gardent au maximum les capacités acquises qui doivent être mobilisées avec régularité.

Dans le contexte de notre société où l'on demande à un être humain d'être performant et autonome, un certain nombre de ces personnes ne sont pas employables, même dans le secteur du travail protégé médicosocial.

L'accès aux soins les met également en situation de handicap. En dehors des spécialistes de ces pathologies, la médecine généraliste ou spécialisée dans d'autres disciplines ne connaît que très peu l'impact des déficits sur le reste du corps, le comportement et les

réactions croisées. Par ailleurs, la complexité de l'organisation du système de soin français leur est difficilement compréhensible.

1.1.3 Vers de nouveaux modes de vie

- Des attentes fortes :

Les handicaps évoluent et la société française également. S'inspirant des modèles anglo-saxons et des pays du Nord de l'Europe, les personnes en situation de handicap et leurs familles aspirent à une vie avec les personnes valides, au milieu d'elles, et non pas dans des établissements spécialisés situés loin des cœurs de villes comme c'était le cas jusque dans les années 1980. Depuis la fin des années 1990, les personnes concernées, malgré l'accroissement de leurs difficultés physiologiques réclament d'avoir une vie comme tout le monde, et avec tout le monde. Cela signifie d'aller à l'école publique de leur secteur, d'y suivre des formations diplômantes ou non, en fonction de leurs capacités. En effet, l'école est un lieu de savoir, mais pas seulement, c'est également un lieu d'éducation, de rencontre, d'apprentissage de la citoyenneté et de socialisation. En être écarté signifie être, par la suite, écarté de toute vie sociale classique. Les personnes aspirent également à travailler puisque la société actuelle nous confère un statut et une identité par ce biais, idéalement dans le milieu ordinaire et pas seulement dans le secteur protégé d'un Etablissement social adapté au travail (ESAT) ou d'une Entreprise adaptée (EA). Enfin, les personnes en situation de handicap souhaitent se projeter dans leur propre appartement, où l'avenir peut leur laisser le choix de rencontrer un ou une conjointe et de vivre avec, qu'il ou elle soit en situation de handicap ou non. Ces personnes veulent aller et venir dans la cité, se rendre dans tous les lieux publics pour y être comme tout le monde et avec tout le monde, tisser du lien social, s'impliquer dans les décisions politiques. Elles veulent être des citoyennes à part entière.

- Des besoins tout aussi importants

Malgré ces aspirations, je constate que la réalité est bien différente. Comme je l'ai présenté en introduction, mon expérience professionnelle m'a amené, en dix années de direction de deux délégations départementales de l'APF, à côtoyer de nombreuses personnes en situation de handicap. Structures militantes, d'éducation populaire les délégations ont, entre autres, la mission d'accueil inconditionnel des personnes atteintes d'une déficience motrice. J'y ai accompagné un nombre important de personnes IMC qui ont subi un arrêt de leur suivi à l'âge de 16 ans. En effet, toutes celles qui n'ont pas pu suivre un cursus diplômant de l'Education nationale (EN) du fait de troubles associés importants et qui n'ont pas souhaité s'orienter vers un IEM, sont restées sans solutions.

Sans aucun jugement de ma part, je fais ce constat, représentatif de la situation actuelle. En effet, l'EN a l'obligation de scolarisation jusqu'à l'âge de 16 ans. Or pour les personnes ne pouvant pas suivre les cursus diplômants, elle n'avait pas d'orientation à leur proposer en milieu ordinaire, en l'absence d'offre de formation en rapport avec leurs difficultés. Les SESSD, pris par une liste d'attente importante se retrouvaient alors confrontés au dilemme de continuer d'accueillir des adolescents sans scolarité ou des jeunes scolarisés sans accompagnement. La plupart des services ont alors choisi les plus jeunes, soutenus en cela par les Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), considérant une priorité de prise en soin des plus jeunes. Toutes ces personnes sont alors retournées dans leurs familles, en crise d'estime d'elles-mêmes, coupées de toute vie citoyenne. Certaines à attendre une place dans le secteur adulte (accueil de jour, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé), d'autres à espérer que la société pourrait peut-être leur trouver une place. Ces dernières sont alors sorties des listes d'attente des établissements, n'ont plus demandé d'orientations, bénéficiant de l'aide humaine de leurs parents, et sont alors sorties du système des aides légales, devenant inconnues de la puissance publique. Encore aujourd'hui, cette typologie de personnes reste sans solutions, dès lors qu'elles font le choix de ne pas aller en IEM. L'arrêt des études se faisant en fin d'année et leur projet n'étant pas en lien avec une offre identifiée, les pouvoirs publics les perdent de vue.

D'autres ont fait le choix d'être accompagnées en IEM, mais ces structures étaient habituées à former des personnes que le secteur emploi du milieu ordinaire ou protégé était en capacité d'accueillir. La plupart de ces structures n'ont pas réussi à s'adapter aux difficultés de ce nouveau public et ont créé un effet « filière » orientant les personnes, une fois adultes, vers des foyers spécialisés, eux-mêmes « embolisés » par un accroissement des demandes et un taux de sortie en régression du fait de l'allongement de la durée de vie des personnes handicapées.

Cette tension entre les attentes, les besoins et l'inadéquation de l'offre, les familles, les Associations et les personnes en situation de handicap vont la dénoncer, jusqu'à ce que les politiques publiques adoptent des textes fondateurs du vivre ensemble et de l'inclusion, de la compensation du handicap et de la mise en adéquation de l'offre avec la demande pour les personnes en situation de handicap.

1.2 La transformation des politiques publiques

1.2.1 Un contexte réglementaire national renouvelé...

Les politiques publiques concernant les personnes en situation de handicap ont ainsi subi des transformations importantes ces 30 dernières années. Jusque dans les années 1980, la quasi-totalité des enfants en situation de handicap était orientée vers les « établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux », ancêtres des IEM créés en 1956. En effet, l'EN n'avait pas les moyens de scolariser des enfants qui nécessitaient un accompagnement humain supplémentaire à celui concernant l'apprentissage. Ces établissements, financés par l'assurance maladie accueillait en leur sein des mineurs (jusqu'à 23 ans pour certains établissements) afin de leur apporter un accompagnement scolaire et médicosocial pluridisciplinaire : éducatif, médical et paramédical spécialisé au déficit des fonctions motrices (médecine physique et de réadaptation, kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité...). Les enseignants de ces établissements étaient pour la plupart mis à disposition par l'EN dans le cadre de conventions et développaient une éducation spécialisée en leur sein. Ces structures avaient le plus souvent une ouverture limitée sur leur territoire et étaient peu nombreuses, obligeant les jeunes à être internes, loin de leur lieu de vie (parfois dès l'âge de 6 ans dans un autre département).

S'appuyant sur la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975⁵ qui affirme le principe de l'obligation éducative ainsi que celui de l'intégration scolaire, de nouveaux services médicosociaux voient le jour avant la fin des années 80, les Services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD appelés SESSD au sein de l'APF). Ces services agréés par l'Etat accompagnent des enfants en situation de handicap qui sont scolarisés en milieu ordinaire, sur le volet médicosocial par un plateau technique dédié, en intervenant au domicile du jeune ou au sein de son environnement scolaire. L'EN crée ensuite un appui à l'accompagnement en 1990⁶. Puis pour les élèves les plus en difficultés de scolarisation (troubles cognitifs, troubles du langage ou de l'audition) elle crée en 1991⁷ les Classes d'intégration scolaire (CLIS) : des petites classes d'écoles primaires différenciées par types de déficiences avec des enseignants

⁵ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées – Chapitre 1^{er} : dispositions relatives aux enfants et adolescents handicapés

⁶ Circulaire n° 90-082 du 9 avril 1990, l'éducation nationale crée le Réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficultés (RASED) qui ont pour missions de fournir une aide spécialisée aux élèves scolarisés dans des classes ordinaires.

⁷ Circulaire 91-304 du 18 novembre 1991. Les CLIS ont pour vocation d'accueillir des élèves qui ne peuvent plus ou pas encore être scolarisés avec profit.

spécialisés. L'offre de scolarisation s'étoffe ainsi, permettant aux plus jeunes de vivre à leur domicile et d'être scolarisés, en général, dans la préfecture ou sous-préfecture de leur département. En 1995, l'offre de scolarisation adaptée s'étend aux adolescents de 11 à 16 ans⁸ avec un handicap mental, puis en 2001, à ceux porteurs d'une déficience motrice ou sensorielle par la création des Unités pédagogiques d'intégration (UPI) : classes spécialisées au sein de collèges qui ont pour obligation de signer une convention avec un SESSAD. Ainsi, les jeunes en situation de handicap peuvent être scolarisés en intégration, jusqu'à l'âge de 16 ans, en général dans la préfecture de leur département, voire dans la plus grande ville proche de leur domicile. Au premier janvier 2015, l'EN crée les Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) remplaçant les CLIS en primaire, et les UPI en collège.

Puis le début des années 2000 voit un contexte réglementaire complètement renouvelé par l'arrivée de nouvelles lois, toujours en vigueur actuellement, qui changent complètement le paradigme de la façon d'aborder le handicap. Au centre d'une « frénésie » législative, la réglementation de ces 15 dernières années refonde totalement la manière d'appréhender l'aide sociale au sens large. Je retiendrai particulièrement 3 lois qui font référence dans notre secteur aujourd'hui et auxquelles je dois me conformer :

- La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale dite de modernisation sociale
- La loi 2005-102 « *Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » dite loi du 11 février 2005
- La loi 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST

Ainsi, la loi 2002-2 « *tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* »⁹ et donne la priorité au projet individuel sur le projet d'établissement. Les Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) doivent s'adapter aux besoins et la réglementation m'oblige à mettre en place un certain nombre d'outils garantissant les droits des usagers.

La loi 2005-102 pose plusieurs principes : les personnes en situation de handicap sont des citoyennes à part entière, qui peuvent choisir leur mode de vie et à qui la collectivité doit compenser matériellement et financièrement les conséquences du handicap pour leur

⁸ Circulaire 95-125 du 17 mai 1995 Les UPI sont alors réservés aux jeunes atteints d'un handicap mental. L'enseignant doit favoriser les activités avec les autres classes de collège.

⁹ Extrait de l'article L116-1 du CASF modifié par la loi 2002-2

permettre de vivre inclus dans la société. Pour ce faire, un droit à compensation (aide humaine et technique) est créé et l'accessibilité des lieux publics devient une obligation. Le principe de la scolarisation dans l'établissement scolaire le plus proche, et la mise en place des aménagements nécessaires pour leur permettre une scolarité continue sont posés. Cette loi précise que le parcours des jeunes doit donner la priorité à l'accueil dans des organismes de droit commun, le secteur spécialisé venant en complément, en compensation du handicap et non pas en substitution. Pour ce faire, des postes d'Auxiliaires de vie scolaire individualisées (AVSi) sont créés, financés par l'EN. Le fait d'avoir un enfant en situation de handicap en milieu ordinaire peut ouvrir droit à l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

La création des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) comme « guichet unique du handicap » doit permettre aux personnes et à leur famille de trouver les renseignements et une orientation afin qu'elles puissent réaliser leur projet de vie. La Commission des droits et de l'autonomie (CDAPH) au sein de ces MDPH décide et prononce des décisions pour permettre à chaque personne de vivre comme elle le souhaite, en ouvrant droit à des prestations spécifiques adaptées compensant le handicap, en solvabilisant les personnes ou en notifiant l'accès à des ESMS spécialisés et/ou à des prestations de l'EN.

La loi HPST crée les ARS qui deviennent responsables de l'adaptation de l'offre de service aux besoins sur le territoire, en ce qui concerne la santé et l'action médicosociale, par le biais d'une planification par schémas et par la contractualisation d'objectifs avec les ESMS. Responsables de leur qualité et de leur performance elle s'appuie sur deux autres agences nationales : l'Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements sociaux et médicosociaux (ANESM)¹⁰ et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicosociaux (ANAP)¹¹.

Ainsi ces lois forment le triptyque des bases de l'accompagnement médicosocial d'aujourd'hui. Elles ont été depuis, légèrement modifiées et précisées par des circulaires, mais l'esprit de ces trois lois n'a pas changé. Je me dois donc, en tant que directeur d'ESMS de développer l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur afin de favoriser l'inclusion et développer les partenariats pour répondre avec efficacité aux attentes des personnes qui y sont orientées.

¹⁰ Loi 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 – Article 85 – modifiant l'article L312-8 du CASF – créé l'ANESM

¹¹ Loi HPST : article 18 – modifiant l'article L6113-10 du code la santé publique – créé l'ANAP

La loi d'orientation pour la refondation de l'école de la République du 8 juillet 2013¹² renforce encore l'obligation de scolariser les élèves dans les écoles de secteur. Enfin, une recommandation du conseil de l'Europe¹³ relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés au sein de la collectivité oriente encore un peu plus l'obligation de transformation des structures médicosociales qui leur sont dédiées pour donner la priorité à l'accompagnement en milieu ordinaire.

Par ailleurs, le rapport Piveteau du 10 juin 2014, « Zéro sans solution » se met actuellement en œuvre : les pouvoirs publics pressent les établissements à trouver une réponse à toutes les personnes en rupture de suivi en faisant évoluer les agréments et les modes de financements. Les ESMS sont invités à plus de souplesse dans leurs accompagnements afin de supprimer toute rupture de parcours des personnes qui nécessitent un accompagnement médicosocial spécialisé. Les modes de financement tendent alors à privilégier une dotation globale (par opposition à un prix de journée) qui s'imposera aux structures, favorisant les admissions et la fluidité des parcours.

Ainsi, la scolarisation des enfants en situation de handicap incombe à l'EN, dans un rapport étroit avec les MDPH, et l'accompagnement de ces jeunes, réalisé par les ESMS est sous la responsabilité de l'ARS. Ces trois partenaires sont incontournables de ma fonction de direction.

1.2.2 Impactant la politique locale

- L'académie de Besançon

La responsabilité de l'EN est ministérielle, déconcentrée au niveau régional à l'Académie de la région Bourgogne/Franche-Comté sous la responsabilité du recteur d'académie. Ce dernier met en œuvre les orientations nationales en fonction de priorités régionales qu'il a arrêtées dans le projet académique et des budgets qui sont attribués par son ministère. Il est donc soumis aux arbitrages nationaux.

¹² Loi 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, article 2 : « ...// (le service public) veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction... »

¹³ Recommandation du Comité des ministres du Conseil de l'Europe n°CM/Rec (2010) 2 du 3 février 2010 relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité.

A l'échelon académique le recteur préside la commission académique Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés (ASH) et définit les axes de la politique académique.

L'académie de Besançon est découpée selon les 4 départements de Franche-Comté (Direction des services départementaux de l'éducation nationale - DSDN) qui sont eux-mêmes découpés en circonscriptions d'inspection (IEN) pour le premier degré et les élèves relevant des ULIS écoles. Le découpage est différent pour les collèges et les élèves relevant des ULIS collège.

- **Les MDPH**

Comme je l'ai spécifié dans le chapitre précédent, la loi 2005-102 crée, entre autre, les MDPH (chapitre II, article 64)¹⁴. Ces dernières fonctionnent grâce à une Equipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) qui, en fonction du projet de vie de la personne définit l'orientation vers des établissements spécialisés ou non et propose la compensation qui leur sera attribuée. La décision est prise en CDAPH.

Le rectorat participe aux EPE et à la CDAPH. Il met en œuvre le Projet personnalisé de scolarisation (PPS)¹⁵ décidé par la commission en attribuant, en fonction des décisions de ces dernières des heures d'AVSi, du matériel adapté (lorsque l'élève n'est pas en établissement médicosocial) ou désigne un enseignant référent chargé de mettre en œuvre et de suivre le PPS.

Les MDPH sont donc, depuis 2005, des prescripteurs, des pivots de la politique du handicap est des partenaires indispensables des ESMS. Leur création s'est faite dans un contexte de transfert de compétences et de charges lié à la décentralisation. Ainsi, certaines MDPH n'ont pas bénéficié des mêmes attentions de la part de leur administration de tutelle. Des pratiques très disparates entre les différents départements sont constatées, la loi n'étant pas appliquée de la même manière sur l'ensemble du territoire National. P. Blanc, Sénateur écrit : « *les pratiques des MDPH... sont extrêmement variables et aboutissent à des inégalités de traitement significatives. En*

¹⁴ Art. L. 146-3. – « Afin d'offrir un accès unique aux droits et prestations mentionnés aux articles L. 241-3, L. 241-3-1 et L. 245-1 à L. 245-11 du présent code et aux articles L. 412-8-3, L. 432-9, L. 541-1, L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale, à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille, il est créé dans chaque département une maison départementale des personnes handicapées »

¹⁵ Projet personnalisé de scolarisation art 19-III loi du 11 février 2005 et article L112-2 code de l'Education

2009, le taux d'accord d'accompagnement individuel des MDPH varie ainsi de 75 à 100% selon les départements »¹⁶.

Ainsi, comme je l'aborderai par la suite, l'IEM dépend de plusieurs MDPH, notamment des quatre de Franche-Comté, voire de celles des autres départements limitrophes. Elles sont, par ailleurs, au moment de leur ouverture, dotées de logiciels différents et non compatibles entre eux qui ne leur permettent pas de faire d'études statistiques nationales (voire parfois locales) des déficiences et du suivi des orientations

L'EN possède également une classification de son public en situation de handicap qui lui est propre (Les élèves avec une déficience motrice et des troubles associés sont tous classifiés dans l'item « *plusieurs troubles associés* »), encore différente de celle des MDPH, mais aussi de l'ANAP et de l'OMS.

1.2.3 Et la stratégie régionale

Les différentes réglementations imposent aux pouvoirs publics, depuis plusieurs années d'élaborer des schémas d'organisation du/des secteurs dont ils ont la charge. Ainsi je peux constater que l'IEM-FP/SESSD se situe à la croisée d'un certain nombre d'entre eux dont la périodicité n'est pas toujours coordonnée :

- **ARS** : Schéma régional de l'offre médicosocial (SROMS), lui-même étant une composante du Programme régional de santé (PRS) 2012-2016
- **Académie** : Le projet académique 2015-2019
- **Conseils départementaux** : Schémas directeurs de l'offre sociale et médicosociale (SDOSMS) départementaux
 - o 2012-2017 pour le Doubs
 - o 2015-2019 pour la Haute-Saône (volet la famille et enfance)
 - o 2012-2016 pour le Territoire de Belfort (volets enfance et adulte)

Dès lors une étude comparée faisant ressortir les priorités de chacun me permettra de m'appuyer sur des leviers forts pour développer l'établissement en rapport avec les orientations de ces partenaires. Même si seule l'ARS est la tutelle de la structure que je dirige, il me paraît pertinent de prendre en compte les orientations des autres partenaires. Je décide donc d'étudier en priorité les orientations de l'ARS, puis de mettre en perspective les autres schémas.

¹⁶ La scolarisation des enfants handicapés – Par Monsieur Paul BLANC – Sénateur des Pyrénées Orientales – Mai 2011 (page 29)

Depuis la loi HPST, l'ARS est le chef de file de l'organisation sanitaire et médicosociale en région. Elle pilote une démarche concertée avec les différents financeurs, opérateurs et personnes concernées pour planifier à 5 ans les priorités à donner au secteur. S'imposant aux différents partenaires, le SROMS fait référence. Les axes principaux qui ressortent sont les suivants (Cf. Annexe 1)¹⁷ :

- Favoriser les prises en charge ambulatoires et accompagnements en milieu ordinaire
- Adapter les dispositifs sanitaires et médicosociaux à l'évolution des besoins
- Evaluer les besoins avec les partenaires pour faire évoluer l'offre
- La collaboration entre l'EN et le secteur médicosocial est à renforcer
- L'intégration scolaire en milieu ordinaire implique une articulation forte entre l'éducation nationale et l'ARS
- Renforcer la coopération et la coordination entre les établissements et les services d'accompagnement médicosocial et l'éducation nationale
- Sécuriser les parcours d'apprentissage par un accompagnement médicosocial, en particulier à la période de rupture de l'adolescence et au passage à l'âge adulte.
- Améliorer l'accès aux soins

Les autres schémas ont des orientations communes donnant priorité à :

- La formation des acteurs transversaux aux handicaps. Le rectorat précise¹⁸ :
« *professionnaliser les différents acteurs de la scolarisation des élèves à besoins inclusifs particuliers* »
- Au renforcement de la coopération entre les acteurs. le rectorat précise¹⁹ :
« *favoriser la convergence de tous les acteurs de l'éducation... co-construire les conditions d'une prise en charge éducative cohérente* »
- Au développement de l'articulation entre lieux de vie collectifs et domicile,
« *Construire des réponses intermédiaires entre le domicile et les différentes formes d'accueil* »²⁰
- A la nécessité de travailler en réseau et de développer des maillages

L'offre de service est ainsi appelée à évoluer sous les orientations de l'ARS, mais également des collectivités territoriales et de l'EN. Je pourrai m'appuyer sur ces orientations lors de mes rapprochements partenariaux.

¹⁷ SROMS 2012-2017 – Région Franche-Comté

¹⁸ Projet académique 2015-2019, page 21

¹⁹ Projet académique 2015-2019, page 25

²⁰ SDOSMS du Doubs,

L'évaluation des besoins est au centre des préoccupations de l'ARS, à qui il manque des données quantifiables pour adapter l'offre. Ces informations sont détenues de façon morcelées et parcellaires par les différents acteurs du champ.

1.3 Une Association aux avant-postes

1.3.1 Une construction nationale et locale intimement liées

Les constructions de l'APF et de l'IEM sont intimement liées et, comme toutes les structures historiques, elles se sont développées autour de l'évolution des besoins et des politiques publiques. Je me dois, en tant que Directeur, de connaître l'histoire, que j'appellerai ici le « mythe » de l'Association, tant il fait et fera toujours partie de « l'ADN » de la structure nationale comme de la structure locale.

L'APF a été créée en 1933 par 4 personnes atteintes de la poliomyélite, désireuses de soutenir et de défendre les personnes atteintes d'un handicap moteur en militant auprès des autorités pour faire évoluer leurs droits et développer des réponses appropriées.

L'Association développe rapidement un maillage fin du territoire national en ouvrant des structures d'entraide et de soutien portées par des bénévoles et des salariés : les délégations départementales. Par le biais de ces structures militantes, elle acquiert une connaissance fine des besoins et porte des projets de nouvelles structures dont elle prend parfois la gestion lorsqu'elles sont autorisées par les financeurs. Se dessine alors une Association qui, en ayant un seul but « *la défense des personnes en situation de handicap moteur avec ou sans troubles associés et de leur famille* »²¹ devient à la fois un mouvement revendicatif et gestionnaire d'ESMS.

L'APF garde, au cours de sa construction, une dimension militante importante. Fort de 23 administrateurs directement concernés par le handicap sur 24 personnes, son Conseil d'administration (CA) anime des groupes de travail et innove en s'appuyant sur des valeurs fortes et toujours d'actualité²² : « *En tant que citoyenne, la personne handicapée exerce ses responsabilités dans la société : elle a le choix et la maîtrise de son existence* », revendique « *L'intégration de la personne handicapée dans la société, à toutes les étapes de son existence, en tous lieux et en toutes circonstances* », ainsi que « *L'égalité des chances par la compensation humaine, technique et financière des conséquences du handicap, afin de permettre à la personne handicapée d'acquérir une*

²¹ Statuts de l'Association des paralysés de France – Article 1

²² Extraits de la Charte de l'APF

pleine autonomie ». L'APF a, en 80 ans, été une des associations à l'origine de la création de nombreux changements législatifs (création de l'AAH, de la loi du 11 février 2005, de la professionnalisation des AVSi,...). Elle porte un projet politique engagé, au travers de plusieurs publications, notamment son Plaidoyer²³ « *Construire une société ouverte à tous* » où elle revendique, entre autres :

- « *une accessibilité universelle aux savoirs.*
- *Une place plus juste des parents et de la famille dans le parcours éducatif*
- *Une coopération plus importante entre l'éducation nationale et le secteur médicosocial* »

Membre fondatrice de l'Association, Thérèse Bonnaymé, originaire du Doubs, installe en 1949, dans un château et un parc de 15 hectares à 20 kilomètres au Nord de Belfort, le premier IEM de l'Association. Il forme des femmes atteintes de déficiences motrices, à être des maitresses de maison. Cet établissement devient vite l'un des « fleurons » de l'Association : internat de jeunes filles, il représente, pendant des années, un des budgets les plus importants. Cette structure innovante et unique permet à une quarantaine de femmes handicapées de s'insérer dans la société en leur proposant une formation d'enseignements ménagers (cuisine, couture, ménage). L'IEM devient mixte en 1979 et accueille en son sein des formations plus variées : secrétariat, comptabilité, câblage. Il prépare autant à une vie professionnelle dans les « postes réservés » de l'administration que dans les Etablissements sociaux adaptés au travail (ESAT). L'établissement s'agrandit au fil des années. Il accueille jusqu'à 90 jeunes de 15 à 23 ans et 9 classes internalisées en 2006. En 2009 il fait à nouveau évoluer son offre en redéployant des places d'internat en 15 places de SESSD et 10 places d'une Section d'apprentissage à la vie autonome (SAVA).

L'Association a construit, depuis les 10 dernières années, une organisation pyramidale : le pouvoir de décision y est centralisé autour du CA et du directeur général, soutenus par des fonctions support. Des directeurs régionaux, rattachés au siège supervisent les directeurs de structures, relayent et font appliquer les décisions stratégiques du siège qui découlent du Projet associatif de l'Association « *2012 – 2017 Bouger les lignes ! pour une société inclusive* » et du Projet stratégique national 2012 – 2017, en s'appuyant sur un projet stratégique régional.

²³ Plaidoyer de l'Association des paralysés de France « *Construire une société ouverte à tous* » - page 7

1.3.2 Vers une mutation de l'établissement

Malgré le caractère innovant de l'Association, en 2011, une inspection de l'ARS Franche-Comté met en lumière l'inadéquation entre le projet d'établissement de l'IEM-FP/SESSD, les besoins du public et la réglementation. Elle enjoint donc la structure à mettre en œuvre un nouveau projet d'établissement adapté et tourné vers l'inclusion.

Le directeur forme alors des équipes de travail avec des salariés, des partenaires et des intervenants extérieurs pour écrire un nouveau projet d'établissement (NPE) (Cf Annexes 2 et 3. Après ces temps de travail et de négociations avec l'ARS et l'EN, le NPE est formalisé par le financeur par un nouvel agrément qui entrera en vigueur en septembre 2016.²⁴

Déconstruire **pour reconstruire** :

- La fermeture des 90 places d'internat

La relocalisation de l'établissement au centre de Belfort équipé d'un internat de 32 places pour des 16-23 ans, avec accueil séquentiel

Le développement d'une offre de 30 places environ en hébergement inclusif pour des 16-23 ans (internat scolaire, CROUS, FJT, collocations et studios dans la cité...)

Le développement d'une offre de 30 places pour des 0-23 ans type SESSD

La suppression de la totalité des classes internalisées

Le conventionnement avec l'Education nationale et la formation professionnelle et supérieure pour une inclusion totale des usagers dans les dispositifs de droit commun

L'ouverture d'un Programme d'apprentissage à la vie autonome (PAVA) pour des usagers désirant apprendre à vivre à leur propre domicile

- La disparition de la notion d'IEM-FP et de SESSD

La fusion des deux agréments au 1er septembre 2016 pour un agrément appelé « dispositif IEM » fonctionnant avec une dotation globale unique.

Un fonctionnement en 3 secteurs : soins et accompagnement, scolarité formation insertion, hébergement

Les objectifs de ce NPE, au travers du nouvel agrément et du nouveau dimensionnement de la structure, sont d'offrir une flexibilité entre les différents modes d'intervention afin

²⁴ Décision ARS n°2015.682 portant fusion de l'IEM Thérèse Bonnamy et du SESSAD de l'Aire Urbaine gérées par l'APF

d'améliorer la continuité des parcours et l'adaptation des prestations au projet personnalisé de chaque jeune.

Début 2014, commence la transformation de l'établissement. Un Plan de sauvegarde des emplois (PSE) est conduit et une Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) ambitieuse permet de commencer à adapter une partie des personnels à leurs nouvelles missions et au nouvel organigramme. Un projet architectural est accepté par la ville de Belfort sur un terrain proche du centre-ville et d'un lycée moderne. La construction sera réalisée par un bailleur privé qui louera le bâtiment pendant 30 ans.

1.3.3 La transition en marche

Ainsi, je reprends la direction de cet établissement qui est en train de passer d'une offre monolithique de formation professionnelle réalisée en interne à une offre de service dédiée à un accompagnement des usagers vers l'ensemble des solutions proposées par le droit commun en milieu ordinaire. La notion de dispositif doit permettre à chaque jeune, un accompagnement au plus près de ses besoins afin qu'il puisse être, à l'issue, inclus dans la société et avoir une vie citoyenne. Ce changement de paradigme impacte à la fois les usagers actuels, l'organisation, les professionnels et les partenaires. Par ailleurs, les deux entités juridiques deviendront une seule et même structure fusionnée ouverte cette fois-ci, 365 jours par an, contrairement aux 38 semaines d'ouverture actuelle.

Par le biais d'entretiens dirigés avec le directeur actuel, les cadres et certains professionnels, ainsi qu'avec des usagers et par le biais de recherches personnelles dans les différents dossiers, je constate que le NPE est déjà très avancé mais n'est pas encore abouti.

Une de mes missions, en tant que directeur est donc de faire aboutir le NPE dans les délais prévus par les objectifs du CPOM (Cf. chapitre 2.3), et également d'organiser la structure pour qu'elle réponde aux besoins dans les années à venir.

Ainsi, afin de répondre à mes missions, je décide d'évaluer ce qu'il reste à mettre en œuvre pour rendre le NPE effectif. En utilisant la méthode du SWOT : les forces et les faiblesses de l'établissement, et les opportunités et les menaces de l'environnement, j'analyse la structure dans son contexte ce qui me dotera d'éléments de compréhension.

Forces :

Un Comité de pilotage du NPE est constitué et se réunit mensuellement.

Toutes les classes en interne ont été supprimées au profit de l'ouverture de deux nouvelles sections externalisées grâce à des nouveaux partenariats avec l'EN et deux chefs d'établissements scolaires :

- 1 ULIS dans un collège proche de Belfort occupée par 8 élèves accompagnés par l'établissement
- 1 Unité d'enseignement externe (UEE) dans un lycée technique de Belfort occupée par 9 élèves accompagnés par l'établissement

La Section d'apprentissage à la vie autonome (SAVA) est remplacée par le PAVA occupé par 10 jeunes ne pouvant plus être intégrés dans des parcours scolaires.

Trois usagers suivent une formation dans le but d'obtenir un Certificat d'aptitude professionnelle (CAP), et un autre intègre un Brevet d'études professionnelles (BEP) : l'établissement a modifié son organisation pour l'accompagner.

La GPEC est mise en œuvre en fonction du NPE et du nouvel organigramme. De nouveaux postes sont créés ; certains sont occupés par des professionnels dont les fonctions ont changé (gestionnaires d'appui, gestionnaires d'appui pédagogique, CESF). Le plan de formation ambitieux est mis en œuvre pour ces derniers et pour les salariés dont les missions ont évoluées.

Des partenariats entre l'EN et l'établissement sont formalisés. Des groupes de travail sont créés avec les enseignants spécialisés afin d'évaluer les projets personnalisés de scolarisation (PPS) des jeunes accompagnés.

Les professionnels de la partie IEM ont, depuis la rentrée scolaire 2015, au moins un usager habitant à domicile à accompagner (type SESSD)

L'organisation est passée d'une structuration fonctionnelle à une structuration matricielle.

Deux tiers des salariés ont une image positive du NPE.

Faiblesses :

Le nombre d'usagers est en baisse et ne correspond pas au futur agrément :

- 79 usagers pour 90 places
- 1 seul usager en appartement à l'extérieur de l'établissement sur 30 places autorisées
- 33 usagers sont hébergés sur site sur 32 places autorisées
- 45 usagers sont suivis par le SESSD sur 30 places autorisées

Etant donné que 5 usagers quitteront la partie hébergement à la prochaine rentrée (limite d'âge), la structure aura un taux de remplissage très faible sur le volet hébergement.

Mais j'observe également que les 4 MDPH de Franche-Comté n'ont émis aucune nouvelle orientation vers l'établissement depuis 2 ans et que les 4 SESSD de la région, n'ont envoyé aucun usager pour visiter l'établissement depuis 2 ans.

En parallèle, la partie SESSD est en très forte augmentation, avec 90% de jeunes de moins de 10 ans.

Les locaux actuels sont peu accueillants car vétustes et ne correspondent pas au nouveau projet. Les nouveaux locaux ont pris du retard dans leur construction et ne seront utilisables que début 2018 au lieu de septembre 2016. En attendant, le SESSD est dans des locaux situés à 20 kilomètres de l'IEM.

Le nouveau projet est de ce fait, peu visible pour des personnes extérieures. La communication externe est actuellement peu présente (pas de site internet et page Facebook non entretenue). L'image auprès des partenaires est donc floue.

Par ailleurs, sur les dix usagers de la section PAVA, cinq me témoignent que l'accompagnement réalisé actuellement ne correspond pas à leur projet : ils restent hébergés dans l'établissement (certains dans des studios avec une autonomie relative) alors qu'ils souhaiteraient vivre en ville en situation réelle.

Certaines équipes sont en opposition entre elles : les salariés du SESSD se « vantent » d'être des précurseurs auprès de ceux de l'IEM. Les salariés de l'IEM sont inquiets quant à leurs compétences au regard de leurs nouvelles missions. Par ailleurs, le fait de « prendre soin » comme ils le faisaient en interne auparavant, est mis à mal, puisque leurs missions deviennent d'accompagner des professionnels du monde extérieur (l'EN) à « prendre soin » à leur place.

Un nouveau PSE n'est pas légalement possible, pourtant 8 personnels « logistique » (chauffeurs, cuisinières, secrétaire, aide comptable) n'ont pas leur place dans le nouvel organigramme (plus 3 chauffeurs en contrat d'insertion à durée déterminée). La plupart des personnels inquiets ou opposés au NPE font partie de cette équipe. Les recrutements d'autres métiers identifiés dans l'organigramme cible (4 ETP de paramédicaux, troisième adjoint de direction, 1 ETP d'éducateur) sont gelés. Ainsi, il paraît impossible actuellement que l'organigramme cible devienne opérationnel (Cf. Annexe 4).

L'articulation des deux fonctionnements n'est pas encore opérationnelle.

Le fonctionnement matriciel désoriente certains professionnels qui ne savent pas toujours pourquoi un cadre leur demande une tâche alors qu'ils sont habitués à rendre compte à l'autre.

L'enquête de satisfaction de juin 2015 souligne que les jeunes et les familles ont été peu associés au NPE et qu'ils ne s'y sentent pas impliqués. J'y perçois également que la nouvelle offre de service proposée n'est pas toujours bien comprise.

Le Conseil à la vie sociale n'existe plus.

Opportunités :

Le NPE est un projet qu'il faut traduire en projet d'établissement effectif : il sera possible de s'appuyer sur ce travail pour fédérer les équipes et partenaires autour d'un projet commun et donner du sens aux nouvelles missions.

Les outils obligatoires de la loi 2002-2 ne sont pas portés ni mis en œuvre de façon commune, il sera possible d'utiliser l'actualisation de ces supports pour créer un début de culture commune.

L'ARS a signé une convention avec l'EN et soutient l'établissement auprès de cette dernière pour développer les moyens de l'inclusion scolaire.

Les schémas des différents opérateurs mentionnent tous la nécessité de collaborer.

Les critères d'évaluation sont à créer pour l'ensemble de la nouvelle activité

Le CPOM signé entre l'ARS et la direction régionale APF de Franche-Comté (Cf. 2.3.1) mentionne dans sa fiche action n°1 (Cf. Annexe 5) « *Stabiliser le nouveau mode de fonctionnement de l'IEM 90* », les objectifs à atteindre dans les 5 prochaines années pour mettre l'établissement en « ordre de marche » (réaliser l'évaluation interne pour 2017 et l'évaluation externe pour 2018, mettre à jour tous les documents de la loi 2002-2, communiquer sur la nouvelle offre de service et élaborer avec les différentes MDPH de la région les nouvelles modalités d'orientations, élaborer un tableau de suivi d'activité, poursuivre la démarche de GPEC et l'organisation des temps et conditions de travail dans une même entité, poursuivre le développement des collaborations)

Menaces :

Les besoins actuels sont inconnus de la part de l'ARS, de l'EN et des MDPH. Seule une mise en commun de toutes les données avec les Associations permettrait une évaluation de ces besoins à l'échelle du territoire, mais personne ne pilote ce projet.

Les 3 MDPH principalement concernées ont des fonctionnements et des règles très différentes les unes des autres. Les « restes à charge » de l'aide humaine par exemple, sont très différents d'un département à l'autre.

L'agrément « dispositif » est unique en France sous cette forme et il n'existe pas dans la réglementation. En effet, jusqu'à présent les « dispositifs » sont des regroupements de structures qui conservent leurs différents agréments et leurs numéros FINESS²⁵. Les orientations de la CDAPH renvoient à des modes d'attribution de financements propres à chacun des agréments. Or concernant le « dispositif IEM », pour la première fois en France, un établissement pourra accompagner des usagers qui auront une seule notification CDAPH mais qui renvoie à différents types de prestations dont les modalités

²⁵ Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). Chaque établissement médicosocial possède un numéro d'identification permettant de connaître son champ d'activité

de financements et les types de financeurs sont variables. En effet, mes recherches mettent en exergue que le « dispositif IEM » ne renvoie pas aux prestations légales qui peuvent être servies aux usagers des SESSD, en matière d'aménagement de poste et d'attribution d'AVSi, de droit aux transports, de droit à l'AEEH (ou PCH). D'une part la flexibilité nécessaire à la fluidité des parcours permettant l'inclusion s'en trouve supprimée, et d'autre part les risques de tensions entre l'établissement, l'EN, le département et les familles sont importants (les prestations légales AEEH et ACTP sont servies au regard de règles strictes qui ne correspondent pas à l'agrément dispositif de l'IEM). Par exemple, un jeune suivi en SESSD ouvre droit à ses parents de bénéficier à l'AEEH et de se faire financer le matériel adapté (ordinateur par exemple) par l'EN. Or s'il est orienté « dispositif IEM », ses parents ne peuvent prétendre à l'AEEH et l'IEM doit financer cet ordinateur. L'aspect séquentiel amène cette même difficulté. Le transport scolaire est également régi de la même manière.

L'évaluation interne et externe ont été reportées respectivement à fin 2017 et fin 2018 du fait de l'élaboration et la mise en place du NPE. L'établissement n'a donc qu'un an pour réaliser son évaluation et mettre en œuvre une démarche qualité adaptée au NPE.

2 La problématique, les hypothèses et les leviers

2.1 Problématique et hypothèses

2.1.1 Définition de la problématique

Compte tenu du chapitre 1 de ce mémoire et du paragraphe 1.3.3, j'identifie que l'établissement aura des difficultés à poursuivre sa mutation. D'une part la faible attractivité de ses bâtiments ne donne pas envie à des jeunes de s'inscrire. Les équipements y sont vieux et vétustes et la nouvelle construction ne sera effective que dans plus d'un an. D'autre part la faible lisibilité du nouveau projet par les partenaires extérieurs n'encourage pas les orientations. L'image véhiculée du fait du changement amorcé est floue. De ce fait, le taux de remplissage de la partie hébergement est limité et sera largement en deçà de l'agrément à la rentrée scolaire 2017. Outre l'aspect relationnel avec le financeur, l'un des risques est la forte démotivation des équipes qui voient le projet d'établissement antérieur être déconstruit mais ne perçoivent pas, pour certains, la pertinence de la construction du nouveau projet (perte du sens), l'autre risque est la perte de crédibilité avec les partenaires.

L'écriture et le début de mise en œuvre du NPE a fatigué et angoissé une partie des équipes et déstructuré l'organisation. Si le fonctionnement de l'établissement n'est pas rapidement mis en œuvre de façon uniforme, il continuera à avoir une partie SESSD et une partie IEM, et les équipes auront l'impression de ne pas avoir fait aboutir un projet coûteux en temps et en énergie. Le risque est aussi la forte démotivation des équipes, et également le fait qu'elles restent dans des fonctionnements anciens. De plus, l'impossibilité actuelle de terminer la mise en œuvre de l'organigramme prévu par le NPE du fait du PSE insécurise les équipes. Cela peut conduire aussi à rendre floue la répartition des rôles et missions de chacun et de déstabiliser la chaîne de commandement. Ce manque de clarté actuel est susceptible d'entraîner confusion, redondance et démissions.

Par ailleurs le NPE doit répondre à deux types de besoins : celui des jeunes en situation de handicap et celui des partenaires du milieu ordinaire qui doivent devenir des opérateurs de l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Etant donné le contexte réglementaire renouvelé, ces besoins évoluent rapidement. L'absence actuelle de données fiables sur les besoins des jeunes, mais également l'absence d'appropriation des modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap par une partie des partenaires risquent de faire naître des incompréhensions entre le positionnement de

l'établissement et les besoins de ces derniers. Des conflits de territoires aux frontières des accompagnements risquent de naître si les cadres et les conditions de collaboration ne sont pas définis. Le risque est également que la structure et ses partenaires répondent à côté des besoins, chacun à sa manière, en fonction de ses données et représentations propres.

Par ailleurs, le fonctionnement en dispositif pose des difficultés dans l'attribution des aides légales que ce soit aux familles, à l'établissement ou par l'EN. Il est alors fort probable que ces dernières empêchent la fluidité des parcours et ainsi enferment les jeunes dans une filière, augmentant encore une fois le risque que l'établissement s'enferme dans ses anciens modes de fonctionnement. Des solutions locales peuvent être trouvées aux points de blocages actuels mais leur pérennité sera aléatoire si elles n'obtiennent pas une reconnaissance extraterritoriale.

Ainsi, la cible n'est pas simplement la réponse aux besoins actuels et le fait d'atteindre un taux de remplissage élevé, même s'il faut agir rapidement sur ce point. La cible du NPE est de doter l'établissement des moyens de renouveler régulièrement son projet afin de répondre à des besoins évolutifs et à ceux de ses partenaires, et pour ce faire de l'inscrire dans une dynamique de co-construction avec l'ensemble des acteurs afin qu'ils participent activement à l'étude des besoins mais qu'également ils fassent évoluer leurs organisations pour y répondre. **L'enjeu est donc de renforcer la dimension d'innovation sociale²⁶ et de développer sa fonction d'outil de transformation sociale²⁷.** Puisque l'essence même du projet se situe à ce niveau, il faut donner les moyens à cet établissement de continuer dans cet axe par un pilotage adapté.

La problématique est donc la suivante :

Comment, avec une temporalité décalée entre le projet et la construction, et un manque d'information sur les besoins par l'ensemble des partenaires, assurer un taux d'occupation acceptable à court terme et adapter l'offre de l'établissement à long terme ?

²⁶ Loi 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire – article 15 : « Est considéré comme relevant de l'innovation sociale le projet ... consistant à offrir ... des services présentant l'une des caractéristiques suivantes: 1° Soit répondre à des besoins sociaux non ou mal satisfaits, ... dans le cadre des politiques publiques »

²⁷ « ...nombreux chercheurs ou d'acteurs de l'économie sociale et solidaire (ESS), qui considèrent que l'innovation sociale est susceptible de porter les germes d'une transformation sociale soutenable centrée sur la participation de parties prenantes multiples et sur la démocratie dans les territoires. » RICHEL-BATTESTI NADINE, PETRELLA FRANCESCA, VALLADE DELPHINE, L'innovation sociale, acteurs et système, Revue innovations 2012/2 (n°38), De Boeck supérieur, p 2

2.1.2 Présentation des 4 hypothèses de travail

Etant donné la problématique actuelle de l'établissement il me semble nécessaire de développer prioritairement les axes suivants :

- Renforcer l'image de l'établissement auprès des partenaires, du public jeune en situation de handicap et de leurs parents ainsi qu'auprès des salariés en développant une offre lisible par tous, correspondant au nouvel agrément.
- Achever la mise en œuvre du NPE pour sécuriser les équipes, se doter d'une organisation uniformisée permettant la fluidité des parcours et la performance des accompagnements
- Développer les partenariats et impliquer les partenaires dans la poursuite de la transformation de l'établissement pour une meilleure connaissance des besoins et une adaptation permanente à ces derniers
- Modéliser la démarche de co-construction et les réponses mises en œuvre afin de les généraliser sur le territoire.

Ainsi je définis les hypothèses de travail suivantes :

Hypothèse 1 : proposer des logements autonomes en ville serait suffisamment attractif pour que des jeunes en rupture d'accompagnement et des jeunes scolarisés en études supérieures aient envie de venir.

L'établissement n'étant pas attractif pour des jeunes voulant vivre en ville et dans un univers inclusif, proposer une offre d'hébergement dans la ville ou dans les cités universitaires de l'Aire Urbaine permettrait de répondre à des attentes de jeunes qui souhaitent poursuivre des études mais pour qui l'organisation logistique paraît complexe sans soutien d'un service spécialisé. De plus développer une offre de logements dans la ville destinée à des jeunes majeurs en rupture scolaire leur permettrait d'apprendre à vivre en autonomie.

Le développement d'un tel projet fait largement appel à la communication, et cette offre est facilement identifiable par les partenaires, les jeunes en situation de handicap et leurs familles. Par ailleurs, cela permettrait d'augmenter de façon significative le taux de remplissage malgré le retard de la nouvelle construction.

Hypothèse 2 : Achever la mise en œuvre du NPE en mettant en place un fonctionnement unifié et en mettant l'établissement en conformité avec la réglementation apporterait de la cohésion, sécuriserait les équipes et assurerait de bonnes relations avec les partenaires financiers et prescripteurs.

En effet, comme le précise BOUTINET J.P.²⁸, travailler en mode projet est fatiguant pour les équipes et il faut parfois s'arrêter pour mesurer le chemin parcouru et se féliciter d'être arrivé au terme. Or les outils de la loi 2002-2 ne sont pas encore mis en œuvre de façon unifiée, la démarche qualité non-plus. Par ailleurs, le nouvel organigramme ne pourra aboutir comme il avait été prévu, il est donc nécessaire de le redéfinir pour stabiliser le fonctionnement de l'établissement.

Hypothèse 3 : Associer les partenaires à la rédaction du projet d'établissement pour prendre en compte leurs besoins d'accompagnements et ceux des personnes en situation de handicap qu'ils accompagnent, permettrait d'en avoir une connaissance fine et actualisée et ainsi permettre la fluidité des parcours.

Le manque de connaissance des besoins qu'il s'agisse de ceux des personnes en situation de handicap ou ceux des partenaires en ce qui concerne l'accompagnement est flagrant. Par ailleurs l'inclusion portée par les lois françaises et européennes a fait bouger les compétences des acteurs de la scolarisation et de ceux de la vie citoyenne qui n'ont pas encore atteint une maturité suffisante pour être opérationnels. Les territoires et responsabilités de chacun doivent être redéfinis en fonction des limites de chacun. La co-construction des réponses est donc une nécessité. Ainsi associer les partenaires dans la dynamique créée par l'écriture du projet d'établissement et de sa réécriture dans quelques années permettrait d'aménager l'offre au plus près des besoins et d'asseoir une compétence collective.

Hypothèse 4 : Diffuser cette expérimentation permettrait de modéliser la démarche pour la généraliser au niveau régional voire national et affirmer l'image novatrice de l'établissement à l'échelle locale.

Il s'agit là de dépasser la collaboration partenariale. La dimension d'innovation sociale consiste à faire reconnaître par nos pairs notre démarche et les solutions trouvées en modélisant et diffusant la méthode, les moyens et les résultats. Cette reconnaissance servirait à généraliser et pérenniser l'expérimentation, notamment en ce qui concerne les limites de financement des prestations (AEEH par exemple) et servirait également à valoriser l'image de l'établissement et les avancées collectives des partenaires et des équipes.

C'est de cette manière que je décide de porter le pilotage de la structure. La déclinaison de ces 4 hypothèses en actions à court terme (hypothèse 1) à moyen terme (hypothèse 2)

²⁸ BOUTINET J.P. – Conférence à l'IRTS de Franche-Comté le 16/04/2015

et à long terme (hypothèses 3 et 4) sera ma feuille de route que je dois faire valider avec ma direction, le comité de pilotage, et partager avec le comité de direction.

Pour co-construire le plan d'action qui découle de ces 4 hypothèses avec le comité de direction et le porter de façon pertinente et efficace, je décide de parfaire mes connaissances sur la complexité générée par l'inclusion, l'innovation sociale et la façon de porter le projet d'établissement.

2.2 Appréhender la complexité

2.2.1 L'inclusion et le territoire

Depuis le début de ce mémoire, je fais référence au concept de l'inclusion. Or je pense qu'il me faut le définir précisément puisqu'un des points clé du NPE repose sur ce dernier. Je commencerai ce paragraphe, pour illustrer le concept d'inclusion par une citation de G.GUIEZE²⁹ : *« Inclure c'est aller vers la reconnaissance commune, la reconnaissance publique des différences. Et que désormais si on est d'accord pour inclure, il ne s'agit plus d'enfermer les individus dans leur situation initiale. On n'en n'est plus à dire qu'une personne en situation de handicap est uniquement une personne en situation de handicap. Et donc inclure c'est inscrire à la fois l'égalité des droits – cela, ça va, c'est la tradition républicaine – mais là où ça bouge, c'est qu'on va inclure l'égalité des droits avec la diversité des situations. Et cela, c'est nouveau ! Et il s'agit d'inclure non pas dans des quartiers (cela s'appelle l'intégration), mais il s'agit d'inclure dans des institutions. C'est cela qui définit l'inclusion et qui fait que l'inclusion c'est une autre problématique, différente de l'intégration. »*.

En 2006 les Nations Unies adoptent la convention relative aux droits des personnes handicapées³⁰. Associées aux lois 2002-2 et à la loi 2005-102, une autre approche du handicap s'impose : la personne handicapée est un citoyen à part entière qui doit pouvoir participer à la fois à sa propre autodétermination et à la politique générale de son environnement. *« L'action sociale et médico-sociale a pour mission, de répondre à cet objectif, tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des*

²⁹ Gérard GUIEZE – Intervention aux Etats Régionaux de l'Inclusion Auvergne APF / 14 février 2013 « L'inclusion : conditions et obstacles »

³⁰ Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée le 13 décembre 2006

personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. »³¹

Il est donc normal que la loi 2005-102 fasse une part importante à l'accessibilité.

L'inclusion c'est donc de permettre à chaque individu, avec toutes les différences qui le composent d'être reconnu par les autres individus et par l'ensemble de la société pour qu'il puisse à la fois avoir une participation pleine et entière et que la société puisse s'enrichir de ces différences.

Pourtant l'obligation de rendre tout accessible au 1^{er} janvier 2015³² a été modifiée en 2015 par une ordonnance³³ donnant un délai supplémentaire de 3 à 10 ans. Cela souligne que la société n'y est pas encore prête. Une tension importante se fait donc jour entre des personnes dont la participation est très limitée et un environnement qui doit s'adapter. C'est là un paradoxe : celui d'inclure des personnes en situation de handicap dans une vie citoyenne alors que leurs capacités et leur physique sont en complets décalages avec une société de la performance et de l'esthétisme qui peine à faire évoluer ses représentations.

Et qu'en est-il de la compréhension des partenaires de cette notion d'inclusion ? Si le mot est régulièrement utilisé, le concept demande à être explicité, quand on remarque que des jeunes en situation de handicap en « inclusion scolaire » dans des ULIS ont parfois leur récréation sur des créneaux décalés, que leur transport scolaire se fait avec des moyens spécifiques qui ne leur permettent pas de développer de lien social avant et après l'école, que le handicap n'est que rarement expliqué ou côtoyé dans les collèges, et qu'aujourd'hui moins de 10% des périscolaires sont accessibles et pourvus de personnels formés au handicap. Je constate que le concept de l'inclusion est survolé par bon nombre de partenaires et qu'il demande à être précisé, explicité avant qu'il ne devienne galvaudé et qu'il perde son sens initial.

Le concept de l'inclusion est donc un levier important s'il est explicité et porté jusque dans ses moindres détails, puisque c'est dans les détails que se cachent souvent l'inaccessibilité ou le sentiment de rejet.

³¹ Article L116-1 du Casf modifié par la loi 2002-2 : L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir... l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets

³² Loi 2005-102 Chapitre 3 articles 41 à 54

³³ Ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports ...

Le concept d'inclusion ramène donc forcément au territoire dans lequel évoluent les personnes. Ce dernier n'est pas seulement une zone géographique avec des frontières, mais un système complexe. Pour MOINE A., le territoire est composé d'acteurs qui ont chacun leur perception (leur angle de vue) de chacun des éléments qui le composent, chacun leur propre temporalité et leurs interrelations. Pour lui, l'espace géographique est également un système dans lequel évoluent des acteurs qui font eux-mêmes évoluer le territoire. De plus, l'espace est anthropisé avec des interactions entre les objets. Par ailleurs, il est un espace social fait de relations sociales humaines d'individus et de groupes, avec leurs jeux d'acteurs. Ensuite, il est politique et institutionnalisé. Le territoire vu par cette approche, lorsque nous le lions au concept d'inclusion amène une complexité importante. Pour l'appréhender MOINE A. décrit le territoire de façon systémique : Un espace géographique, des représentations et des acteurs qui font ce territoire. « *Le territoire est un système complexe dont la dynamique résulte de la boucle de rétroaction entre un ensemble d'acteurs et l'espace géographique qu'ils utilisent, aménagent et gèrent.* ».

L'établissement n'est plus seul à proposer à des jeunes une formation et un hébergement, mais il est un des éléments d'un ensemble où se côtoient des utilisateurs de biens et de services et des gestionnaires de ces biens et services qui en sont eux-mêmes, par moment, des utilisateurs.

Je me dois donc d'intégrer cette complexité dans mon mode de management. S'il m'est facile d'appréhender le fait qu'elle existe, il m'est plus difficile de l'analyser pour la dépasser. La tentation est forte de vouloir simplifier le territoire en relations duales, mais cela ne ferait que masquer les paradoxes et tensions qui coexistent inévitablement. Les obligations des uns entrecroisées, avec celles des autres, les jeux d'acteurs, les boucles de rétroactions, les intérêts des uns parfois contraires à celui d'autres, sont des éléments que mes collaborateurs doivent connaître pour mener à bien l'accompagnement des partenaires. Ils doivent également pouvoir expliquer la façon qu'à quelqu'un qui est en situation de handicap, en fauteuil roulant, dont la mobilité est limitée par une forte fatigabilité et des capacités spatio-temporelles partiellement lésées, a de percevoir son territoire. Pour la bonne marche de l'établissement, je me dois d'organiser la formation et les échanges interpersonnels, qui permettront aux équipes d'intégrer ces notions afin d'accompagner les partenaires et les personnes de façon efficace et avec la prise de recul nécessaire.

J'identifie donc que des formations sont nécessaires et qu'elles doivent se faire par étapes. La construction du Plan prévisionnel de formation (PPF) devra prendre en compte les formations collectives suivantes :

Formation 1 : L'inclusion du concept à sa mise en œuvre.

Objectifs : Maîtriser le concept de l'inclusion et savoir le transmettre.
 Définir de façon précise l'impact des handicaps et savoir le transmettre.
 Savoir corriger les mauvaises mises en œuvre.

Cible : Tous les personnels en contact avec des partenaires

Formation 2 : Les territoires sont des systèmes complexes et évolutifs qu'il est nécessaire d'appréhender avec des connaissances et des outils pour en maîtriser les enjeux.

Objectifs : Appréhender les territoires et leur complexité et les mettre en perspective avec les situations de handicap

Cible : Tous les personnels en contact avec des partenaires

Le mode de management de la structure devra prévoir des temps de restitution du contenu de ces formations, et surtout, des temps d'échanges sur le territoire et ses composantes. En effet, l'approche de l'inclusion par les partenaires va évoluer au cours des années, et le territoire va inévitablement changer. D'une part les équipements vont se modifier, mais surtout les jeux d'acteurs vont se transformer (et ce parfois rapidement). Il faut donc que j'organise une veille constante de ces évolutions, afin que ma représentation du territoire et celle des équipes soit la plus actualisée possible. La recherche de solutions concertées doit également être organisée. Elle doit faire partie du mode de fonctionnement de l'établissement. Il s'agit là de réflexivité sur les collaborations et partenariats. L'intégrer sera un gage d'évolutivité de la structure.

Etant donné la structuration de l'APF : élus départementaux, élus régionaux, 9 établissements et services, une direction régionale, il sera nécessaire d'unifier, à l'échelle régionale la définition de l'inclusion. En effet, au sein même de l'Association, les représentations peuvent être différentes. Les personnes en situation de handicap qui ont des représentations politiques ou qui rencontrent des partenaires jouent également un rôle important dans la construction de l'image et des partenariats que peut porter l'établissement. Les jeux d'acteurs sont là un élément qui complexifie les missions de mes équipes.

Les deux formations dispensées aux équipes devront être dupliquées aux élus et collaborateurs APF de la région. Une actualisation de l'état des lieux devra être

régulièrement partagée. Les Etats régionaux de l'inclusion, portés dans le projet stratégique de l'Association doivent servir cette actualisation. Je dois donc y avoir une implication ou tout du moins des membres des équipes du dispositif. Un point annuel de la vision de l'établissement quant à l'inclusion doit être fait entre les acteurs stratégiques de l'Association au niveau régional. Cela permettra de faire évoluer les représentations et transformera les jeux d'acteurs qui, dans le cas de bénévoles, pourraient déstabiliser le travail de l'établissement.

2.2.2 L'innovation sociale

Aujourd'hui, comme je le décris pour le territoire, la connaissance, ou plutôt les connaissances sont parcellaires. La spécialisation des métiers et la multiplication des intervenants sur une seule situation, amènent chaque individu à ne posséder qu'une partie des informations. Les compétences – le sens ici renvoie aux fonctions qui sont conférées à un organisme - des structures sont morcelées et les frontières de chacune parfois se chevauchent et d'autres fois ne se rejoignent pas. De plus, la multiplicité des acteurs sur un territoire avec des contraintes qui lui sont propres et des modes d'organisations qui lui appartiennent nous obligent à construire une compétence collective – au sens ici de capacité à agir en contexte.

Le fait que l'ensemble des acteurs impliqués autour d'une situation se mettent ensemble à travailler, à élaborer des solutions se fait depuis de nombreuses années dans le champ médicosocial, notamment des SESSD. Appelée transdisciplinarité ou collaboration, ce mode de travail des partenaires a une réelle efficacité.

L'innovation est un concept initialement lié au secteur marchand. Portée par des start-up ou le monde de l'entreprise, elle permet de répondre à un problème ou à un besoin d'utilisateurs qui parfois n'a pas encore été formulé pour gagner des parts de marché. Le concept d'innovation sociale se veut en opposition à l'innovation technique. Elle vise le « *bien-être ou le mieux-être des acteurs ou des populations en répondant à des besoins sociaux non ou mal couverts* »³⁴.

Il n'y a encore que peu d'écrits en France sur ce sujet. Pour construire mes connaissances, je me base avant tout sur un document : La Fabrique du social –

³⁴ La Fabrique du social – Expérimentation et innovation sociale - rapport final – mars 2013 – page 7

Expérimentation et innovation sociale - rapport final – datant de mars 2013, élaboré sous la coordination du Collège coopératif en Bretagne (CCB) avec les contributions de Yves BONNY chercheur au laboratoire Espace et sociétés de Rennes (ESO-CNRS « changement social ») réalisé en partenariat avec la Chambre régionale de l'économie sociale et solidaire de Bretagne (CRESS) avec le soutien de la Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

L'innovation sociale se définit par son objet : répondre à une insatisfaction sociale par une conception d'intervention différente. C'est une forme d'activation de la société. Elle est donc un processus que des acteurs mettent en œuvre collectivement et en mutualisant leurs ressources pour répondre à un problème social qu'ils identifient. Ainsi elle repose sur l'envie de ses promoteurs de faire une démarche de recherche des points de blocage dans le but de trouver des solutions. C'est un dispositif participatif, un système d'acteurs qui suppose une forme de rupture avec des pratiques établies. Elle correspond à une dynamique de production ou d'appropriation des savoirs dans un contexte mouvant. Le processus y est créatif sur la base d'une prise de conscience collective. Les auteurs du rapport final « *Expérimentation et innovation sociale* » mentionnent que l'innovation sociale est souvent « *une activité critique qui met à distance des institutions et des collectivités territoriales* »³⁵. Toutefois ces tensions peuvent être jugulées par la « *capacité à hybrider des savoirs pluriels* »³⁶ et le principe de réflexivité collective. L'implication des institutions et des collectivités prend alors tout son sens. Dès lors on peut remarquer que la création d'outils flexibles repose sur la reconnaissance et le respect des compétences et limites de chacun des acteurs et des organisations. Le partage des différents angles de vue est un des éléments permettant d'engager cette démarche de co-construction.

L'innovation sociale suit le processus suivant :

- La genèse portée par un leader du groupe
- L'expérimentation (dimension aléatoire)
- La cristallisation (production d'un support, d'un nouveau protocole, d'une nouvelle règle)
- L'appropriation (essaimage ou diffusion)

L'appropriation a donc un rôle important dans l'innovation sociale. La modélisation de la démarche ou de la solution, son essaimage ou sa diffusion sont des composantes de l'innovation sociale. Dès lors, la participation à des publications, séminaires, colloques,

³⁵ La Fabrique du social – Expérimentation et innovation sociale - rapport final – mars 2013 – page 5

³⁶ La Fabrique du social – Expérimentation et innovation sociale - rapport final – mars 2013 – page 31

jours d'études des acteurs a de l'importance puisqu'elle participe à la reconnaissance sociale de la nouveauté qui est un gage de la pérennisation des solutions trouvées. Le lien avec la recherche académique doit être créé afin de théoriser et d'analyser les savoirs construits.

Le processus d'innovation sociale peut s'achever dès lors que le but est atteint (création d'une ou de plusieurs réponses satisfaisantes pour le plus grand nombre des participants) ou peut être permanent : la production y est continue ou multiforme.

La phase d'expérimentation est anxiogène pour les membres car elle comporte une forte dimension aléatoire. Il est essentiel d'intégrer que cette démarche implique un fonctionnement essai/erreur pour déculpabiliser et libérer l'évaluation.

La question du leadership y est cruciale. Le leader doit être « soutenu et reconnu à l'interne par ses pairs et à l'externe par les interlocuteurs publics »³⁷

Le temps y a une importance considérable puisqu'elle présuppose de nombreuses rencontres. Le coût en terme salarial est donc très largement impacté.

Afin de mettre en place une démarche d'innovation sociale, je me dois de définir les situations non satisfaisantes et de les partager avec d'autres acteurs. Le manque de données sur les besoins, soulignée dans le SROMS est un premier point de blocage, les frontières des financements de l'AEEH et de la compensation par des aides techniques en est une autre. Mais on peut y voir une opportunité d'amorcer une démarche innovante. Un travail d'appropriation mutuelle des savoirs sur ces deux sujets, une volonté de rupture avec les pratiques établies et une recherche de solutions permettra, à mon sens de dépasser ces deux problèmes et d'amorcer un partenariat efficient.

L'adaptation de l'offre à long terme, pourra être traitée de la même manière, une fois ces deux points de blocage levés.

En fonction des groupes de travail formés avec les partenaires, il me semble opportun d'inscrire au plan de formation, une formation sur l'innovation sociale et une autre sur la négociation. La participation à des colloques et des séminaires doit être budgétisée.

Formation 3 : L'innovation sociale est un concept récent, il faut savoir la définir, en connaître les leviers de sa mise en œuvre et ses processus de production de savoirs ou de résolution de problèmes.

Objectifs : Connaître le processus de l'innovation sociale et savoir le mettre en œuvre.

Cible : A définir en fonction de groupes de travail décidés dans le plan d'action.

³⁷ La Fabrique du social – Expérimentation et innovation sociale - rapport final – mars 2013 – page 34

Formation 4 : La négociation avec les partenaires

Objectifs : Apprendre quels sont les ressorts de la négociation avec les partenaires, saisir les enjeux, les jeux d'acteurs, savoir faire des concessions, trouver des compromis.

Cible : cadre hébergement et scolarisation, assistante sociale, gestionnaires d'appui

Je devrai m'impliquer personnellement dans la mise en œuvre de cette démarche : manager les équipes en ce sens pour construire avec elles, rencontrer les partenaires, réfléchir aux acteurs des différents groupes de travail (sachant que chacun aura la mission de rapporter à sa hiérarchie les solutions envisagées et les raisons pour lesquelles ces solutions sont proposées). La mise en œuvre de ces solutions devra recevoir l'aval de plusieurs institutions et des indicateurs de résultats devront permettre de mesurer leur efficacité.

La coordination avec le niveau régional de l'APF aura elle aussi de l'importance, au stade de la cristallisation et à celle de la genèse. L'implication du siège national au moment de l'essaimage est fortement conseillée, à la fois pour affirmer la reconnaissance des équipes par leur employeur, mais également du fait de la puissance du réseau national. Par ailleurs la duplication des solutions permettra de résoudre des problématiques identiques dans d'autres régions de France. En ce sens, la direction régionale devra suivre et relayer la démarche.

2.2.3 Le projet d'établissement support de management

Le projet d'établissement est un document cadre donnant le sens et les objectifs à atteindre en matière d'accompagnement pour la structure. Rendu obligatoire par la loi 2002-2, et révisable tous les 5 ans, ce support est la déclinaison du projet associatif, adapté au public de l'établissement et à ses missions. Avant la loi 2002-2, la plupart des ESMS rédigeaient un projet d'établissement mais il n'était pas encadré comme il l'est aujourd'hui.

D'après les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM³⁸, qui font référence, dans le domaine, il doit faire apparaître 7 thématiques :

- L'histoire et le projet de l'organisme gestionnaire,
- les missions

³⁸ ANESM, Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement, mai 2010, 78 pages

- le public et son entourage
- la nature de l'offre de service et son organisation
- les principes d'intervention
- les professionnels et les compétences mobilisées
- les objectifs d'évolution de progression et de développement

Outre son contenu, qui fait référence pendant 5 ans, il donne les axes de l'accompagnement, les objectifs, les moyens et les critères d'évaluation ; la démarche de son écriture est un levier de management considérable. En effet, l'élaborer comme le préconise l'ANESM, permet d'impliquer l'ensemble des protagonistes qui pourront l'enrichir par la diversité de leurs regards et s'en enrichir eux-mêmes.

Tout d'abord il s'agit de partager le diagnostic des « *besoins du public, les ressources locales et territoriales* ». Il représente souvent, dans une structure, le seul moment de partage collectif de ces aspects. Le public dont il est fait mention dans le document de l'ANESM, peut avoir le sens des usagers de la structure, mais dans le cadre de l'IEM, il peut avoir le sens large du terme : les jeunes en situation de handicap moteur sur le territoire et les structures qui les accompagnent.

Ensuite, il permet de partager « les enjeux propres à la structure » et les priorités. Les équipent peuvent donc s'approprier ces derniers. Décliner les axes d'intervention avec les publics permet de balayer l'ensemble des moyens pour y arriver, de s'en servir comme support pour ensuite rédiger ou corriger les fiches de postes et de missions, et de préciser les interactions entre les professionnels et les délégations.

Etant donné l'importance de la démarche, elle doit être préparée et réfléchi par un comité de pilotage qui veillera à une communication large et transparente et des modalités de consultations clairement définies et participatives.

La démarche d'écriture du projet d'établissement est donc une démarche collective qui doit être portée par le directeur comme un temps de partage des valeurs et des idéaux. Si le projet donne du sens au travail des professionnels, sa construction permet de vivre pleinement ce sens et d'emmener les équipes vers une intégration des valeurs et de la bientraitance au service des besoins des usagers.

Etant donné l'importance en termes de management de sa construction, je devrai, en tant que Directeur, porter cette démarche d'écriture du projet d'établissement. Avec les cadres de la structure, nous devons imaginer les groupes de travail et mobiliser les partenaires extérieurs pour qu'ils s'impliquent dans la définition de leurs besoins et de ceux des

personnes qu'ils accompagnent. De ce fait, cela permettra de faire reconnaître l'établissement et ses compétences, de les adapter aux besoins exprimés et de communiquer sur son aspect novateur.

Je pourrai déléguer la partie histoire de la structure à des professionnels proches de la retraite qui pourraient se sentir valorisés par cette mission. Je pourrai ensuite m'appuyer sur-eux pour expliquer l'histoire de l'Association aux nouvelles recrues. Par contre je porterai personnellement celle concernant les valeurs de l'Association, les ayant défendues en tant que directeur du secteur mouvement pendant 10 ans. Je devrai être attentif aux jeux d'acteurs qui pourraient ralentir le travail ou le faire dévier. Ainsi je devrai composer les groupes avec l'équipe de cadres et nommer les personnes en fonction des sujets.

Je dois prévoir de dégager du temps pour les équipes afin qu'elles se réunissent. Or la contrainte du temps est souvent un facteur d'échec à la participation dans les établissements et structures médicosociales. Les réunions de coordination ne peuvent pas être un temps de construction du projet d'établissement, il faut donc créer d'autres espaces. Il me faudra mesurer le temps nécessaire à ces regroupements et demander aux cadres d'organiser les plannings des équipes pour qu'elles soient disponibles.

2.3 La contractualisation et l'évolution de la fonction de direction

2.3.1 CPOM, qualité et performance

La loi HPST a modifié la relation financeur/gestionnaire de plusieurs façons. Auparavant, l'évaluation des besoins et la construction des réponses venaient des Associations. La politique sociale de la France a changé de paradigme avec cette loi. En effet, depuis 2009, les ARS ont la compétence sur l'analyse des besoins sur son territoire et sur la mise en adéquation de l'offre avec ceux-ci. Elle s'appuie sur son schéma régional (le SROMS) pour adapter l'offre médicosociale aux besoins. Elle est dotée de deux outils pour faire évoluer l'offre : les appels à projets en ce qui concerne la création de nouvelles structures et les CPOM pour adapter les établissements existants.

Les schémas sont inscrits dans une certaine démocratie sanitaire : les ARS consultent les partenaires dans des commissions et les décisions sont votées par la Commission régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), dans laquelle sont représentés l'Etat, les collectivités territoriales, les offreurs de services et les usagers. Les décisions qui y sont prises dépendent des grandes orientations européennes et nationales. Depuis la

raréfaction des fonds publics, un des enjeux de la réorganisation médicosociale est de répondre plus efficacement aux besoins avec la même enveloppe budgétaire. Les structures sont donc amenées à se transformer à court ou moyen termes

Comme je peux le constater, l'Etat devient un planificateur de l'offre mais également un contrôleur de la qualité et de la performance des réponses. En effet, la création des agences en est la preuve : l'ANESM définit les bonnes pratiques d'accompagnement et l'ANAP fixe les indicateurs de performance. Ainsi, les ESMS doivent répondre à la demande des usagers, avec une qualité des prestations, et de façon performante.

La contractualisation fait partie des modes de relations entre les pouvoirs publics et les opérateurs au sens large. Les CPOM sont un outil ancien pour le secteur sanitaire (1996), mais il est plus récent pour le secteur médicosocial. Inscrit la première fois pour les ESMS, dans la loi 2002-2, c'est la loi HPST et plus récemment la loi 2015 – 1776 qui en définissent exactement les contours. Au lieu de négocier un budget annuel par établissement avec son financeur, les organismes négocient leurs budgets sur 3 à 5 ans. Cela leur permet d'avoir une certaine stabilité financière et de mieux planifier les évolutions souhaitées. Cette planification est négociée entre le financeur et les organismes autour d'objectifs à atteindre sur cette période. La loi HPST préconise également que les CPOM doivent servir à regrouper les établissements entre eux afin de réaliser des économies d'échelle. Ainsi, on voit apparaître des regroupements de plusieurs établissements.

Les objectifs sont alors souvent tournés vers une amélioration de la qualité et de la performance. Il est alors souvent recherché de mutualiser les fonctions supports (logistique, comptabilité, secrétariat, direction). Les directeurs d'établissements deviennent directeurs de CPOM et les postes de directeurs d'établissements sont souvent remplacés par des postes d'adjoint de direction. Le périmètre d'un ensemble d'établissements étant toujours plus large que celui d'un seul, il est amené à répondre aux besoins de façon plus large. Ainsi la mission n'est plus forcément de s'adapter aux besoins de ses usagers, mais de répondre à la totalité des besoins d'un public sur un territoire géographique.

Les premiers CPOM qui ont été signés avec les ARS sont actuellement en cours de renouvellement pour une durée de 5 ans. Or les SROMS arrivent à échéance l'an prochain et les ARS sont en train d'évaluer leur état d'avancement. Ainsi on assiste à des négociations plus difficiles des objectifs et des budgets, avec l'ARS, dès lors que les objectifs précédents n'ont pas été atteints par les structures.

2.3.2 Lecture critique des objectifs du CPOM ARS/APF Bourgogne/Franche-Comté

Un CPOM a été signé entre la direction régionale APF Bourgogne/Franche-Comté et l'ARS de Franche-Comté. Il s'agit du premier CPOM concernant l'APF dans cette région.

Ce CPOM concerne 3 structures enfance (Dispositif IEM, SESSD du Doubs dont le siège est à Besançon, SESSD du Jura dont le siège est à Lons le Saunier) et 2 structures adultes (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) agissant sur le Grand Besançon et FAM situé à Besançon). Les structures enfance sont financées à 100% par l'ARS, celles adultes à 20% environ.

Le CPOM, signé fin 2015 démarre au 1^{er} janvier 2016 et a une durée de 5 ans.

Les objectifs généraux sont au nombre de 3 :

- Adapter l'offre aux besoins
- Développer des collaborations
- Développer une démarche de bientraitance des personnes accueillies dans le cadre des recommandations de l'ANESM

Je fais mention de la fiche n°1 dans la partie 1.3.3, elle ne concerne que le dispositif.

Certaines fiches actions ont pour sujet des établissements spécifiques. Je repère que la fiche action n°2, qui ne concerne que le SESSD du Jura mentionne qu'il doit modifier son agrément pour fonctionner de la même manière que le dispositif IEM.

D'autres fiches actions concernent par contre le fonctionnement de plusieurs entités. Je repère également que la fiche action n°3 s'intitule : « *Optimiser les interventions des SESSD au plan territorial* ». Cette fiche donne pour objectif de réfléchir et faire valider par l'ARS d'autres scénarii de découpage d'intervention entre les différentes structures. Elle mentionne également que la situation attendue est un « *fonctionnement en dispositif en lien avec les offres IEM 90, 39 voire 71* », il n'y a pas de date de mise en œuvre.

On peut donc présupposer que le fonctionnement en dispositif de l'IEM devra, à terme, s'étendre à toutes les structures enfance APF de la nouvelle région.

Je pourrai m'appuyer, dans mon plan d'action, sur les autres fiches action qui insistent sur la notion de développement des partenariats et sur le fait d'acter un processus identique pour les 16-25 ans sur l'ensemble de la région. Le développement de partenariats mentionnés sur la fiche 4 : « S'inscrire dans les réseaux d'insertion professionnelle », « développer une expertise d'appui en référence au droit commun » et sur la fiche 9 « *Développement de collaborations (formalisées ou non) à l'échelle de chaque*

établissement ou service, au niveau régional, dans des groupes projets dédiés - Développement de relations dans de nouveaux champs » sont en liens avec le concept d'innovation sociale.

Au travers de ces objectifs, j'entrevois que l'établissement que je dirige actuellement et qui est en cours de mutation, devra réaliser une autre transformation dans les 5 années (et certainement lors du prochain CPOM) et ce, de façon conjointe avec les autres structures APF du CPOM. Le fonctionnement en dispositif devra devenir régional et répondre aux besoins des personnes cibles au plus près de leurs lieux d'habitation géographique.

Mes hypothèses de travail répondent bien aux objectifs du CPOM, mais leur mise en œuvre régionale dépend d'une stratégie dont je n'ai pas la maîtrise.

2.3.3 Une redéfinition de la fonction de direction

La lecture précédente des objectifs montre bien que la stratégie de l'établissement que je dirige dépend de la stratégie de la direction régionale, signataire du CPOM.

Ainsi, le fait d'être en CPOM réinterroge complètement la fonction de direction :

Mon prédécesseur mettait en œuvre une stratégie dont il était le seul décisionnaire : en fonction des besoins de ses usagers, il décidait d'une stratégie et négociait les moyens avec le représentant ARS du département pour la mettre œuvre. Aujourd'hui, je dois mettre en œuvre une stratégie régionale APF en fonction d'objectifs négociés entre le financeur et ma hiérarchie et des besoins sur un territoire partagé entre 4 collègues directeurs, avec un budget alloué par ma direction.

Ainsi, comme le stipule le CPOM, un comité de directeurs doit être mis en place afin de définir cette stratégie, négocier les moyens attribués à chacune des structures avec la direction régionale afin de répondre à l'ensemble des besoins des jeunes de 0 à 23 ans sur le la région Franche-Comté élargie au nord de la Saône et Loire. Par ailleurs, « *les redéploiements de moyens dégagés de la mise en œuvre du nouveau projet d'Etablissement de l'EM Etueffont* » doivent servir à financer la réorganisation des autres structures du CPOM. En tant que directeur, la stratégie était auparavant de faire évoluer le budget de sa structure à la hausse afin de répondre avec une meilleure qualité et/ou d'augmenter le nombre d'usagers. Le métier de directeur de structure médicosociale sera à l'avenir de développer sa/ses structures avec des budgets constants en répondant mieux aux besoins de façon quantitative comme qualitative.

Les Associations de taille importantes sont actuellement toutes confrontées à ce type de situations du fait de la contractualisation. Mais si l'on compare les changements opérés par les autres Associations (benchmarking) on peut analyser que d'autres choix sont mis en œuvre : les directeurs d'établissements sont remplacés par des Chefs de services ou Adjoints de directions qui sont sous la responsabilité des Directeurs de pôles ou de multi structures. La position que j'occupe dans cet établissement est différente puisque l'APF a gardé les directeurs de toutes ses structures enfants pour ce CPOM, mais les exemples nous montrent que cette situation est peu courante et pourrait peut-être changer lors du renouvellement du CPOM en 2021.

Ainsi je n'ai plus la même délégation que mon prédécesseur. Je devrai demander à ma direction régionale de redéfinir cette nouvelle délégation. Comme le souligne JM. MIRAMON³⁹ « *C'est de sa capacité à faire le lien entre projet, gestion et stratégie, (...) que le décideur tirera son autorité et qu'il pourra définir au mieux le contenu de chaque délégation* ». Ainsi, pour avoir toute ma légitimité de directeur au sein de cette structure, il me faudra « épouser » une stratégie régionale que je devrai co-construire. Mon investissement proactif, sur la base de valeurs et de besoins partagés entre mes collègues, ma direction et mes équipes est alors une condition sine qua non de la réussite de mon pilotage.

Il y aura un risque de tension entre les orientations que je souhaiterai prendre, celles de mes collègues et les arbitrages qui seront pris par la direction régionale. Un projet dépend de son auteur, qui peut être collectif. L'importance de la dynamique de l'équipe de directeurs avec la direction régionale sera le gage de la construction d'un projet partagé. Je me dois donc, en tant que membre de cette équipe d'être force de proposition.

Par ailleurs, auparavant un directeur se devait d'avoir une vision de la stratégie, et les équipes étaient au service de son projet. Aujourd'hui, le métier de directeur a changé : c'est un manager qui doit faire émerger une vision collective. Ainsi il risque d'y avoir une tension entre l'organisation verticale du siège de l'Association et l'organisation transversale que le directeur doit développer. L'échelon régional se doit, en tant que responsable du CPOM, de développer une démarche transversale avec ses directeurs, dont la connaissance du terrain et de ses équipes doit co-construire les axes de développement régionaux.

³⁹ JM. MIRAMON – Manager le changement chapitre II p40 à 55

3 Piloter l'établissement

Dans ce chapitre je développerai les 4 hypothèses en plan d'action pour piloter l'établissement. Le premier sous chapitre est dédié au développement d'un projet au démarrage à court terme mais qui s'inscrira dans la durée, le second doit permettre de stabiliser la structure sur un moyen terme et le troisième de doter l'établissement de moyens pour renouveler son projet sur le long terme. J'entends long terme dans ce document, une période de plus de trois ans. Comme je l'ai expliqué dans ma problématique, le secteur médicosocial subit actuellement des mutations tellement importantes qu'il n'est pas envisageable de répondre aujourd'hui sur des besoins identifiés à 5 ans. Par contre il est possible de préparer les structures au changement en général, afin qu'elles s'adaptent, au fur et à mesure aux changements que vit la société. C'est sur cette base que je prévois, dans la suite de ce document, le pilotage de l'établissement.

3.1 Proposer des logements dans la cité

Je décline, dans cette partie, ma première hypothèse à savoir : proposer des logements autonomes en ville serait suffisamment attractif pour que des jeunes en rupture d'accompagnement et des jeunes scolarisés en études supérieures aient envie de venir.

Il s'agit de répondre à nos missions en créant des opportunités, de se faire connaître et de souligner l'aspect innovant de notre projet, sans risquer le rejet des jeunes du fait de la vétusté des locaux.

3.1.1 Définition du projet

Objectifs :

Développer une offre d'accompagnement de jeunes adultes en situation de handicap dans des logements inclusifs situés en ville, pour faciliter la scolarisation d'élèves poursuivant des études supérieures ou pour permettre un apprentissage à la vie autonome de jeunes non-scolarisés.

Développer une offre de type SAMSAH spécialisé pour étudiants en situation de handicap et développer l'offre PAVA dans la cité.

Sous objectifs :

Dans le cas d'une scolarisation en BTS ou université :

- Assurer une médiation locative voire louer des appartements pour ces jeunes
- Assurer une médiation et une coordination avec les Services d'aide à domicile (SAAD) et Services de soins infirmiers (SIAD), voire, de façon exceptionnelle, de réaliser le nursing et les soins en interne
- Développer une médiation avec les services de transport sur les situations identifiées
- Accompagner les lieux de formation sur :
 - o Le soutien à la démarche de mise en accessibilité du bâti y compris lieux de restauration
 - o La formation à l'accueil du public en situation de handicap
 - o La formation aux handicaps
 - o L'accès aux stages
- Accompagner à l'accès aux droits spécifiques handicap avec évaluation des besoins dans un contexte scolaire
- Orienter vers les services de droit commun si nécessaire et accompagner ces services aux spécificités du handicap
- Accompagner la prise en soin de façon pluridisciplinaire
- Accompagner la prise d'autonomie des jeunes par des actions éducatives

Dans le cas de jeunes souhaitant apprendre à vivre à domicile :

- Signer des baux glissants avec les bailleurs sociaux ou privés ou signer de baux au nom de l'établissement
- Apprendre la vie autonome sur les bases de l'offre PAVA mais cette fois-ci en situation réelle
- Accompagner à l'accès aux droits spécifiques handicap avec évaluation des besoins dans un contexte de vie à domicile
- Orienter vers les services de droit commun si nécessaire et accompagner ces services aux spécificités du handicap
- Accompagner la prise en soin de façon pluridisciplinaire

Eléments à prendre en compte :

A la date de ma prise de fonction, les bacheliers futurs ont terminé leurs vœux pour s'inscrire dans une université, une école supérieure ou une école d'ingénieur. Ceux en situation de handicap ont ainsi vérifié en amont l'accessibilité physique des écoles, au moins à minima. Favoriser leur accueil par un accompagnement spécialisé leur donnera plus de chances de réussite scolaire et favorisera leur inclusion. La prise de contact avec les écoles pouvant être concernées par cette nouvelle offre de service permettra de

connaître le nombre d'élèves atteints d'un handicap moteur, et de favoriser leur admission dans ces écoles en rassurant la commission d'admission et en faisant le pari de la réussite scolaire pour ce nouveau type d'élèves.

En ce qui concerne la formation professionnelle de type AFPA, GRETA ou Maisons familiales et rurales, les inscriptions n'ont pas toutes eu lieu. Certains organismes ont des formations qui commencent en cours d'année scolaire. Je sais par expérience que du public en situation de handicap leur est régulièrement envoyé par ARIS-Cap Emploi.

Compte-tenu du fait que cette offre correspond à nos missions et que l'établissement n'a pas atteint son taux de remplissage maximum, je fais le postulat que la charge de travail des équipes permet de mener à bien ce projet. L'accompagnement des élèves en études supérieures croise à la fois les missions d'un SESSD et celles de la section PAVA. Cette offre doit être conduite de manière à réunir ces deux compétences individuelles en compétences collectives qui sont aujourd'hui séparées. Les compétences nécessaires sont transférables, puisqu'il s'agit d'accompagner des personnes scolarisées, c'est-à-dire d'accompagner le corps enseignant aux spécificités de ce public et de réaliser la médiation avec des partenaires déjà identifiés (services de transport, mission locale, CAF ...). Au niveau hébergement, les compétences mobilisables sont celles développées par le NPE, à savoir accompagner un jeune hébergé à l'extérieur de l'établissement. Au niveau soin, les compétences sont celles de l'équipe paramédicale et médicale avec ici une spécificité sur le domicile. Je décide de développer, pour 2016/2017, une offre qui ne concerne que 3 à 4 jeunes en apprentissage à la vie autonome, et de répondre à un maximum de 5 jeunes poursuivant des études supérieures. Je prévois une montée en charge dès la rentrée 2017/2018, puis d'atteindre l'objectif des 30 jeunes mentionnés dans l'agrément pour la rentrée 2018/2019. L'organisation est en train de s'adapter à cette nouvelle offre : l'organigramme le permet, les moyens logistiques également. Il sera nécessaire d'ajuster l'organisation et de vérifier la qualité des accompagnements. J'évalue que l'impact organisationnel devrait être faible.

Une grosse partie de ce projet repose sur l'implication des partenaires à mobiliser des jeunes candidats. Ainsi la communication externe revêt une importance capitale.

Le fait que je viens de prendre mon poste risque de fragiliser l'acceptation du projet, je dois donc associer le comité de pilotage et mobiliser le comité de direction pour obtenir un soutien.

3.1.2 Plan d'action :

Enjeux : réussir à organiser et diffuser l'offre dans un délai extrêmement court.

Réunir le comité de pilotage :

Je décide de faire valider cette proposition par le comité de pilotage. J'inscris ce projet à l'ordre du jour de la réunion du mois d'avril. Je préparerai donc un document synthétique mentionnant : les constats, les objectifs, les enjeux, l'organisation de l'établissement pour mener ce projet, son impact financier à court et moyen termes et le calendrier de mise en œuvre. Ce document, envoyé en amont de la réunion, sera ainsi une base de travail pour organiser la réflexion et faire valider le projet. Mon mode de management sera directif et engagé.

- Ordre du jour:
 - Présentation du projet et enjeux du fait des délais courts
 - Evaluation des moyens à mettre en œuvre
 - Pour répondre aux besoins des jeunes
 - Pour développer le projet
 - Les partenaires concernés
 - Le volet communication
 - Cahier des charges d'un groupe projet
 - Impact budgétaire
 - Calendrier de mise en œuvre
 - Critères d'évaluation

Démarche d'appropriation par le comité de direction :

Une fois le projet validé par le Comité de pilotage du NPE, j'inscris ce sujet à l'ordre du jour de la réunion du comité de direction suivante. L'objectif est de faire adhérer au projet malgré le frein d'un temps de mise en œuvre très court, et d'élaborer de façon collective le plan d'action à court terme. Mon style de management sera à la fois directif quand il s'agira de préciser que ce projet fait partie des missions de l'établissement et qu'il a reçu l'aval du comité de pilotage, puis participatif quant à la réflexion sur sa mise en œuvre. Un des points à l'ordre du jour sera l'évaluation de la surcharge de travail que ce projet générera, notamment pour l'Adjoint de direction de la partie hébergement et scolarisation (que j'aurai déjà rencontré en amont) à qui je vais confier sa mise en œuvre. Le document remis au Comité de pilotage sera envoyé en amont de la réunion, accompagné du compte-rendu du dernier Comité de pilotage. Etant donné que les deux Adjoints de direction font partie du Comité de pilotage, l'ordre du jour sera technique :

- Ordre du jour de la réunion du Comité de direction
 - o Présentation du projet
 - o Evaluation de la charge de travail
 - o Mise en place d'un groupe projet (membres, fonctionnement)
 - o Organisation de la communication
 - o Calendrier
 - o Evaluation

Le comité de direction suivra régulièrement l'avancée du projet, valorisera ce qui fonctionne et examinera les points de blocage afin d'aider à leur résolution si nécessaire.

Création d'un groupe projet :

Suite à la réunion du Comité de direction, je mettrai en place un groupe projet.

Objectif du groupe projet :

Définir :

- L'offre précisément et l'ajuster en fonction des besoins rencontrés
- Les partenaires et l'implication qui leur est demandée
- Les différents niveaux de communication (la rencontre des partenaires notamment)
- L'organisation nécessaire (ressources humaines et moyens matériels)
- Le suivi des demandes et la définition des projets individuels
- L'impact financier
- Les outils et indicateurs d'évaluation.

Mettre en œuvre l'ensemble du projet, y compris sa réalisation et accompagner les équipes à une réalisation rapide. Faire adhérer au projet et apporter de la cohésion.

Composition :

Elle sera décidée en Comité de direction, mais je préconiserai qu'il se compose ainsi :

- o Directeur (j'animerai seulement les premières réunions fixant les axes de travail et le calendrier d'action, puis je délèguerai cette mission à l'Adjoint dès les premières candidatures ou orientations reçues)
- o Adjoint de direction scolarité et hébergement
- o 1 salarié du secteur soin et accompagnement (de préférence le coordinateur de projet)
- o 2 salariés du secteur scolarité, formation et insertion (Chargé d'appui et Educateur spécialisé chargé du programme PAVA)
- o 1 salarié du secteur hébergement (Educateur spécialisé)

Un appel à candidature sera lancé dès l'accord du comité de direction, afin de générer une dynamique plus forte du fait d'une démarche volontaire.

Durée :

Permanent jusqu'à la stabilisation de l'offre. Il sera possible d'inviter d'autres salariés ou partenaires 2 fois par an pour l'évaluation du projet et sa continuité.

Calendrier de mise en œuvre :

La prise de décision doit être rapide car la communication doit être faite dès la mi-avril et la mise en œuvre dès le mois de septembre.

Début avril 2016 : prise de décision de la nouvelle offre

Mi-Avril à mi-mai 2016 : communication de la nouvelle offre et prise de contact avec les partenaires (possibilité de prolonger)

Mi-mai à fin juin 2016 : réception des candidats et étude de leurs besoins, organisation des moyens humains et logistiques

Mi-juin 2016 à octobre 2016 : médiation avec les partenaires, signature des conventions et construction des projets individuels. Pré-réservation de 3 des 5 chambres accessibles au FJT de Belfort.

Octobre 2016 : première évaluation avec les partenaires et co-construction de l'offre 2017

Septembre 2016 à juin 2017 : accompagnement des jeunes et des partenaires, signature des projets individuels, ajustement des moyens humains et logistiques

Novembre 2016 : inscription de la nouvelle offre au budget 2017

Janvier 2017 : diffusion de la nouvelle offre aux partenaires

Communication :

Cette hypothèse de travail repose principalement sur la communication. Je décide de prendre la responsabilité de sa coordination. D'une part cela me permettra d'avoir une connaissance plus fine des partenaires déjà impliqué et d'autre part ce projet me servira de support pour en mobiliser d'autres (Directeurs des 3 MDPH, Directeurs d'IUT et Chefs d'établissements accueillant des BTS, mes autres collègues directeurs d'ESMS du secteur enfance...).

A l'externe :

Objectifs : faire connaître l'offre aux prescripteurs et aux personnes concernées – faire agir.

Moyens : Création et diffusion de supports de communication :

- Une plaquette (dépliant) de présentation de l'offre qui doit mentionner : la possibilité d'accompagnement si suivi d'un cursus scolaire ou universitaire, la possibilité d'un accompagnement même s'il n'y a pas de cursus scolaire, les

différents modes d'accompagnement et la souplesse proposée, les différents modes d'hébergements possibles.

- Un courrier à la tonalité dynamique accompagnant la plaquette, signé du directeur
- site internet mentionnant cette offre et les différents aspects qu'elle pourrait prendre. L'APF met à disposition des adresses de sites faciles à mettre en œuvre et à actualiser
- Création d'une page Facebook reprenant les idées fortes de ce projet et renvoyant sur le site internet
- Publication de cette information sur les sites des partenaires
- Communiqués et conférences de presse sur la création de cette offre

Organisation de la communication :

- Listing de l'ensemble des partenaires : les 4 MDPH, Conseil régional, 4 conseils départementaux et leurs services sociaux, Education nationale, Université, CROUS, Foyers de jeunes travailleurs, Services universitaires de médecine préventive, médecine scolaire, Bureaux d'information jeunesse, ARIS - CAP Emploi des 4 départements, Plan local d'insertion, GRETA, Maisons familiales et rurales, AFPA... (liste exhaustive à élaborer par le groupe projet)
- Envoi rapide du courrier aux partenaires
- Entretien téléphonique avec tous ces partenaires et rencontre pour expliquer le projet et identifier des candidats potentiels. Demande à ces partenaires de contacter les candidats potentiels pour présenter notre offre :
- Rencontre des candidats potentiels et évaluation de leurs besoins
- Contact des partenaires permettant de répondre aux besoins : Services d'aide à domicile ou de soins infirmiers, services de transport, bailleurs sociaux ou privés (pré-réservation d'un, voire de deux logements accessibles). Signature d'une convention fixant les engagements mutuels

Une attention particulière sera apportée aux niveaux des délégations. Je serai en charge de rencontrer les Directeurs. L'Adjoint de direction rencontrera les personnes en responsabilité de services. Les autres salariés rencontreront les candidats éventuels et les personnes à même niveau de responsabilité. Je devrai élaborer les délégations avec l'Adjoint de direction mobilisé sur le projet, et nous devrons les faire signer à chaque salarié concerné. Chaque délégation devra mentionner : les missions déléguées, les résultats attendus, les moyens pour les atteindre, le lien hiérarchique (à qui rendre compte) et la durée de cette délégation (janvier 2017 pour se conformer avec la première phase du projet)

En septembre :

- Communication aux médias de la réalisation de ce projet
- Mise à jour des sites internet et Facebook

En janvier 2017 :

- Communication à tous les partenaires et sur tous les supports sur :
 - o l'offre mise en place en septembre 2016 et sa montée en charge à la rentrée scolaire 2017
 - o Les accompagnements actuels
 - o Une offre complétée et polyvalente
 - o Mise à jour des sites internet et Facebook / partage avec les sites des partenaires

A l'interne :

Information des personnels sur cette nouvelle offre, la temporalité de sa création et l'organigramme pour la mettre en œuvre. Un bilan sera fait mi-juillet et un autre début octobre et diffusé.

- Moyens : Journal interne de l'établissement le Bulletin de liaison interne (BIL), notes de service, information des équipes dans les réunions de coordinations

Information des directeurs des autres structures APF de la région.

Impact budgétaire :

Je décide, dans ce projet de favoriser les solutions du droit commun. En effet, le CROUS de Belfort/Montbéliard et le FJT de Belfort possèdent des chambres et une restauration accessibles. Ces solutions seront recherchées en priorité, le bail sera signé directement par le jeune ou ses parents, comme un autre étudiant.

En ce qui concerne l'hébergement de jeunes faisant le choix d'apprendre à vivre de façon autonome, l'établissement sera le locataire dans le cadre d'une colocation de 2 jeunes. Pour les personnes souhaitant s'exercer seules, l'établissement sera le locataire et sous louera dans le cadre d'un bail glissant (si le jeunes ne souhaite pas rester dans ce logement, l'établissement gardera le logement pour un autre jeune ou dénoncera le bail). L'impact financier sera donc le coût du loyer majoré des charges et des frais d'aménagement du logement. J'évalue l'ensemble des frais à 12000 euros par appartement en année pleine. Le coût de la première année est évalué à 6000 euros pour 4 mois, dont 4000 euros de frais de location et 2000 euros d'investissements répartis sur 5 ans. L'analyse du budget prévisionnel 2016 me permet de mettre en œuvre ce projet. Je devrai faire valider au financeur la transformation d'un investissement en un investissement d'équipement des logements.

Je favoriserai la colocation à deux jeunes en prévoyant deux, voire trois appartements de type PAVA. Suivant la réussite du projet dès le premier bilan et les besoins des jeunes, il sera possible de déployer une offre de type logements regroupés sur les constructions neuves des bailleurs sociaux dès la troisième année.

Les moyens logistiques seront ceux de l'établissement (véhicules, téléphones, photocopieur...).

La première plaquette sera réalisée en interne pour ne pas dépendre des délais des agences de communication.

3.1.3 Evaluation

Il est nécessaire de prévoir les critères et indicateurs d'évaluation dès l'écriture du projet.

Ceux-ci doivent permettre de :

- mesurer les écarts entre ce qui a été décidé et ce qui a été réalisé afin de mettre en place des correctifs notamment en termes de respect du planning
- Evaluer l'adéquation entre l'offre et le besoin et la satisfaction des usagers

Puisque ce projet dépend de la rapidité de mise en œuvre, je définis des indicateurs précis au regard du calendrier défini. (Cf. Annexe 6)

3.2 Achever la mise en œuvre du NPE pour uniformiser le fonctionnement

Je décline dans cette sous partie l'hypothèse 2 que je décide de commencer à mettre en œuvre dès maintenant, et qui durera sur une période de 9 à 12 mois.

Hypothèse 2 : Achever la mise en œuvre du NPE en mettant en place un fonctionnement unifié et en mettant l'établissement en conformité avec la réglementation apporterait de la cohésion, sécuriserait les équipes et assurerait de bonnes relations avec les partenaires financiers et prescripteurs.

Objectifs : stabiliser le fonctionnement de l'établissement

- Le mettre en conformité avec la réglementation et les objectifs CPOM
- Créer les outils de la loi 2002-2 de façon uniforme pour l'établissement
- Faire aboutir ou réajuster l'organigramme prévu
- Solutionner les problèmes de limites de financements
- Elaborer des critères d'évaluation

Points de vigilance :

Cette réorganisation de l'établissement ne peut se faire que dans le cadre des délégations qui me sont confiées par ma direction. Ces dernières devront être explicitées en ce qui concerne les deux points suivants :

- Ressources humaines :
 - o Embauche/licenciements/création de postes par rapport à l'organigramme cible ou par rapport à un autre organigramme
 - o Réorientations professionnelles des personnels
- Gestion financière
 - o Programme pluriannuel d'investissements
 - o Elaboration et exécution budgétaire
 - o Vente du bien actuel

3.2.1 Mettre l'établissement en conformité avec la réglementation

Afin de poursuivre la mise en œuvre du NPE, il est maintenant nécessaire de créer les outils permettant d'avoir un fonctionnement unifié. C'est une opportunité pour l'établissement car l'élaboration des outils communs si elle est faite de façon collective, en mixant des personnes de l'équipe SESSD et d'autres de l'IEM, permettra de confronter les pratiques et de les unifier.

De plus il s'agit de mettre l'établissement en conformité avec la réglementation et de se préparer à l'évaluation interne qui doit être terminée pour fin 2017 et l'évaluation externe pour fin 2018.

Je me servirai donc des outils de la loi 2002-2 comme leviers d'action.

Création/actualisation des outils de la loi 2002-2 :

Les outils :

Projet d'établissement : ce point sera abordé dans le paragraphe 3.3.2. puisque je décide de décaler son écriture au deuxième trimestre 2017 afin d'y impliquer des partenaires.

Règlement intérieur : Il est nécessaire de le faire évoluer. Il doit être unique et doit intégrer le fait que des jeunes peuvent être accompagnés en interne comme en externe, qu'ils peuvent être majeurs comme mineurs, que l'accueil peut-être séquentiel comme

permanent et que le parcours peut les amener à changer de type d'accompagnement. Les recommandations de l'ANESM concernant l'accueil de mineurs dans les SESSD⁴⁰, un des supports sur lesquels je dois demander aux équipes de s'appuyer. Le règlement intérieur devra être validé par ma direction.

Livret d'accueil : En attendant une offre complètement calibrée, dépendant du déménagement dans les nouveaux locaux et de la montée en charge de la partie hébergement inclusif, il est nécessaire de créer un livret d'accueil mentionnant toutes les possibilités d'accompagnement. Il doit être unique pour tout l'établissement et se doit d'être évolutif dès l'apparition d'une nouvelle offre et d'un changement dans l'organigramme.

Contrat de séjour : un document unifié à l'ensemble de l'établissement doit être élaboré. La procédure de sa signature devra également être discuté et mis en place.

Projet individuel : il est nécessaire d'élaborer un document unique qui regroupe les deux documents actuellement utilisés. Si le support est important, c'est surtout sa mise en œuvre et son appropriation par les équipes qui primera. Je devrai donc faire écrire une nouvelle procédure unifiée concernant l'accueil des jeunes, l'élaboration, le suivi et le renouvellement des projets individuels. Les synthèses doivent impérativement impliquer les cadres des secteurs soin et hébergement/scolarisation.

L'écriture de ces documents sera confiée au Comité qualité (COQUA). Avant leur validation par le Comité de direction et le Comité de pilotage, je souhaite les mettre en lecture, pour avis et remarques, à l'ensemble du personnel. Je demanderai donc qu'à chaque fois que je reçois un document pour validation, il soit diffusé en réunions de coordinations et débattu. Je créerai un document permettant aux salariés de faire part de ses remarques au COQUA. L'implication du CVS ainsi que celle d'un groupe de jeunes au sujet du livret d'accueil est souhaitable. Je pourrai demander au COQUA et à l'adjoint de direction hébergement et scolarisation de faire porter ce sujet par un éducateur sur des temps en soirée, avec des jeunes hébergés sur le site.

Conseil à la vie sociale : Le CVS doit être mis en place. Son règlement doit être élaboré pour y inclure des usagers internes et des usagers suivis en extérieur, des majeurs et des mineurs, ainsi que des familles. L'appel à candidature doit se faire quelques semaines

⁴⁰ Recommandation ANESM – l'Accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

après la rentrée scolaire 2016, et les réunions 4 fois par an doivent être effectives. Je décide de porter l'intégralité de ce sujet et de partager mon travail avec le Comité de direction.

Démarche qualité :

La démarche qualité doit impérativement changer de fonctionnement : l'enjeu est de mener une démarche commune à l'ensemble de l'établissement, de mener l'évaluation interne fin 2017 et externe fin 2018. Je dois accompagner et faire accompagner par les cadres de la structure la responsable qualité dans ce sens, puisqu'elle ne pourra porter seule cette nouvelle façon de faire si elle n'est pas appuyée.

Les appels à candidature au COQUA ont été publiés courant janvier 2016, mais les postes ne sont pas encore pourvus. Le renouvellement du Comité qualité et l'échéance de l'évaluation interne constituent des leviers et je dois m'en servir comme des opportunités à ne pas manquer pour faire évoluer la démarche. Le référentiel qualité⁴¹, élaboré en collaboration avec 4 autres Associations nationales devra servir de support à la réflexion sur le nouveau fonctionnement de l'établissement. Sa manière d'aborder les sujets de façon large, invite à la réflexion sur les modalités d'accompagnements et les résultats attendus. Le changement de paradigme dans l'accompagnement oblige à reprendre l'intégralité du référentiel : cela permettra de mener l'évaluation interne.

Je me dois d'étudier les candidatures afin de veiller à une parité entre salariés provenant du SESSD et ceux provenant de l'IEM. Après avoir nommé les personnes, je dois être présent pour ouvrir la première réunion du COQUA et donner le sens du travail. Les objectifs seront rappelés dans une lettre de mission aux membres du COQUA qui comportera les points suivants : « Mener l'évaluation interne en reprenant l'intégralité du référentiel en tenant compte du nouveau fonctionnement de l'établissement. Définir les résultats attendus et les moyens d'y parvenir afin de réaliser une cotation de notre fonctionnement actuel. Elaborer les outils communs ». Fin de cette mission : novembre 2017. Résultats attendus : Evaluation interne terminée, suppression de tous les supports différenciés au profit de supports unifiés». Je renouvellerai une lettre de mission à réception de l'évaluation interne avec l'objectif de préparer l'évaluation externe et de travailler sur les points d'amélioration qui paraîtront urgents suite à l'évaluation.

⁴¹ Référentiel qualité APF/ADAPT/ASEIT/OVE (Agir Soigner Eduquer Insérer/accompagner et servir la personne

Je décide de faire accompagner la responsable qualité par l'intervenant du CREAM et d'organiser des rencontres mensuelles entre les cadres de la structure, moi-même et la responsable qualité.

Il sera nécessaire de mettre en corrélation le travail du COQUA avec celui des indicateurs d'évaluation que j'aborderai dans le paragraphe suivant, ainsi que lors du travail mené autour de la rédaction du projet d'établissement.

La communication :

La communication interne doit être réfléchie, elle est le gage de la mobilisation et de l'information des équipes et des usagers.

- Information dans le BIL du lancement de la démarche, des objectifs poursuivis, du calendrier et des moyens mis en œuvre (y compris le dégagement de temps de travail)
- Courrier à tous les salariés (accompagnant une fiche de paie) et diffusion de l'extrait du compte-rendu du comité de direction définissant l'organisation de la démarche.
- Information dans le BIL à chaque étape : la demande d'avis des salariés lors de la fin de l'écriture d'un document, l'aboutissement d'un document (avec son classement)
- Mise à jour du support permettant de retrouver les documents (version papier et électronique)
- Création d'un onglet sur le site internet de l'établissement indiquant le travail engagé, la démarche retenue et le calendrier. Publication des documents téléchargeables en ligne dès validation de ces derniers par le comité de direction. Information de la fin de la démarche avec classification des documents téléchargeables en ligne

Evaluation :

Les critères d'évaluation :

Afin d'évaluer cette partie de l'objectif que j'ai fixé, je mets en place les critères suivants, que je partagerai et validerai avec le comité de direction :

- Implication des salariés par le biais du COQUA
- Réalisation efficiente des documents
- Efficience de la démarche qualité

Les indicateurs devront être construits avec le comité de direction et les équipes.

L'achat du nouveau logiciel Bluemedi, demandé par le siège pour suivre la démarche qualité sera un support sur lequel s'appuyer pour évaluer l'avancée du travail mené par le COQUA, il permettra d'avoir un outil de suivi facile à partager. Sa mise en place doit coïncider avec le démarrage du nouveau COQUA Je devrai m'assurer qu'il est bien inscrit dans le programme pluriannuel d'investissement (PPI).

3.2.2 Redéfinir l'organigramme et gérer les ressources humaines

Il est nécessaire d'unifier et de stabiliser le fonctionnement de l'établissement. Le PSE a créé des inquiétudes auprès des salariés et l'organigramme n'est pas stabilisé. Ce paragraphe traite de la manière de traiter cette situation.

Redéfinir l'organigramme et le fonctionnement :

Comité de pilotage :

Je décide de maintenir le Comité de pilotage du NPE pendant un an, et de le réunir avec la même périodicité qu'auparavant, c'est-à-dire mensuellement. Cela me permettra à la fois de mieux maîtriser les enjeux et risques du NPE en croisant ma compréhension de la situation et ma perception du projet avec des personnes impliquées depuis le début de son écriture. Il me permettra de partager et de faire valider les orientations que je souhaite donner à ce projet ainsi que de montrer au financeur que les arbitrages ont été effectués en fonction des besoins des personnes en situation de handicap et des nécessités organisationnelles.

Par ailleurs je décide de renouveler la participation d'un membre du CREA (Centre Régional d'études, d'information et d'action en faveur des personnes en situation de vulnérabilité) Alsace qui vient de quitter le comité de pilotage (du fait de la fusion des CREA Alsace/Lorraine/Champagne/Ardennes : il n'est plus en poste). Etant donné le secteur géographique du CPOM je décide de faire un appel à candidature auprès du CREA Bourgogne qui devrait d'ici quelques mois au plus, devenir CREA Bourgogne/Franche-Comté. L'appel à candidature devra spécifier, les objectifs du comité de pilotage, l'historique du NPE, la situation actuelle, la périodicité des rencontres.

Rôle du Comité de pilotage : Elaboration des orientations stratégiques de l'établissement, des nouvelles orientations organisationnelles, du calendrier de mise en œuvre, et validation de ces choix. Ecriture du bilan de la réorganisation de l'établissement et capitalisation.

Périodicité : 2h30 mensuelles

Fin du Comité de pilotage : à la validation du projet d'établissement et de l'écriture du bilan de la réorganisation.

Comité de direction :

Je décide de maintenir le fonctionnement actuel du comité de Direction composé des deux adjoints de direction, de la cadre administrative, du responsable logistique et de moi-même. Il se réunira à raison de 2h30 par semaine.

Rôle du comité de direction : pilotage de la structure, co-construction de la mise en œuvre de la stratégie, planification de la mise en œuvre, évaluation, échanges d'informations servant au pilotage à court, moyen et long termes.

Direction régionale :

Une collaboration étroite doit-être menée avec ma direction régionale, d'autant plus qu'elle porte le CPOM et donc la stratégie de développement dont le dispositif fait partie. Une collaboration avec mes collègues directeurs d'autres structures APF en région Bourgogne/Franche-Comté est également nécessaire. Je devrai être attentif à ce que nous ayons délégation de la direction régionale pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies communes.

Dans un premier temps, je décide de mener un travail sur la révision de l'organigramme. En effet, l'organigramme cible n'est pas mis en place et j'évalue qu'il ne pourra pas l'être du fait de l'impossibilité d'avoir recours à un deuxième PSE. Les équipes logistiques, dont les postes devaient à terme, être supprimés, sont inquiètes quant à leur devenir. Si je veux manager une équipe avec des rapports sains, je me dois de leur apporter une réponse quant à leur avenir.

Travail sur l'organigramme :

Eléments d'analyse :

L'étude de l'organigramme cible et de la liste des effectifs cibles, comparé au tableau des effectifs actuels me permettent d'avoir une photographie à l'instant où je prends mes fonctions. Je dois mettre au regard de ce tableau, les entretiens individuels menés par mon prédécesseur faisant apparaître les compétences, les aspirations des salariés et leur âge.

Postes non pourvus mais identifiés dans le nouvel organigramme		Postes occupés actuellement mais non prévus dans le nouvel organigramme	
Intitulé	ETP prévu	Intitulé	ETP
Adjoint de direction hébergement	1	Cuisine	2
Ergonome	0,5	Aides cuisinières	1
Secrétariat médical	0,2	AMP	1
Educateur spécialisé	1	Aide-soignante	1
Chauffeur	1,5	Ouvrier d'entretien	1
Conseiller en économie sociale	0,5	Secrétaire	1
		Comptable	1
		Chauffeur (tous les 3 en CDD)	2.4

La cible finale est un total de 65,6 ETP soit un ratio de 0,73. Le total actuel est de 70,5 ETP.

Au regard de ce tableau :

- Il existe 8 ETP de professionnels qui ne sont pas prévus dans le nouveau tableau des effectifs et 3 personnels en contrat à durée déterminée (CDD) en insertion.
- 3,7 ETP prévus ne sont pas pourvus

Il apparait dans l'étude des classes d'âge qu'un veilleur de nuit aura 62 ans en septembre 2016, et que les cuisinières ont respectivement 52 et 56 ans. La comptable aura 62 ans courant 2017. Les autres salariés sont loin de la retraite.

Il y a déjà un poste de Conseiller en économie sociale et familial qui est occupé à temps plein, et 7,5 ETP d'éducateurs spécialisés.

Le poste de 3eme adjoint de direction est actuellement gelé par ma direction du fait du dépassement de la masse salariale.

Les entretiens individuels montrent qu'une aide-soignante souhaite devenir monitrice-éducatrice. Aucun des personnels en trop dans l'effectif n'a d'aménagement de poste du fait d'incapacités reconnues par la médecine du travail.

Elaboration de projections :

Opportunités :

J'entrevois qu'il serait possible de se séparer des 3 CDD de chauffeurs à la fin de leurs contrats (CDD de 1 an renouvelable une fois). Je pourrais proposer 1,5 ETP pour reclasser l'employé d'entretien, l'AMP, ou la cuisinière.

Je dois demander au veilleur de nuit ainsi qu'à la comptable, s'ils souhaitent faire valoir leurs droits à la retraite dans un avenir proche.

Je dois envisager des reclassements en externe et me rapprocher des partenaires de la structure pour savoir s'ils ont des opportunités d'embauche sur les profils identifiés.

Etant donné le taux de remplissage plus faible que les prévisions, et le fait que le secteur habitat inclusif ne soit pas encore développé, la charge de travail de équipes est plus basse que lorsque l'établissement aura un taux d'occupation important (toutefois, le développement du projet hébergement est chronophage).

Leviers :

Il est possible de retravailler les missions des 2 adjoints actuels au regard des miennes et de celles du coordinateur de projet (1,5 ETP sur le soin), afin de « dégager de la masse salariale » sur la création d'un poste de chauffeur et de celui de secrétariat.

Je pourrais également solliciter des personnels pour qu'ils signent une rupture conventionnelle, mais ces personnels ont tous entre 40 et 50 ans et n'ont pas ou peu de diplômes. Il leur serait très difficile de retrouver un emploi. Mon éthique me commande de ne pas utiliser ce biais tant que je n'ai essayé toutes les autres solutions.

Impact de la temporalité :

Tant que la nouvelle construction ne sera pas terminée, l'établissement a besoin d'au moins 2 cuisinières, de l'ouvrier d'entretien (qui peut également préparer le déménagement). J'évalue donc que la date limite de reclassement des cuisinières, de l'ouvrier d'entretien et de l'aide cuisinière est l'emménagement dans le nouveau bâtiment. Pour les autres personnels, le plus tôt sera le mieux.

Un reclassement professionnel prend du temps. Il est donc nécessaire de travailler ce sujet à compter du mois d'avril, d'auditionner les personnels pouvant partir en retraite et de proposer le reclassement avant l'été 2016.

Je devrai continuer à conduire ce travail jusqu'au printemps 2017, période à laquelle je devrai entrevoir des solutions.

Implication du Comité de direction :

Ce travail de réorganisation doit se mener avec l'équipe de cadres qui connaissent les charges de travail et l'organisation actuelle : je ne peux me passer de leur collaboration pour le mener à bien. Je décide de travailler ce sujet à partir du mois de mai 2016 et de faire le point au moins une fois par mois, avec le comité de direction, sur les projections suivantes :

- Geler le 3^{ème} poste d'adjoint de direction, jusqu'à la fin de l'écriture du projet d'établissement (au plus tard fin 2017) pour libérer de la masse salariale (environ 2 ETP de postes non ou peu qualifiés) et de revoir avec les adjoints, les missions qu'ils effectuent actuellement afin de les décharger de certaines sur un

redéploiement de la moitié du coordinateur de projet qui pourrait avoir la charge de l'offre hébergement que je propose dans le paragraphe 3.1 sous la responsabilité de l'adjoint hébergement et scolarisation.

- Je propose également que nous renoncions jusqu'à fin 2017 aux postes d'ergonome, de CESF et à celui d'éducateur spécialisé, et que nous nous séparions des 3 chauffeurs en CDD au profit du maintien dans l'emploi d'un total de 2,5 postes en CDI, notamment pour la secrétaire à qui il pourrait être proposé le 0,2 ETP du poste de secrétaire médical.
- Je propose que soit travaillé avec les cuisinières une réorientation professionnelle pour devenir chauffeur, ainsi qu'à l'aide-soignante et à l'ouvrier d'entretien.
- Je propose que soit abordé avec la comptable et le veilleur un éventuel départ en retraite.
- Je décide de rechercher dans quelle mesure il serait possible que la société prestataire des repas dans la nouvelle construction puisse réembaucher le personnel de cuisine. Dans ce cas, l'appel d'offre devra mentionner cette condition.

Cette réorganisation ne peut se faire qu'à partir de projections, en prenant en compte les effectifs prévus dans le NPE. Je devrai saisir toutes les opportunités de réorganisation que m'offriront les départs non- prévus.

A l'heure où j'écris ce mémoire, le veilleur de nuit a envoyé son courrier pour faire valoir ses droits à retraite à la fin 2016, l'ouvrier d'entretien a accepté de suivre une formation pour le remplacer. L'aide-soignante a quitté temporairement les effectifs pour partir un an en formation de monitrice éducatrice. La comptable ne souhaite pas entendre parler de son départ en retraite. L'établissement est en attente d'une réponse des cuisinières.

Consultation des IRP :

L'ensemble de ce travail sera bien évidemment fait en suivant les consultations légales des IRP. La mission sera complexe car les IRP (CE et CHSCT) ont donné un avis sur le NPE et son organigramme initial. Le fait de changer l'organigramme pourrait m'amener à recommencer toute la procédure de consultation. Je décide de proposer aux IRP de donner un avis simple, en leur présentant le fait que la proposition de nouvel organigramme se fera sans licenciements.

Définition des postes, des profils de postes, des délégations, GPEC :

L'organigramme devra donc changer légèrement par rapport à celui initialement prévu dans le NPE. Les profils de postes de nouveaux métiers de gestionnaires d'appui et gestionnaire d'appui pédagogique n'existent pas encore au niveau de l'APF nationale. De plus les profils de postes ne sont pas déclinés en fiches de missions. Je devrai définir les deux profils de postes manquant en lien étroit avec les ressources humaines du siège.

- Déclinaison en fiches de missions :

Définir les contours de chaque poste et les missions de chaque personne permettra de stabiliser l'organisation et de rassurer les personnels quant à leurs missions.

Je décide donc de mener ce chantier avec les adjoints de direction et la cadre administrative. En repartant des objectifs détaillés du NPE, je vais déterminer avec eux les répartitions des compétences par services en ayant une attention particulière à ce que l'organisation ait bien trois secteurs (soin, hébergement, scolarisation) afin de maintenir l'esprit de « fusion ». Ainsi je pourrai élaborer, avec eux, une déclinaison de leurs fiches de poste nationales en fiches de missions. Ensuite je pourrai leur demander d'effectuer ce travail avec chaque salarié, en s'appuyant sur les professionnels. Ils devront avoir terminé pour le début de l'année 2017.

- GPEC :

A compter de début septembre, je pourrai engager le travail sur le plan de formation afin d'une part de me conformer à la réglementation, mais surtout de m'appuyer dessus pour accompagner individuellement ou collectivement les salariés aux changements en cours.

A court terme je dois déjà me préoccuper de la mise en œuvre effective du plan de formation 2016 : ce qui a été prévu, ce qui est réalisé, ce qu'il reste à faire. La priorité se situe à ce niveau. La fin des congés d'été me permettra d'élaborer la stratégie de l'année suivante qui, à mon sens, devra suivre deux axes : prioriser les formations pour reclassement professionnel, et continuer le plan de formation précédent qui a été construit sur la base des entretiens individuels et des évolutions des missions. Je retiens tout de même les formations dont j'ai parlé dans les points 2.2.1 et 2.2.2. Le cas échéant, avant fin septembre, je peux solliciter de Crédits non reconductibles auprès de l'ARS (même si je suis en CPOM – cette modalité a été négociée par mon prédécesseur pour le reclassement de personnels) concernant la formation de veilleur.

Evaluation :

Ce travail de stabilisation de l'organigramme et de clarification des missions de chacun doit être accompagné de critères de suivi que je définis ainsi :

- L'effectivité du nouveau tableau des effectifs
- Impact sur la répartition des missions de chacun
- Viabilité de cette nouvelle organisation

Je propose les indicateurs suivants :

- Un nouvel organigramme négocié est accepté par la direction régionale, le comité de pilotage et le comité de direction (oui/non)
- Il est présenté aux IRP (oui/non) – il est présenté aux salariés (oui/non)
- Les salariés dont l'avenir est menacé ont été rencontrés (oui/non)
- Les salariés identifiés comme partant à la retraite ou en formation ont été rencontrés (oui/non)
- Les fiches de postes sont déclinées en fiches de missions (oui/non)

3.2.3 Mettre également la réglementation en conformité avec l'établissement

Le risque que l'établissement rate sa cible et retourne à ses anciennes pratiques, à savoir accompagner des jeunes soit dans un mode « domicile » soit dans un mode « hébergement » est accentué par les frontières des financements des aides légales servies aux personnes en situation de handicap ou à leurs parents.

Comme je l'ai spécifié dans mon diagnostic, l'agrément « dispositif IEM » ne permet pas aux parents de bénéficier de l'AEEH, ni à l'enfant de bénéficier de matériel adapté financé par l'EN, même lorsqu'il est scolarisé en milieu ordinaire.

Il faut donc résoudre ce point de blocage rapidement, et pas seulement en créant une « dérogation » qui pourrait concerner les jeunes accompagnés dans un « mode » SESSD, mais en créant une règle généralisée à minima aux quatre MDPH de la région Franche-Comté, facile à appliquer et surtout qui permette la fluidité des parcours puisque c'est une des composantes d'un accompagnement de qualité.

Or les financements renvoient à une loi nationale. Deux acteurs l'appliquent : l'éducation nationale attachée aux textes réglementaire, et les MDPH avec des appropriations locales variables orientées par les Conseil départementaux. Certaines aides sont ensuite servies par les CAF selon des règles nationales et départementales.

Afin de résoudre cette difficulté, je décide de traiter ce point de blocage sous l'angle de l'innovation sociale. En effet, les différents partenaires ne sont pas amenés, à l'heure actuelle, à échanger entre eux sur cette difficulté que nous vivons au quotidien. Il faut

donc leur faire connaître et partager nos limites quant à ces prestations et que nous puissions, de notre côté, connaître leurs contraintes, pour œuvrer ensemble à faire évoluer cette situation. Ainsi il faudra mobiliser les responsables techniques mais également les responsables « politiques » liés à ces sujets.

Contacteur les partenaires, créer un groupe d'innovation sociale :

Il y aurait plusieurs façons de porter cette difficulté auprès des autorités. Je choisis de faire appel à l'ARS qui a le leadership et l'autorité nécessaire pour réunir les différents décideurs « autour d'une même table ». Les compétences qui lui sont attribuées par la réglementation et ses contacts politiques et techniques lui confèrent une légitimité qui pourrait me faire défaut.

Je décide de rencontrer le directeur de l'Offre de santé et médicosociale de l'ARS avec ma direction. Les objectifs de cet entretien sont de le faire agir en lui présentant la problématique et de le faire adhérer à la démarche pour qu'il implique les partenaires.

Partenaires à mobiliser :

L'ARS par le biais de son directeur de l'Offre de service médicosociale qui serait le leader du groupe, devrait mobiliser les 4 directeurs des MDPH Franche-Comté, les 4 directeurs de l'action sociale et médicosociale des départements, le recteur d'académie et son secrétaire général, les 4 directeurs des CAF de Franche-Comté.

Afin de ne pas auto-centrer ce sujet sur l'IEM et sa nouvelle organisation, je propose, en accord avec l'ARS, de faire participer le directeur du CEEDA (centre d'éducation pour enfants déficients auditifs) et celui du CRESDEV (Centre régional d'enseignement et d'éducation spécialisés pour déficients visuels), deux établissements qui accompagnent au niveau scolaire, sur le versant domicile et internat, des jeunes en situation de handicap. Si l'ARS accepte leur participation, je devrai les rencontrer en amont de la première rencontre pour échanger sur nos difficultés mutuelles quant aux limites de financements.

Calendrier :

Etant donné que je demande le portage de cette responsabilité à l'ARS, je n'en maîtrise plus le calendrier, d'autant plus que les partenaires sont nombreux et leur niveau de responsabilité laisse envisager des agendas individuels chargés. Mais il me semble impératif de contacter l'ARS très rapidement, et de lui demander qu'au moins deux réunions soient menées avant l'été afin de mettre en place une expérimentation pour le mois de septembre 2016.

Je décide de contacter l'ARS début avril 2016 pour espérer une première rencontre avant la fin du mois d'avril et qu'elle programme deux réunions courant juin. La première doit

permettre d'identifier le problème et de partager les contraintes et points de blocage de chacun, la deuxième d'avancer des hypothèses permettant de solutionner, la troisième serait certainement une rencontre d'ordre technique (uniquement avec les directeurs MDPH, le secrétaire général de l'Académie, le responsable ARS de l'Offre médicosociale, les directeurs adjoints des CAF si nécessaire et les directeurs des CEEDA et CRESDEV. Elle permettra d'engager une expérimentation. Tant que la solution acceptable par tous les partenaires ne sera pas définie, ce groupe d'innovation sociale devra se réunir. Il sera nécessaire de faire une réunion bilan une fois les solutions mises en œuvre afin d'imaginer des correctifs, puis une autre permettant de pérenniser les décisions. Bien entendu, il est possible que les solutions mettent du temps à être trouvées et mises en œuvre, chacun des partenaires ayant peut-être des contraintes rédhibitoires à l'avancée de la démarche.

Communication :

Je dois écrire un document synthétique présentant le problème, l'organisation de la démarche souhaitée et une explication courte de ce qu'est l'innovation sociale, ainsi que le calendrier envisagé, que l'ARS pourra reprendre pour contacter les partenaires et qui servira de support pour que l'ARS anime la première réunion.

Il doit permettre à chaque interlocuteur de connaître le problème et de réfléchir en amont de la première rencontre sur les points suivants : quelle est la réglementation nationale qui s'applique à mon organisme, comment je la mets en œuvre, qu'est-ce qui m'empêche de la mettre en œuvre autrement, quel pourrait être l'impact financier et organisationnel d'un changement ? Qu'est-ce que le processus d'innovation sociale et ce qu'il implique pour chacun des partenaires ?

Si le projet aboutit, je pourrai demander à l'ARS de communiquer avec les médias en collaboration avec tous les partenaires, sur les solutions trouvées, et qu'elle communique avec ses homologues des autres régions pour essayer voire dupliquer les solutions. Il devrait en être de même avec l'académie. Un portage jusqu'aux ministères concernés serait à envisager.

Site internet : une fois le projet abouti, je devrai mettre sur le site de l'établissement, un résumé présentant la démarche, les partenaires mobilisés et les solutions trouvées. La page Facebook devra être mise à jour.

Il faudra prévoir, à compter de 2018, lorsque le projet d'établissement sera terminé de participer à des colloques, des séminaires pour diffuser la démarche et les solutions trouvées. L'appui du siège de l'Association sera recherché.

La création d'une thèse sur cette thématique pourrait être envisagée : je devrai contacter le laboratoire de sociologie de l'Université de Franche-Comté dès juin 2016 pour lui

proposer cette recherche et de nous associer autour de la thématique de l'innovation sociale dans le secteur du handicap (autour de l'ensemble de la démarche que je décline également dans les paragraphes suivants). Le laboratoire serait un appui à la réflexion, à la diffusion et à la modélisation de la démarche. L'APF pourrait appuyer la mobilisation de fonds du Conseil régional de Bourgogne/Franche-Comté et faire intervenir des fonds FIRA (fonds créés par l'Union Européenne en cofinancements) dédiés à l'innovation sociale.

Evaluation :

Afin d'évaluer la démarche mise en œuvre, je mets en place les critères suivants :

- Efficacité de la démarche
- Impact des différentes solutions mises en œuvre
- Durabilité des solutions

Les indicateurs devront être partagés avec les différents partenaires participant à la démarche.

3.2.4 Analyser l'activité

Analyser l'activité permet à la direction de piloter l'établissement : où en est l'avancée du NPE, correspond-il aux besoins, l'accompagnement est-il efficient ? Ces questions sont au centre de la fonction de direction, mais également centrales dans le rapport entre le financeur et les établissements.

Le projet de l'établissement est totalement nouveau et ne correspond à aucune autre structure existante. Nous avons donc besoin de définir de nouveaux critères permettant à la structure et à son financeur d'analyser l'activité. C'est une opportunité dont il faut se saisir. Cela nous permettra de mettre en valeur et de donner de l'importance à des éléments qui nous sont essentiels dans le projet. En effet, les autres structures et établissements plus « classiques » ont déjà des critères et des indicateurs d'activité imposés par les financeurs.

Définir un nombre de jeunes accompagnés à l'année n'a plus le même sens que lorsque l'établissement était un IEM et un SESSD : l'aspect accueil séquentiel, les différentes modalités d'accompagnement des usagers et des partenaires, demande de revoir les outils d'analyse. Le secteur géographique a également évolué impactant les déplacements. Donc l'activité ne peut pas être analysée comme celle d'un établissement d'hébergement en faisant un taux d'occupation (le ratio prix par journée par personne),

cela n'aurait aucun sens. Il est donc nécessaire d'inventer de nouveaux critères et de nouveaux indicateurs d'activité.

Ces critères doivent prendre en compte la diversité des modes d'accompagnement que développe l'établissement dans son NPE. Ils doivent être déclinés en indicateurs mesurables qui serviront à corriger ou affiner le fonctionnement de la structure. Ce sont les équipes qui devront remplir ces indicateurs, il est donc nécessaire qu'ils soient bien compris et qu'ils soient simple à remplir afin de ne pas générer une surcharge de travail. Il est donc préférable qu'ils correspondent à d'autres indicateurs à remplir pour la structure.

Ils devront être en lien avec l'évaluation externe et devront être réétudiés en fonction du nouveau projet d'établissement.

Ils seront également utilisés par le financeur pour vérifier l'adéquation projet/besoins et pour évaluer le ratio budget/résultat.

Etant donné la situation actuelle de l'établissement, je retiens les critères d'évaluation suivants :

- Adéquation de l'offre par rapport aux besoins en termes d'accompagnement dans les parties soin, hébergement et scolarisation
- Efficience des partenariats
- L'utilité de la structure
- La satisfaction des usagers

J'étudie les outils à ma disposition, avec les trois cadres et deux salariés de la structure (le responsable qualité, et celui chargé de déployer et former au logiciel Easy-soin – logiciel national de l'APF de gestion des usagers et du suivi des actes de soin et éducatifs).

Je décide, après cette étude de m'appuyer en partie sur les indicateurs ANAP, sur les extractions que permettent le logiciel et sur des éléments variables permettant de qualifier l'activité. Les indicateurs retenus sont listés dans l'annexe 7.

Il sera également nécessaire de négocier avec l'ARS quels seront les taux et les nombres acceptables. Cela doit être élaboré de façon commune, en fonction des besoins qui seront travaillés de façon fine dans une temporalité plus éloignée (Cf. 3.3.1).

Je fais en parallèle de la démarche, créer les outils et tableaux par une équipe dédiée (formateur easy-soin, responsable qualité, secrétaire spécialisée sur les tableurs). Je fais tester les tableaux et leur remplissage en m'assurant de la facilité d'extraction des données depuis les outils existants.

3.3 Impliquer les partenaires pour co-construire le projet d'établissement et faire reconnaître la démarche

Dans cette sous partie je décline en même temps les hypothèses 3 et 4, que je décide de mettre en œuvre sur du moyen et long terme :

Hypothèse 3 : Associer les partenaires à la rédaction du projet d'établissement pour prendre en compte leurs besoins d'accompagnements et ceux des personnes en situation de handicap qu'ils accompagnent, permettrait d'en avoir une connaissance fine et actualisée et ainsi permettre la fluidité des parcours.

Hypothèse 4 : Diffuser cette expérimentation permettrait de modéliser la démarche pour la généraliser au niveau régional, voire national et affirmer l'image novatrice de l'établissement à l'échelle locale.

Je décide de mettre en œuvre ces axes courant janvier 2017 et de poursuivre le travail jusque fin 2017.

Une des missions première du directeur est de définir les objectifs de développement de la structure afin de donner du « sens » à son pilotage. Comme avancé dans les parties précédentes, j'ai décidé d'aborder la réponse aux besoins et le développement de l'établissement sous l'axe de l'innovation sociale. Le fait de choisir cet axe est porteur d'une dynamique positive et moderne, qui permettra aux équipes de s'identifier à un nouveau projet en phase avec notre époque, ses nouveaux modes de vie et d'accompagnements. L'innovation sociale fait intervenir la notion de changement, de la co-construction avec les partenaires et de la recherche permanente de solutions nouvelles et pertinentes. Il est en adéquation avec le projet associatif national et correspond à l'image que l'Association s'est construite au cours des précédentes décennies. C'est également un outil de pilotage de la structure car il permet de construire, collégialement avec les équipes, le sens de l'accompagnement et la raison d'être de l'établissement.

Une réflexion est à mener avec ma direction pour savoir si elle souhaite que je porte ce travail au niveau du territoire géographique de l'IEM, ou si elle souhaite qu'elle soit menée au niveau régional. Dans le premier cas, cela est du ressort de ma délégation, dans le deuxième cas, je demanderai à ma direction qu'elle me missionne pour porter l'ensemble du projet et je le ferai décliner par mes collègues directeurs des autres structures enfance. Il me paraît plus cohérent, étant donné les objectifs CPOM de conduire cette démarche au niveau régional, puisqu'elle est un outil de cohérence du CPOM et que les objectifs y sont de développer un accompagnement similaire dans les 3 structures enfance, et donc de

partager l'essence du même projet d'établissement. Je le présenterai en ce sens à ma direction et de cette manière dans ce mémoire.

Etant donné la taille du chantier à réaliser et le nombre de personnes à mobiliser, donc le temps que cela peut prendre, je décide de structurer le travail en petits sous-groupes suivant les niveaux de responsabilité de chacun des acteurs.

La démarche doit se construire en 3 temps avec chaque sous-groupe :

- Le partage d'une définition commune de l'inclusion, de la notion de territoire, du processus d'innovation sociale et des objectifs
- L'étude des besoins des personnes et des structures
- La diffusion des résultats

3.3.1 Impliquer les partenaires pour connaître l'évolution des besoins

Les besoins du public font partie intégrante du projet d'établissement. Mais devant le manque flagrant de données sur ce sujet, je décide de mener cette partie à part, étant donné le travail que cela représente avec le processus que je décide de mettre en place.

Bien entendu depuis la loi HPST, la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap sur le territoire régional est du ressort de chaque ARS. Mais je ne parle pas ici exactement des mêmes besoins.

En effet, depuis que l'école inclusive se met en place avec effectivité, et depuis que le projet de l'IEM se construit, les missions changent. Je dois à la fois accompagner des jeunes en situation de handicap, et des écoles/enseignants qui accompagnent des personnes en situation de handicap.

Ainsi la notion de besoins est bien plus large. Par ailleurs, dans les textes, autour de la notion de « l'établissement doit répondre aux besoins », il n'est pas précisé s'il s'agit des besoins des usagers ou de ceux des personnes sur son territoire.

Etant donné que l'IEM se doit d'accompagner des jeunes en inclusion, j'entends qu'il faut que je connaisse les besoins sur l'ensemble du territoire et que je tente d'y répondre. Or il n'existe aucune donnée sur le nombre de jeunes désirant être interne, dès lors qu'ils ont des besoins d'aide humaine, ni aucune donnée sur le nombre de jeunes qui ont quitté l'EN à 16 ans ces 5 dernières années s'ils n'ont pas fait de dossier MDPH.

Or pour connaître ces besoins avec efficacité, je dois savoir notamment :

- Le nombre d'enfants en situation de handicap accompagnés par l'EN, avec une déficience motrice et par secteur géographique
 - o Ceux pour qui l'EN est autonome dans l'accompagnement et qui sont inclus totalement
 - o Tous les autres, notamment ceux
 - qui ont 15 ans et plus pour qui l'EN n'aura plus d'orientation
 - qui n'ont pas d'accompagnement médicosocial en parallèle
- Le nombre de jeunes avec une déficience motrice accompagnés par les autres structures de formation
 - o Ceux pour qui les organismes sont autonomes et qui sont totalement inclus
 - o Tous les autres – Mais quels sont leurs besoins ?
- Les jeunes qui ont quitté l'EN dans les 5 dernières années après l'âge de 16 ans, croisé avec ceux qui ont quitté un SESSD, croisé avec ceux qui n'ont pas d'orientation MDPH, croisé avec ceux qui sont en liste d'attente dans des ESMS
 - o Combien et qui n'a pas de solutions ?
- Le nombre de jeunes en situation de handicap qui ne vont pas au périscolaire
 - o Analyse des raisons
- Les besoins des enseignants pour mieux assurer les missions de l'école inclusive
- Le nombre d'enfants qui ne vont pas à l'école de leur quartier
- Le nombre d'enfants qui ont des parcours de transport de plus de 20 minutes
- Le nombre de jeunes en situation de handicap qui ont entre 18 et 23 ans qui recherchent un emploi
 - o Typologie

Il faut que cette étude soit menée au regard de la définition d'inclusion que j'ai mentionnée au paragraphe 2.2.1

Loin de vouloir remplacer l'ARS, ni reprendre les missions que les Associations avaient avant 2009, je souhaite créer une dynamique de mise en commun de l'ensemble de ces besoins au sens large. Le fait de mener cette recherche en suivant le processus de l'innovation sociale permettra aux partenaires, une réflexivité sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap en inclusion, une prise de conscience sur les besoins exacts du public et des leurs, pour réaliser cet accompagnement de la meilleure manière. Cela nous permettra également de partager les limites des prérogatives et des contraintes de chacun. Cette démarche renforce les capacités de transformation sociale que possède maintenant l'établissement du fait de sa mutation.

Réflexion sur le comité de pilotage :

Créer un comité de pilotage du projet, sous la responsabilité de l'ARS et de l'EN, avec comme participants : le recteur d'académie et le secrétaire général d'académie, un représentant du Conseil régional, un représentant du Conseil départemental, le Président de l'université, un représentant du Comité d'entente régional handicap. La direction régionale APF et moi-même.

Rôle du comité de pilotage : Définition des objectifs de la démarche, définition de la temporalité, validation des grilles d'analyse, organisation de la compilation régionale des résultats, restitution des résultats, diffusion et essaimage de la démarche.

La restitution des résultats doit se faire sous la forme d'un colloque.

Les résultats de ce travail permettront, de nourrir le prochain SROMS 2018/2023 et le schéma académique tout comme le projet d'établissement.

Réflexion sur la création de sous-groupes de travail :

Pour mener à bien cette démarche je propose de créer, dans chaque département, des groupes d'innovation sociale. Ces groupes seront créés en fonction des classes d'âge des jeunes, soit : un groupe école primaire, un groupe collège, un groupe lycée, un groupe lycée professionnel/formation professionnelle, et un groupe enseignement supérieur, afin d'avoir une certaine homogénéité des publics accompagnés.

Ces groupes seront constitués dans les villes principales de la région : Belfort, Montbéliard, Besançon, Pontarlier, Dole, Lons le Saunier, Vesoul, Saint Claude ; afin de tenir compte des spécificités de chaque territoire.

Ces groupes seront composés des directeurs d'école, des enseignants accompagnant ces élèves, des AVSi, des enseignants de chaque ULIS, de l'inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'ASH, d'un représentant de famille en situation de handicap concerné, d'un représentant d'association de chacun des types de handicaps, un représentant des fédérations de parents d'élèves, un membre de la MDPH, un membre du Conseil départemental (en charge du transport spécialisé), un membre de la CAF, les directeurs de périscolaires rattachées aux écoles concernées et suivant les niveaux scolaire, d'un représentant du Conseil régional et d'ARIS Cap emploi... Cette liste n'est pas exhaustive.

Ces groupes seront animés soit par, un éducateur spécialisé, un gestionnaire d'appui ou un gestionnaire d'appui pédagogique de l'APF. Ces professionnels seront accompagnés par un salarié spécialisé dans le soin, qui sera en support, pour relancer les discussions

et « s'imprégner » des échanges plutôt que de participer activement. Un troisième professionnel APF aura la mission de prendre des notes et de rédiger le compte-rendu.

La démarche sera commune à ces groupes et sera définie par le comité de pilotage. La liste des membres de ces groupes sera définie par le comité de pilotage, mais je lui fais une proposition (Cf. Annexe 8)

Chacun des groupes aura pour mission de remonter à sa hiérarchie, le compte-rendu qui aura pour contenu minimum : nombre de personnes actuellement accompagnées/lieux géographiques selon une grille d'analyse partagée (qui doit séparer handicap moteur et handicap moteur + troubles associés), évaluation des besoins de ces jeunes dans un à deux ans (transport, aménagements, accompagnement, réorientation...), besoins du corps enseignant pour mieux accompagner (selon une grille d'analyse partagée).

Il sera nécessaire de ne solliciter que les professionnels des écoles accueillant du public en situation de handicap. L'EN possède un fichier à jour de ces écoles. Je considère que cette démarche à plus de sens si elle prend en considération toutes les déficiences confondues.

Organisation :

Cette démarche ne peut se faire que si elle est acceptée par l'ARS et l'inspection d'académie qui pourront mobiliser l'ensemble des partenaires.

Elle nécessite du temps de rencontre préalable et une ingénierie de projet conséquente. A cette fin, si ce projet est accepté sous cette forme par l'ARS, je propose de m'appuyer sur la fiche action n°8 du CPOM « Adapter l'accompagnement aux publics accueillis », objectif 8.3 – possibilité d'utiliser des Crédits non reconductibles CNR- pour recruter un chargé de mission en CDD de 2 ans pour organiser l'ingénierie de projet et la logistique afférente, ainsi que pour financer les frais logistique générés

Il faudra tout d'abord contacter l'ARS et l'EN avec un projet écrit détaillant l'origine de la démarche, le processus d'innovation sociale, et les objectifs poursuivis. Y détailler les moyens mis en œuvre, les modalités de fonctionnement et un budget prévisionnel sera également nécessaire. La démarche pourrait être portée intégralement par l'ARS, comme elle l'a fait, en Franche-Comté en ce qui concerne le thème « vivre chez soi avec une maladie chronique ou un handicap ». Dans ce cas, je devrai, ou l'APF devra, avoir une participation active sur plusieurs sujets (élaboration des grilles d'analyse, concept de l'inclusion...). Dans ce cas je préconiserai à l'ARS qu'il serait souhaitable que nous animions les groupes du fait de notre connaissance fine du handicap et du concept de l'inclusion.

Mon management doit en permanence être axé sur le développement de partenariats. Je dois porter et les équipes de l'IEM également, cet objectif auprès des partenaires, puisque l'innovation doit se construire ensemble. Tous les groupes de travail, groupes de réflexions doivent être alimentés et alimenter eux-mêmes les autres groupes ou rencontres, avec des retours permanents aux équipes sur ce que peut et doit être un accompagnement, ce que sont les besoins des personnes en situation de handicap, les contraintes des partenaires et les solutions envisagées. Il faut co-construire cet accompagnement inclusif.

Temporalité :

La présentation du pré-projet sous cette forme devra se faire à la direction régionale APF en mai 2016, si elle accepte, il faudra présenter ce projet à l'ARS et à l'EN en juin 2016, pour un début d'organisation de l'ingénierie en novembre 2016, un début de mise en œuvre en mars 2017 et une restitution des besoins en juin 2017.

Formation :

Les animateurs de groupes au niveau de l'APF devront suivre les formations 1 à 4 que j'ai mentionnées dans le chapitre 2. Des réunions préparatoires devront être menées afin que chaque animateur de groupe maîtrise la posture adaptée à ce genre d'exercice et perçoive clairement la finalité du travail.

Communication :

Ce projet relève d'une communication extrêmement importante qui dépendra de nombreux partenaires. Elle nécessite un travail approfondi qui ne peut être intégré en totalité dans ce mémoire.

En priorité, il faut créer un dossier décrivant le projet et le porter auprès de l'ARS et de l'académie de Bourgogne/Franche-Comté. Des appuis des directeurs de MDPH et du Comité d'entente régional seront à rechercher.

Ensuite, la communication sera à organiser avec les partenaires principaux : ARS et académie. De nombreux supports d'invitation, de grilles d'analyses et de comptes-rendus seront à élaborer : tout dépendra du porteur de projet.

La journée de restitution sera un colloque à part entière à organiser, rassemblant à la fois tous les participants des groupes, mais également l'ensemble des personnes intéressées et concernées.

Bien entendu, le site et la page Facebook de l'établissement devront relayer cette action.

L'intégralité des moyens de communication interne de l'établissement seront utilisés. Cette démarche doit être porteuse d'un élan de coopération à l'échelle de l'ensemble de l'établissement.

Evaluation

Les critères d'évaluation ne sont pas les mêmes s'il s'agit d'un portage ARS ou d'un portage APF.

Il me semble que trois critères seraient tout de même :

- La pertinence de la démarche d'innovation sociale
- L'efficacité des informations récoltées
- La faisabilité d'une telle démarche

3.3.2 Co-construire le projet d'établissement

Comme je le mentionnais dans le paragraphe 2.2.3, le projet d'établissement permet de définir les axes prioritaires des modalités d'accompagnement et les moyens pour y parvenir. Il constituerait donc un préalable à la construction d'un nouvel organigramme. Je décide toutefois, au niveau temporel, de traiter en priorité la poursuite des objectifs du NPE en termes de gestion des ressources humaines (paragraphe 3.2.2) afin de stabiliser le fonctionnement de l'établissement et de rassurer les équipes. Mon choix de porter une dynamique partenariale très forte ne peut pas se faire avec des équipes inquiètes quant à leur avenir. Etant donné le caractère mouvant de l'environnement (le changement des attentes des personnes, la réglementation qui fait « bouger » les frontières des territoires...), l'organigramme sera inévitablement amené à évoluer encore par la suite. Le fait de l'avoir stabilisé un temps n'est pas rédhibitoire. Je décide de mettre en œuvre ce travail à compter d'avril 2017. En effet, j'ai déjà défini d'autres priorités qui prennent du temps aux équipes jusque fin 2016 et la construction du projet doit se faire à la fin de l'étude des besoins. Je pense qu'il est judicieux de ne pas « brusquer » les salariés si je veux que la construction du projet d'établissement soit réellement participative et se construise avec les partenaires. Je commencerai la démarche d'écriture du projet d'établissement dans une temporalité légèrement décalée de celle de la connaissance des besoins, puisque les deux sont liées.

L'écriture du projet d'établissement doit se faire en cohérence avec celle des autres structures enfance du CPOM. Je dois donc demander à ma hiérarchie de créer et d'animer un groupe de travail constitué des 4 directeurs du CPOM et de la RROS.

Objectifs : Définition d'éléments communs constituant les projets d'établissements des structures enfants et adultes du CPOM : Inclusion, innovation sociale, modélisation de

types d'accompagnements efficaces au plus près des besoins des personnes à l'échelle de la Franche-Comté. Le travail s'appuiera sur les résultats publiés au cours du colloque sur les besoins du mois de juin 2017.

Une fois ces grands axes validés, je pourrai procéder, avec les équipes au travail d'écriture du projet d'établissement. Il devra bien entendu, être unique pour le « dispositif IEM » et prendre en compte les dimensions définies avec mes collègues et arrêtées par la direction régionale.

Poursuite des groupes de travail :

Les groupes de travail d'évaluation des besoins seront à nouveau mobilisés, mais cette fois-ci, directement par l'établissement. En partant de l'analyse des besoins régionaux, déclinés sur le territoire de l'IEM, et éclairés par les situations singulières décrites par les précédentes rencontres, ces groupes auront pour mission de participer à la co-construction des réponses. Les personnels de l'IEM précédemment en soutien à l'intérieur de ces groupes auront pour mission, cette fois-ci, de faire reformuler les idées en demandes précises.

Création de groupes de travail internes à l'établissement :

Sur la base des comptes-rendus des groupes de travail externes, sur la base des orientations régionales, je construis 3 groupes de travail internes mélangeant les différents secteurs de l'IEM. Un autre groupe sera constitué des personnes volontaires au niveau du CVS et un groupe animé par des éducateurs pour mobiliser les jeunes internes. En deux réunions, ces groupes devraient pouvoir alimenter le comité de direction que je mobiliserai sur un travail d'élaboration d'une projection de l'offre en fonction de l'évolution possible des moyens humains et logistiques.

Je pourrai ainsi terminer l'écriture du projet d'établissement qui nous donnera les axes à suivre pour les 5 années à venir.

Temporalité :

La planification doit se faire en même temps que celle du projet « étude des besoins », puisque les deux sont intimement liés. Le début de la mise en œuvre sera en septembre 2017. Le comité des directeurs devra être opérationnel en mai 2017 pour déterminer le mode de travail et les objectifs à atteindre. La définition des axes communs régionaux devra être effective début septembre 2017 et se fera sur les bases des besoins détaillés au cours du colloque de juin 2017.

Je prévois deux réunions des groupes externes en septembre et octobre, et ensuite deux réunions des personnels en octobre/novembre, et un travail du comité de direction en

novembre/décembre. Je terminerai l'écriture du projet d'établissement fin 2017. Cette date devrait correspondre avec la livraison des nouveaux bâtiments.

Evaluation :

Pour cette partie écriture du projet je définis les critères suivants :

- L'impact de la démarche sur les professionnels
- L'impact de la démarche sur les partenaires
- L'efficacité de la démarche

3.3.3 Diffuser l'expérimentation pour modéliser une réponse

Objectifs : faire reconnaître l'expérimentation au niveau extrarégional et national afin de modéliser et faire reconnaître la démarche.

Sous-objectifs : valoriser l'ensemble des participants et faire naître un sentiment d'appartenance à la co-construction d'un projet dont l'envergure dépasse les intérêts des organisations, en faveur du public en situation de handicap au sens large.

Pérenniser la démarche et développer une dynamique d'adaptation permanente

Comité de pilotage : tout au long de la mise en œuvre du projet, le comité de pilotage du projet innovation sociale devra avoir comme objectif la diffusion de la démarche à un niveau supra régional et donc de développer une stratégie de participation à des colloques nationaux, séminaires, de diffusions d'articles de presse (grand public mais surtout spécialisée).

Il sera possible de réactiver un sous-groupe par département, animé par l'étudiant en sociologie dont je fais mention dans la partie 3.2.3 pour étudier les cheminements vécus par les participants, capitaliser sur cette base et s'en servir de support de diffusion.

Il serait souhaitable que l'étudiant en thèse interviewe les acteurs de ce projet au sein de l'établissement.

Je dois prévoir des groupes de travail (deux rencontres par groupes) pour analyser le projet et ce qu'il leur a apporté : cela rejoint les critères d'impacts que je définis pour l'évaluation du sous chapitre précédent.

Je dois également prévoir de missionner quelques membres actifs de l'équipe pour écrire et capitaliser sur l'organisation de ce projet.

Communication :

Organisation d'un colloque régional sur cette expérience menée autour de la démarche de connaissance des besoins des personnes en situation de handicap.

Des échanges nombreux avec l'étudiant en thèse devront être organisés avec l'établissement.

Mise à jour du site de l'établissement sur :

- L'innovation sociale et le portage du projet
- Les formes d'accompagnements possibles proposés par l'établissement avec mise en ligne de l'ensemble des outils 2002-2
- Liens Internet exhaustifs d'autres structures institutionnelles ou Associatives liées à la scolarisation, le soin et l'hébergement pour les personnes en situation de handicap en Franche-Comté
- Témoignage de membres ayant participé à cette démarche.

Participation des salariés actifs dans cette démarche à des colloques pour diffuser leur expérience.

Temporalité :

Ce travail sera construit tout au long de la démarche projet qui est menée. Elle sera ensuite analysée à compter de début 2018 : il faudra compter jusqu'au deuxième semestre 2018, à minima, pour la rendre modélisable (réflexion personnelle sur le processus – résultats – intérêt collectif et personnel)

Evaluation :

Je définis des critères d'évaluation qui pourraient être les suivants :

- La durabilité de la démarche
- L'impact
- La pertinence

Conclusion

Dans ce travail de mémoire, j'élabore une stratégie et un plan d'action qui permettent au dispositif IEM de faire vivre son projet : doter l'établissement des moyens de connaître de façon fine et précise l'ensemble des besoins sur son territoire, et de porter une dynamique partenariale.

Le changement qu'a subi l'établissement ces trois dernières années l'a fragilisé, mais l'a enrichi d'une formidable dimension de transformation sociale. D'un fonctionnement ancien, il est passé à une activité résolument moderne. La mission du directeur est, dans ce cas, d'accompagner les équipes, les usagers et les partenaires dans ce changement déstabilisant.

Pour ce faire, je développe un sous projet d'offre de logement, visible auprès des partenaires et des personnes concernées. Cette réponse immédiate à des besoins identifiés me permet de rassurer l'ensemble des acteurs sur l'intérêt des transformations mises en œuvre. Ensuite, je stabilise l'organisation en redéfinissant l'organigramme et les missions de chaque professionnel, et je mobilise les équipes pour rénover les documents réglementaires et les procédures. Enfin, j'active la capacité de transformation sociale que vient d'acquérir l'établissement pour résoudre le point de blocage principal au développement de l'offre de la structure : le manque de connaissance des besoins au sens large. Je me positionne comme partenaire des institutions et les invite à créer une dynamique de travail collective pour résoudre cette situation ensemble, et ainsi en profiter pour sensibiliser les partenaires au concept de l'inclusion. De cette manière je donne à l'établissement les moyens de construire son projet d'établissement au plus près des besoins.

Etant donné la problématique de fragilité de l'établissement, j'aurais pu choisir de ne traiter que de sa stabilisation et ainsi me faciliter ce travail de réflexion. Cela n'a pas été mon choix, car le problème de la méconnaissance des besoins est rédhibitoire pour adapter correctement l'offre aux besoins. Pour assumer ma fonction de direction, je ne peux faire l'impasse sur ce point. De ce fait, le sujet à traiter est large dans ce type d'exercice.

Lorsque j'ai choisi l'IEM comme sujet de mémoire, en septembre 2015, j'avais la possibilité de m'y rendre, en stage, un jour par semaine. Ainsi j'ai pu y faire mon propre diagnostic de façon précise. Lorsque j'ai commencé à définir la problématique de mon mémoire, j'ai dû quitter la région du fait d'une mutation professionnelle. Ne pouvant plus du tout m'y rendre, du fait de l'éloignement géographique et de la charge de travail créée par ma nouvelle prise de poste, j'ai décidé, de ne pas accompagner la nouvelle direction

dans la définition de la stratégie, mais de m'éloigner d'elle pour imaginer mon propre plan d'action. Je n'ai pas souhaité reprendre contact avec elle avant la fin de l'écriture de mon mémoire afin de ne pas être tenté de reprendre les idées de son plan d'action. Ainsi, mon travail d'élaboration de la stratégie de pilotage de l'IEM est fictif, mais s'appuie sur un diagnostic solide. J'ai repris contact avec ma collègue il y a quelques semaines et je peux, maintenant, comparer ses choix avec ceux que je développe. Elle a pris certaines options identiques aux miennes : réajuster l'organigramme, élaborer en priorité les outils 2002-2 et solutionner les problèmes de limites de financements. Comme moi, elle ne s'attachera à rédiger le projet d'établissement que dans un deuxième temps, non pas du fait qu'elle ait déployé une offre inclusive de logements, mais du fait que l'ARS lui ait demandé au mois de juin dernier d'avancer les évaluations externes d'un an. Nous échangerons par la suite sur la manière avec laquelle elle a mis en œuvre son plan d'action et elle pourra s'inspirer de mes travaux.

Il est difficile d'élaborer une stratégie sans la partager avec ses équipes et sans la confronter aux réalités du quotidien. C'est certainement une des faiblesses qui se ressent dans ce document.

Ce travail d'élaboration d'un mémoire CAFDES me renvoie à la complexité au sens large. La complexité de faire un diagnostic que l'on veut le plus complet possible : territoire, besoins, typologie des usagers, la structure et l'organisation de son fonctionnement. La complexité de vouloir tout traiter afin d'en faire l'établissement au fonctionnement idéal. La complexité de ne pouvoir tout aborder en 80 pages. Bien entendu, en poste de direction j'aurais dû prioriser les actions, les journées ne faisant que 24 heures et les équipes sachant nous rappeler la surcharge de travail.

Enfin lors de l'écriture de ce mémoire, j'ai fait cette rencontre avec le processus de l'innovation sociale. Je le mets facilement en parallèle avec une action que l'ARS Franche-Comté a porté en 2015 en organisant 9 débats publics dans différentes villes de Franche-Comté sur la thématique « Vivre chez-soi avec une maladie chronique ou un handicap » qui prouve qu'il est possible d'organiser des consultations à grande échelle. Le directeur d'un établissement se doit de partager un rêve avec ses équipes pour les amener à se dépasser et qu'elles trouvent du sens à leur action. Ce « rêve » d'une grande consultation régionale, menée sous la forme de l'innovation sociale, je vais le porter auprès de la direction régionale APF Bourgogne/Franche-Comté afin qu'il se concrétise. Ce mémoire en est la première pierre, je sais que cette partie demande à être traitée en profondeur.

Bibliographie

Ouvrages :

BERNOUX P, février 2014, La sociologie des organisations, 6eme édition, Paris : Editions points, 466 pages

FOUDRIAT M., 7 avril 2011, Sociologie des organisations, 3^{eme} édition, PEARSON EDUCATION, 352 pages

GUIEZE G., *L'inclusion : conditions et obstacles*, Intervention aux Etats Régionaux de l'Inclusion Auvergne APF, 14 février 2013

LOHER A. mars 2015, Autonomie et handicap moteur, Représentations et accompagnements, 2eme édition revue augmentée, Clamecy : Chronique sociale, 136 pages

MARAQUIN C, Octobre 2009, Recherche action Inventer l'accompagnement des adolescents en situation de handicap moteur en SESSD, APF Formation n°17, Paris

MIRAMON J.M., janvier 2009 – Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, *Presses EHESP*, 152 PAGES, ISBN : 978-2-85952-951-2

RICHEZ-BATTESTI N., PETRELLA F., VALLADE D., 2012, L'innovation sociale, acteurs et système, *Revue innovations* 2012/2 (n°38), De Boeck supérieur,

MOINE A., SORITA N., 29 mai 2015, Travail social et territoire : concept, méthode, outils, Rennes : Presse de l'EHESP, 248 pages

SOUCHARD N., BONNY Y., PENVEN A. MUNOZ J., FONTIER V., mars 2013, La Fabrique du social – Expérimentation et innovation sociale, 107 pages - *rapport final*, *Programme de recherche ASOSc* (2010-2012) disponible sur internet <http://recherche-action.fr/lab-social>

Rapports

BLANC P., Mai 2011, *La scolarisation des enfants handicapés*–, Rapport au Président de la République, La documentation française, 64pages

PIVETAU D., « 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. »

en ligne : 23 juin 2014.site éditeur www.social-sante.gouv.fr.

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), 22 mai 2001, Bibliothèque de l'OMS, Genève, ISBN 92 4 254542 2,304 pages

Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée le 13 décembre 2006 par l'ONU, 38 pages, <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

Conseil de l'Europe, Recommandation du Comité des ministres du Conseil de l'Europe n°CM/Rec (2010) 2 du 3 février 2010 relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité [en ligne] disponible sur <http://blogs.lexpress.fr/the-autist/files/2013/09/recomandations-conseil-europe-pdf.pdf>

ANESM, Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement, mai 2010, 78 pages en ligne sur le site <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

ANESM, L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), février 2011, 92 pages, en ligne sur <http://www.anesm.santé.gouv.fr/>

APF, Statuts de l'Association des Paralysés de France, [en ligne] disponible sur http://dcd.r.blogs.apf.asso.fr/files/DOC/APF_Statuts.pdf

APF, Charte de l'Association des Paralysés de France, [en ligne] disponible sur <http://www.apf.asso.fr/left-presentation/left-presentation-chartre>

APF, Plaidoyer de l'Association des paralysés de France, 13.04.2010, *Construire une société ouverte à tous*, 7 pages, [en ligne], disponible sur <http://plaidoyer.blogs.apf.asso.fr/media/02/02/309411148.pdf>

Textes règlementaires

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, JORF du 1 juillet 1975 page 6596 – Chapitre 1^{er} : dispositions relatives aux enfants et adolescents handicapés

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002 page 124

Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées JORF n°36 du 12 février 2005 page 2353

Loi 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 , JORF n°296 du 22 décembre 2006 page 19315 – Article 85 – modifiant l'article L312-8 du CASF

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi HPST), JORF 22juillet 2009, p12184

Loi 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, JORF n°0157 du 9 juillet 2013 page 11379

Loi 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire, JORF n°0176 du 1 août 2014 page 12666

LOI n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, JORF n°0182 du 8 août 2015 page 13705

Loi 2015 – 1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, JORF n°0301 du 29 décembre 2015 page 24268

Ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées, JORF n°0224 du 27 septembre 2014 page 15732 CASF, Code de l'action sociale et des familles, Légifrance

Circulaire n° 90-082 du 9 avril 1990, l'éducation nationale sur les Réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficultés (RASED)

Circulaire 91-304 du 18 novembre 1991. Scolarisation des enfants handicapés à l'école primaire Classes d'intégration scolaire (CLIS).

Circulaire 95-125 du 17 mai 1995 Mise en place de dispositifs permettant des regroupements pédagogiques d'adolescents présentant un handicap mental, les UPI

Circulaire n°95-125 du 17 mai 1995, Scolarisation des élèves handicapés dans les établissements du second degré et développement des unités pédagogiques d'intégration (UPI)

Circulaire n° 2015-129 du 21-8-2015 MENESR, Scolarisation des élèves en situation de handicap-unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degré

Textes à portée locale ou régionale

Schéma régional de l'offre médicosociale (SROMS) 2012/2017 ARS Franche-Comté, [en ligne] 146 pages, disponible sur http://www.ars.bourgogne-franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/ARS_Internet/publications/PRS/2012-5-SROMS.pdf

Décision ARS n°2015.682 portant fusion de l'IEM Thérèse Bonnaymé et du SESSAD de l'Aire Urbaine gérées par l'APF [en ligne], disponible sur <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/bourgogne-franche-comte>

Projet académique 2015-2019 [en ligne], disponible sur <http://www.ac-besancon.fr/spip.php?article6131>

SDOSMS Doubs 2013/2017, Conseil départemental du Doubs [en ligne], disponible sur <http://www2.doubs.fr/index.php>

Schéma départemental Territoire de Belfort 2012/2016, Conseil départemental du Territoire de Belfort [en ligne], disponible sur <http://www.territoiredebelfort.fr/>

Observatoire social départemental Edition 2015, Territoire de Belfort, Conseil départemental du Territoire de Belfort [en ligne], disponible sur <http://www.territoiredebelfort.fr/>

Convention cadre entre l'Académie de Besançon et l'Agence régionale de santé, [en ligne], disponible sur <http://www.ars.franche-comte.sante.fr/>

Liste des annexes

Annexe 1 :

Extraits du SROMS Franche-Comté 2012/2017 ARS de Franche-Comté

Annexe 2 :

Présentation du NPE

Annexe 3 :

Organigramme du NPE

Annexe 4 :

Tableau des effectifs cibles Dispositif IEM

Annexe 5 :

CPOM Dispositif IEM (extrait)

Annexe 6 :

Offre de logements inclusifs - Indicateurs de suivi calendrier 2016/2017

Annexe 7 :

Indicateurs d'activité à proposer à l'ARS

Annexe 8 :

Proposition de composition des groupes Innovation sociale - analyse des besoins

Même si des progrès importants ont été constatés en matière de scolarisation des enfants et jeunes handicapés, la collaboration entre l'Education nationale et le secteur médico-social est à renforcer. Il s'agit de promouvoir une logique de parcours individualisé, d'organiser l'accompagnement, de mettre en place des dispositifs souples et adaptés aux besoins de chaque élève.

L'intégration scolaire en milieu ordinaire implique une articulation forte entre l'Education nationale et l'ARS.

Page 76/146

3.3. Favoriser la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire

L'Académie de Besançon et l'ARS de Franche-Comté ont décidé de renforcer leur partenariat par la définition d'objectifs communs et la déclinaison d'un programme d'actions régional inter départemental sur la base d'une convention cadre. Il s'agit de développer la coopération et la concertation à différents stades : en matière d'évaluation des besoins, en matière d'offre de services, en matière d'information, de sensibilisation, en matière de formation, en matière de communication.



PRS FC / SROMS / Fiche Soutenir le maintien à domicile
Janvier 2012

83 / 146

La mise en œuvre de cette convention implique de développement en partenariat avec les collectivités territoriales et plus particulièrement les conseils généraux et les Maisons départementales des personnes handicapées.

Pages 83 et 84/146

- Une prise en charge et un accompagnement individualisé garantissant le projet de vie de la personne

Pour les enfants handicapés, il s'agit de garantir, un projet de vie conciliant les souhaits d'intégration et d'autonomie des parents, ainsi qu'un accompagnement médico-social correspondant à une prise en charge du handicap de qualité.

Ce besoin se traduit par une forte demande de modulation des prises en charge en fonction de l'évolution de l'enfant: accueil en internat ou en externat, accueil séquentiel ou temporaire,...

Il faut noter que le contexte législatif actuel ne permet pas cette modulation des prises en charge sauf formules dérogatoires posées au niveau des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Page 88/146

Le redéploiement de places en SESSAD

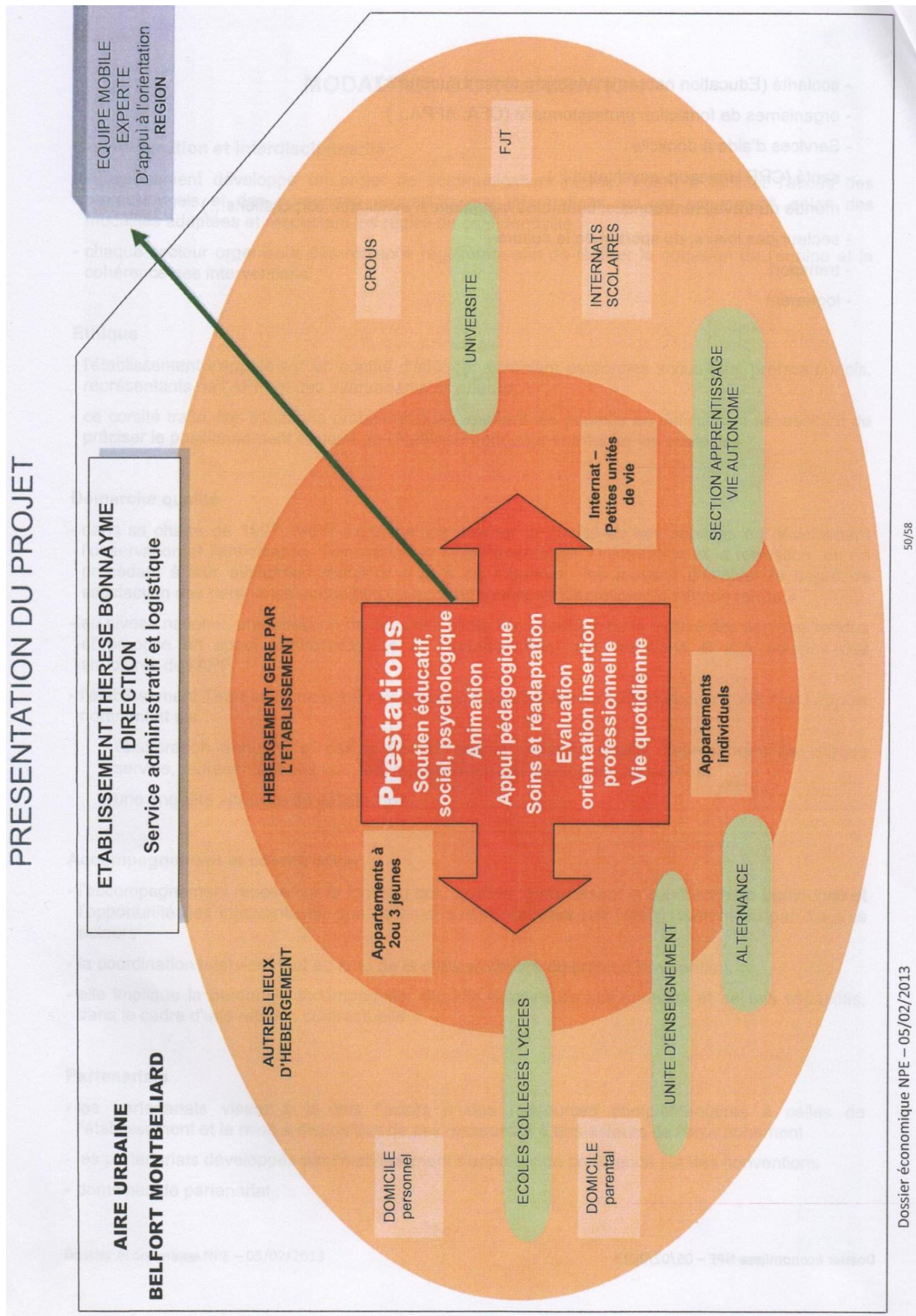
Dés 2005, les DDASS conscientes que les départements bénéficiaient d'un relativement bon taux d'équipement pour la prise en charge des enfants handicapés mais que ces équipements établissements ou services n'étaient probablement plus tous adaptés aux besoins, ont inscrit leurs actions dans des processus de reconversion d'un certain nombre de places d'IME, en places de services pour accompagner le maintien dans l'environnement familial et la scolarisation .En effet, un besoin fort d'accompagnement médico-social de l'enfant dans son parcours d'intégration scolaire en milieu ordinaire était constaté.

La diversification des modes d'accompagnement est bien engagée au niveau de la région puisque en 2008 la part des services (SESSAD) sur la totalité des places installées pour les enfants est de 28% contre 26% pour la France entière.

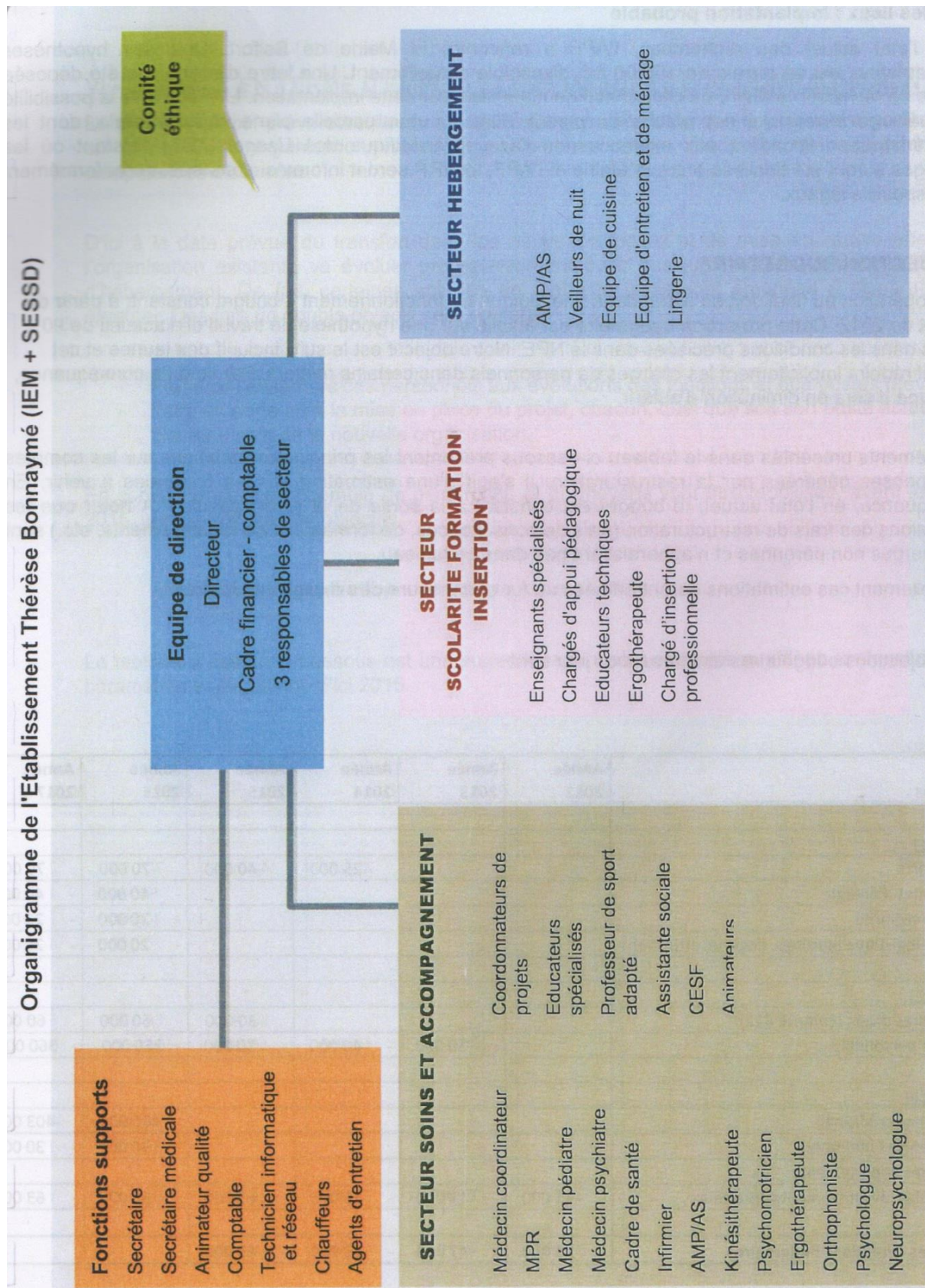
Dans l'état actuel des données disponibles, le nombre de places en IME à redéployer en SESSAD.est difficilement quantifiable. Des critères d'évaluation pertinents sont à définir.

Page 93/146

Annexe 2 : Présentation du NPE



Annexe 3 : Organigramme initial du NPE



Annexe 4 : Tableau des effectifs cibles Dispositif IEM

Projection de l'organigramme du nouveau dispositif IEM - SESSD

Métier	ETP après restructuration
Secteur soin et accompagnement	
Coordinateur de projet	1,5
Médecin coordinateur	0,4
MPR	0,2
Médecin pédiatre	0,1
Médecin psychiatre	0,1
IDE	2,5
AMP-AS	2
Kinés	5
Psychomotriciens	1
Ergo	3
Orthophoniste	2
Psychologue	2
Neuropsychologue	1
Professeur de sport adapté	0,5
Assistante sociale	1
Edicateurs	4
CESF	1,5
Animateur	1
Total	28,8
Ratio pour 90 jeunes	0,32
Secteur scolarité, formation et insertion	
Chargé d'appui	1
Educateur spécialisé	2
Ergonome	0,5
Chargé d'appui pédagogique	1
Chargé d'insertion professionnelle	1,5
Educateur spécialisé chargé PAVA	1,5
CESF	0,5
Total	8
Ratio	0,09
Secteur hébergement	
AMP-AS	10
Educateur spécialisé	1,5
Veilleur de nuit	2,6
Equipe cuisine et lingerie	2
Total	16,1
Ratio	0,18
Section administration et logistique	
Chef d'établissement	1
Chef de secteur	3
Cadre administratif	1
Secrétaires et comptables	3
Technicien informatique et réseau	0,5
Chauffeur	1,5
Animateur qualité	0,2
Agent d'entretien (entretien/ménage)	2,5
Total	12,7
Ratio	0,141
Total ETP	65,6
Ratio des personnels pour 90 usagers	0,73

Annexe 5 : CPOM Dispositif IEM (extrait – la suite du document est confidentielle)

OBJECTIF GENERAL n° 1 : Adaptation de l'offre aux besoins		Responsable de la fiche action : Directeur IEM 90
		Début – Fin de mise en œuvre : 2016-2020
Fiche action n°1		
« Stabiliser le nouveau mode de fonctionnement de l'IEM 90 »		
Constats (Diagnostic de départ / Situation actuelle)	Situation attendue	
<ul style="list-style-type: none"> • L'IEM et le SESSD 90 ont réalisés une refonte complète de leur fonctionnement dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau projet d'établissement de Juin 2012 • L'adaptation de l'organisation n'est pas totalement achevée en matière RH et architecturale. • L'activité, les compétences et le modèle économique sont à stabiliser. <p style="text-align: right;">CF diagnostic partagé diapo 52 et 89</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabiliser le fonctionnement et l'activité ▪ Intégrer les nouveaux locaux ▪ S'assurer de nouvelles admissions ▪ Réaliser l'évaluation externe ▪ Mettre à jour le projet d'établissement et tous les documents loi 2002 ▪ Inscrire l'établissement dans le territoire (partenariat) 	

Nouvelle offre de logements inclusifs

Indicateurs de suivi du calendrier 2016/2017

Au mois de juin 2016 :

- Un document synthétisant l'offre de type « livret d'accueil » spécifique au projet de logements autonomes existe (oui/non) – ce dernier sera créé en attendant le livret d'accueil définitif de la structure
- Une liste exhaustive des partenaires potentiels existe (oui/non)
- Tous ces partenaires ont reçu une communication (oui/non)
- Tous ces partenaires ont été rencontrés (oui/non – pourquoi)
- Des jeunes ont été identifiés par les partenaires (oui/non – pourquoi)
- Les jeunes ont été rencontrés (oui/non – pourquoi)
- Des orientations sont proposées par les 3 MDPH concernées (oui/non – lesquelles pourquoi)
- Des lieux d'hébergement sont identifiés (oui/non – pourquoi)
- Les équipes sont missionnées pour préparer des modalités d'accompagnement (oui/non – pourquoi)
- Les délégations sont écrites et suivies (oui/non)

Fin septembre 2016 :

- Nombre de jeunes majeurs accompagnés dans des hébergements inclusifs (scolarisés/non scolarisés) par rapport aux chiffres cibles
- Nombre de conventions signées avec les partenaires accueillant un jeune
- Un projet d'accueil individualisé est signé avec chaque jeune (oui/non)
- L'établissement a défini les modalités d'accompagnement de ces jeunes (étude qualitative en équipe en fonction des projets individuels), celle-ci a été validée par le Comité de pilotage
- Une communication média est réalisée : nombre de passage médias (oui/non – nombre)
- Le site internet et la page Facebook sont à jour (oui/non)
- Les partenaires qui accueillent des personnes en situation de handicap suivis par l'établissement sont rencontrés et les premiers éléments permettant de définir la collaboration sont abordés (oui/non)

Annexe 6 (suite) : Offre de logements inclusifs - Indicateurs de suivi calendrier
2016/2017

Fin octobre 2016 :

- Les partenaires qui n'accueillent pas de personnes handicapées sont rencontrés afin d'en évaluer la raison (création d'un outil d'évaluation) (oui/non – pourquoi)

Décembre 2016 :

- Une nouvelle définition de l'offre avec l'ensemble des déclinaisons possibles est réalisée en collaboration avec les partenaires intéressés. (oui/non – pourquoi)

Janvier 2017 :

- La nouvelle offre est publiée auprès de tous les partenaires potentiels – la liste des partenaires est remise à jour (oui/non – pourquoi)
- Le site internet et la page Facebook sont à jour (oui/non)

Avril à mai 2017 :

- Des candidats sont rencontrés pour présenter ce mode d'accompagnement (oui/non – pourquoi)

Juin 2017 :

- La MDPH a prononcé des orientations (nombre)

Proposition d'indicateurs d'activité

- Caractérisation du public selon les critères ANAP : Age, sexe, type de déficience...
- Liste d'attente
- File active
- Taux d'occupation sur chaque mode d'accueil
 - o Nombre de jeunes sur le secteur soins (au 31/12 et dans l'année)
 - o Nombre de jeunes sur l'activité accompagnement (au 31/12 et dans l'année)
 - o Nombre de jeunes en programme PAVA (formation interne) (au 31/12 et dans l'année)
 - o Nombre de jeunes hébergés (au 31/12 et dans l'année)
 - Dans des dispositifs de droit commun (hors famille) - (au 31/12 et dans l'année)
 - Dans la structure physique IEM (Internat/semi internat/séquentiel) –
 - nombre de nuitées - caractérisation du mode séquentiel (vacances/scolaire/weekend) - (au 31/12 et dans l'année)
 - Dans des appartements en ville – (au 31/12 et dans l'année)
 - o Nombre de jeunes avec des orientations à modalités de scolarisation variables (au 31/12 et dans l'année)
- Nombre de séances réalisées en soin (spécification pour individuelles et collectives)
- Nombre de consultations spécialisées à l'hôpital et au centre de rééducation fonctionnel de proximité
- Nombre de séances réalisées en accompagnement (spécification pour individuelles et collectives)
- Nombre d'élèves scolarisés à l'externe – nombre d'établissements concernés
- Nombre d'établissement sur Belfort – nombre d'établissements à plus de 15 kilomètre de Belfort, nombre d'établissements à plus de 30 kilomètres de Belfort
- Nombre de conventions signées avec les établissements
- Nombre de kilomètres moyen par enfant
- Nombre d'interventions individuelles en direction du corps enseignant
- Nombre d'interventions collectives en direction du corps enseignant

Annexe 8 : Proposition de composition des groupes Innovation sociale
Analyse des besoins

Proposition de composition des groupes innovation sociale

Ecoles primaires :

Les directeurs d'écoles maternelles et primaires, et au moins un enseignant et un AVSi de cette école et un enseignant de chaque ULIS école

L'inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'ASH

Un représentant de famille en situation de handicap concerné, un représentant d'Association de chacun des types de handicap.

Un représentant des fédérations de parents d'élèves.

Un membre de la MDPH et un du Conseil départemental (transport spécialisé)

Un membre de la CAF

Les directeurs de périscolaires rattachées aux écoles concernées

Collèges et lycées :

Le principal de chaque collège, un des conseillers principaux d'éducation, un enseignant d'ULIS collège/lycée, au moins un enseignant de classe accueillant un élève en situation de handicap et au moins un AVSi.

L'inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'ASH

Un représentant de famille en situation de handicap concerné, un représentant d'Association de chacun des types de handicap

Un représentant des fédérations de parents d'élèves

Un membre de la MDPH et un du Conseil départemental (transport spécialisé)

Un membre de la CAF

Un représentant handisport.

Groupe lycée professionnel/formation professionnelle :

Même composition que le groupe collège avec en plus :

Directeur des établissements AFPA, GRETA, Maisons familiales et rurales

Représentant ARIS Cap Emploi

Représentant du Conseil régional

Un membre représentant de chaque Association gestionnaire de formation professionnelle handicap

KAUFFMANN	Etienne	Septembre 2016
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Franche-Comté</p>		
<p align="center">Piloter la mise en œuvre du nouvel agrément dispositif IEM</p> <p align="center"><i>Développer une logique d'innovation sociale pour adapter de façon continue les réponses à l'évolution des besoins et du territoire</i></p>		
<p>Résumé :</p> <p>Malgré un nouveau projet ambitieux, répondant totalement aux orientations des politiques publiques et aux aspirations des jeunes en situation de handicap, le dispositif IEM doit faire face à des risques qui peuvent l'empêcher d'atteindre sa cible.</p> <p>En effet, pour la première fois en France, un « dispositif » n'est pas un regroupement de plusieurs structures portant individuellement un agrément, mais une fusion de deux autorisations. Les limites de financement des aides légales risquent alors d'empêcher la fluidité des parcours des usagers. De plus, l'établissement est fragilisé du fait de sa récente transformation. Par ailleurs, le décalage de temporalité entre la livraison de la nouvelle construction et la mise en œuvre du nouveau projet amène une baisse des effectifs qu'il sera difficile de juguler devant l'absence d'information sur les besoins par les partenaires.</p> <p>Comment, avec une temporalité décalée entre le projet et la construction, et un manque d'information sur les besoins par l'ensemble des partenaires, assurer un taux d'occupation acceptable à court terme et adapter l'offre de l'établissement à long terme ?</p> <p>Pour répondre à cette problématique, je décide de développer les collaborations avec les partenaires, d'échanger sur les représentations et limites de compétences de chacun pour solutionner les points de blocage et modéliser des réponses : C'est cela l'innovation sociale.</p> <p>Sur ce concept, j'élabore et je conduis une stratégie qui me permet de mobiliser les équipes sous un angle moderne et novateur. Le développement rapide d'une offre de logements inclusifs et la stabilisation de l'organigramme autorisent alors de développer les partenariats et de positionner l'établissement comme outil de transformation sociale au service de la scolarisation et de l'inclusion des jeunes en situation de handicap.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Besoins, CPOM, complexité, dispositif IEM, inclusion, innovation sociale, stabiliser, projet d'établissement, réflexivité, territoires</p>		
<p align="center"><i>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.</i></p>		