



**FAVORISER L'INCLUSION DES ENFANTS ET  
ADOLESCENTS DÉFICIENTS INTELLECTUELS EN  
ADAPTANT L'OFFRE DE SERVICE EN IME-SESSAD**

**LE CPOM COMME LEVIER STRATÉGIQUE POUR PROMOUVOIR LES  
PARCOURS ET RÉPONDRE À DE NOUVEAUX BESOINS SUR LE  
TERRITOIRE**

*Bruno CHESNEAU*

2015

*cafedes*



---

# Remerciements

---

Le CAFDES implique un cheminement professionnel et personnel très important. Cette construction a été possible parce que mon environnement l'a permis. Je tiens à remercier tous ceux qui, directement ou indirectement, m'ont soutenu dans cette démarche et période très intense.

J'adresse particulièrement mes remerciements à Madame DEMAISON Agnès, Directrice Générale des PEP18, qui m'a permis d'entrer en formation en m'accordant sa confiance et son soutien.

Je remercie aussi l'ensemble des professionnels de l'ITS de Tours et Madame GENTILHOMME Catherine, ma directrice de mémoire.

Enfin, j'adresse des remerciements bien spécifiques à ma femme et mes deux filles qui ont fait preuve d'un appui continu et sans faille. Elles m'ont apporté un soutien majeur dans cette expérience. Le CAFDES est aussi formateur dans cette sphère de la vie.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'enfant déficient intellectuel : un construit social.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 La déficience intellectuelle : un concept stigmatisant .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 De l'idiotie à la déficience intellectuelle.....	3
1.1.2 Un concept polymorphe.....	6
1.1.3 La déficience intellectuelle, un handicap mental.....	9
<b>1.2 L'enfant en situation de handicap et la société : un changement de paradigme .....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Une révolution sociétale : de la catégorie au sujet.....	11
1.2.2 Vers un nouveau paradigme .....	12
1.2.3 Un environnement réglementaire centré sur l'individu : analyse du contexte de l'intervention.....	15
<b>1.3 Le pôle enfant des PEP18 dans cette évolution .....</b>	<b>18</b>
1.3.1 Les PEP18 : une association qui s'est adaptée .....	18
1.3.2 Une nouvelle contractualisation en phase avec le changement de paradigme ..	23
1.3.3 Vers de nouveaux besoins sur le territoire.....	25
Conclusion de la première partie.....	28
<b>2 Répondre aux besoins du territoire par une adaptation des IME et du SESSAD : un projet de changement complexe .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 Un projet stratégique .....</b>	<b>29</b>
2.1.1 Le CPOM comme levier de changement dans un environnement stratégique....	29
2.1.2 Répondre aux besoins sur l'ensemble du territoire .....	32
2.1.3 Développer des offres variées et affirmer notre cœur de métier .....	34
<b>2.2 L'inclusion et la promotion de parcours sur un territoire : une dynamique au service de l'utilisateur .....</b>	<b>37</b>
2.2.1 L'inclusion : un concept pour accompagner le changement.....	37
2.2.2 Le parcours comme levier dans la dynamique du projet personnalisé .....	41
2.2.3 Le territoire : un système complexe vecteur d'inclusion .....	44
<b>2.3 Adapter nos dispositifs : un projet de changement pour les enfants et les adolescents déficients intellectuels.....</b>	<b>45</b>
2.3.1 I.M.E Barbès : transformer pour inclure les enfants en situation de handicap les plus lourds .....	48

2.3.2	SESSAD : développer l'inclusion socio-professionnelle des jeunes déficients intellectuels par un SESSAD Pro .....	49
2.3.3	IME de St Satur : s'adapter pour des réponses de proximité.....	51
2.3.4	Fermeture de l'IME hors-les-murs de Vierzon .....	51
	Conclusion de la seconde partie .....	53
<b>3</b>	<b>Un projet managérial pour conduire le changement et engager l'adaptation de l'offre de service.....</b>	<b>54</b>
<b>3.1</b>	<b>Un management par projet dans une dialectique de qualité et de performance .....</b>	<b>54</b>
3.1.1	Mon positionnement managérial .....	54
3.1.2	Le plan de communication : un facteur clé pour la réussite du changement.....	58
3.1.3	La méthodologie du projet.....	60
3.1.4	Pour une approche éthique de la qualité et de la performance .....	66
<b>3.2</b>	<b>Les ressources du projet .....</b>	<b>68</b>
3.2.1	Des adaptations pour une conformité réglementaire .....	68
3.2.2	Mobiliser une stratégie de gestion des ressources humaines.....	69
3.2.3	Se positionner dans une convergence tarifaire .....	71
3.2.4	L'environnement architectural : de nouveaux besoins .....	73
<b>3.3</b>	<b>Le plan d'action, sa planification et ses indicateurs d'évaluation.....</b>	<b>76</b>
3.3.1	L'accueil des enfants et des adolescents .....	77
3.3.2	Les mouvements des professionnels et leur temporalité .....	78
3.3.3	La mobilisation pour l'écriture des projets d'établissements .....	79
	Conclusion de la troisième partie .....	79
	<b>Conclusion .....</b>	<b>80</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>81</b>
	<b>Liste des figures et tableaux .....</b>	<b>86</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AEEH</b>	Allocation d'Education d'Enfant Handicapé
<b>ANAP</b>	Agence Nationale d'Appui à la Performance
<b>ANESM</b>	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CAMSP</b>	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des familles
<b>CDAPH</b>	Commission Départementale de l'Autonomie des Personnes Handicapées
<b>CE</b>	Comité d'Entreprise
<b>CHSCT</b>	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
<b>CIF</b>	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
<b>CIH</b>	Classification Internationale du Handicap
<b>CIM</b>	Classification Internationale des Maladies
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>CMPP</b>	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
<b>CNCPH</b>	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
<b>CNSA</b>	Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie
<b>COFIL</b>	Comité de PIlotage
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>CVS</b>	Conseil de la Vie Sociale
<b>DP</b>	Délégués du Personnel
<b>DSM</b>	Diagnostic and statistical Manual of mental disorders
<b>EA</b>	Entreprise Adaptée
<b>EPE</b>	Equipe Pluridisciplinaire
<b>ESAT</b>	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
<b>ESMS</b>	Etablissement Social et Médico-Social
<b>ETP</b>	Equivalent Temps plein
<b>FAM</b>	Foyer d'Accueil Médicalisé
<b>FH</b>	Foyer d'Hébergement
<b>FO</b>	Foyer Occupationnel
<b>FRI</b>	Fond de Roulement d'Investissement
<b>GEVA</b>	Guide d'Evaluation des besoins de compensation des personnes handicapées

<b>GEVA Sco</b>	Guide d'Evaluation des besoins de compensation en matière de SColarisation
<b>GPEC</b>	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
<b>HPST</b>	Hôpital Patients Santé Territoires
<b>IME</b>	Institut Médico-Educatif
<b>IGAS</b>	Inspection Générale des Affaires Sociales
<b>IRP</b>	Instances Représentatives du Personnel
<b>LOLF</b>	Loi Organique relative à la Loi de Finances
<b>MARPAHVIE</b>	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Handicapées Vieillissantes
<b>MAS</b>	Maison d'Accueil Spécialisé
<b>MASAP</b>	Maison d'Accueil Spécialisé pour Adultes Polyhandicapés
<b>MDPH</b>	Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PCH</b>	Prestation de Compensation du Handicap
<b>PE</b>	Projet d'Etablissement
<b>PEP</b>	Pupilles de l'Enseignement Public
<b>PPH</b>	Processus de Production du Handicap
<b>PPS</b>	Projet Personnalisé de Scolarisation
<b>PRIAC</b>	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
<b>PRS</b>	Programme Régional de la Santé
<b>PS</b>	Projet de Service
<b>PSRS</b>	Plan Stratégique Régional de Santé
<b>PTS</b>	Programme Territorial de Santé
<b>QI</b>	Quotient Intellectuel
<b>RBPP</b>	Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles
<b>RH</b>	Ressources Humaines
<b>RMI</b>	Revenu Minimum d'Insertion
<b>SAESAT</b>	Section Annexe aux ESAT
<b>SAVS</b>	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
<b>SESSAD</b>	Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile
<b>SO</b>	Section Occupationnelle
<b>SROMS</b>	Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale

## Introduction

La question de l'accompagnement de personnes vulnérables pour « une place » dans la société m'a toujours animé. En 1989, j'ai rédigé mon premier mémoire dans le cadre d'une formation de travail social qui s'intitulait : « l'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire ». Finalement, cette question ne m'a jamais quitté et j'entre dans cette nouvelle démarche de problématisation à partir du concept qui est maintenant « l'inclusion ». Je m'attarderai sur cette transition conceptuelle de l'intégration vers l'inclusion puisqu'elle a un sens politique fondamental, même si les deux concepts sont toujours en mouvement et ont leurs adeptes.

Aujourd'hui, c'est à partir de ma posture de directeur de deux IME<sup>1</sup>, du SESSAD<sup>2</sup> départemental et du CAMSP<sup>3</sup> des PEP<sup>4</sup>18 que ma problématique relative à l'inclusion des enfants et adolescents déficients intellectuels se pose. Les établissements que je dirige se sont engagés dans un premier CPOM<sup>5</sup> en 2009 qui est arrivé à échéance en 2014. Un avenant d'une année supplémentaire a été signé pour une négociation qui a abouti en 2015, et avec une nouvelle contractualisation qui couvrira la période 2015-2019. Pour cela, j'ai proposé et argumenté un projet de développement des établissements et services à partir d'un environnement global très différent de la première négociation. En effet, tant du point de vue des attentes et des besoins des usagers que des politiques publiques, mon diagnostic a mis en évidence une problématique de rupture de parcours avec une situation paradoxale sur fond d'inadéquation entre l'offre et la demande. La forte attente inclusive portée par la réglementation et les schémas territoriaux m'ont conduit à proposer une adaptation de l'offre de service des IME et du SESSAD dans un processus global de « désinstitutionnalisation » également impulsé par les grands textes internationaux. L'ensemble de ces éléments dessine une problématique stratégique compte tenu de l'impact qu'il peut avoir sur le développement et la pérennité des établissements. Les projets des IME et du SESSAD dans leurs réponses aux attentes et besoins du territoire ont donc été interrogés. Deux axes fondamentaux nourrissent ma vision de la construction de l'avenir : d'une part, un positionnement pour répondre aux besoins et aux attentes des populations accompagnées, avec une démarche

---

<sup>1</sup> Institut Médico-Educatif

<sup>2</sup> Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile

<sup>3</sup> Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

<sup>4</sup> Pupille de l'Enseignement Public du Cher

<sup>5</sup> Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

d'amélioration continue de la qualité telle qu'elle est recommandée par l'ANESM<sup>6</sup>, d'autre part, les attendus des politiques publiques notamment à travers les lois du 2 Janvier 2002<sup>7</sup>, du 11 Février 2005<sup>8</sup>, du 21 Juillet 2009<sup>9</sup> et les schémas territoriaux.

Ainsi, j'ai proposé un projet de conduite de changement pour traiter la problématique énoncée. Mon travail est composé de trois parties. Tout d'abord, j'ai établi un diagnostic qui cherche à mettre en lumière la situation à la fin du premier CPOM avec ses forces – faiblesses, ses enjeux et risques. Puis, je propose un projet de changement sur une base conceptuelle, un plan d'action et de communication avec ses actions hiérarchisées, ses objectifs. Enfin je présente la planification de ce projet de changement avec des indicateurs d'évaluation permettant de suivre la performance des actions menées et l'atteinte des objectifs. Ma démarche méthodologique a eu pour ambition de comprendre les besoins à partir d'un éclairage polymorphique qui prend en compte les multiples données qui constituent le contexte de mon intervention de directeur, et dans un environnement complexe : historique, sociologique, anthropologique, politique, juridique, économique, psychologique. L'adaptation des réponses aux besoins dans l'efficience et la qualité ne me semble pas être possible autrement que par l'effort du détour conceptuel et cette approche complexe, polymorphe. Par là, mon positionnement consiste à ne pas décréter le changement mais le penser dans une construction sociale complexe dans laquelle les actions d'interventions sociales, conduites sous l'autorité du directeur, ne sont qu'une partie du système. Ma responsabilité est dès maintenant centrée sur une résolution de problème pour proposer un cadre d'intervention pour l'utilisateur et qui, comme le dit F.DUBET<sup>10</sup>, met en tension : la dimension du « *sujet* » (émancipation), du « *citoyen* » (socialisation) et le « *client* » (service). Ma démarche vise donc à présenter un argumentaire qui constitue un cadre décisionnel à partir de cette perspective. C'est une réponse au service des personnes accompagnées, une recherche de développement de solutions pour favoriser l'inclusion des enfants et adolescents déficients intellectuels sur le territoire du Cher.

---

<sup>6</sup> Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

<sup>7</sup> LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel du 3 janvier 2002, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

<sup>8</sup> LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal Officiel du 2 février 2005, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

<sup>9</sup> LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009, disponible sur internet <http://legifrance.gouv.fr>

<sup>10</sup> DUBET F, 2002, *Le déclin des institutions*, L'épreuve des faits, Paris : Seuil, 421p

# 1 L'enfant déficient intellectuel : un construit social

Parler de l'inclusion des enfants et adolescents déficients intellectuels c'est parler de la différence. Vouloir favoriser l'inclusion, c'est se placer dans une perspective de construction, dans une vision de l'homme et de la société. C'est chercher à regarder la différence autrement, c'est la reconnaître. Pour favoriser l'inclusion des enfants et adolescents déficients intellectuels, il m'importe d'abord de bien comprendre cette différence par une exploration du concept de déficience intellectuelle pour ensuite concevoir des réponses adaptées aux besoins dans mon contexte d'intervention. Il s'agit, en fait de regarder en quoi la déficience constitue un handicap et ce qu'est un handicap aujourd'hui.

## 1.1 La déficience intellectuelle : un concept stigmatisant

### 1.1.1 De l'idiotie à la déficience intellectuelle

Evoquer la déficience intellectuelle avec ceux qui la vivent fait régulièrement apparaître un ressenti difficile, souvent synonyme de stigmat. L'histoire permet de comprendre à quel point le champ sémantique attaché à la nosologie du retard mental est particulièrement prégnant dans notre société. L'idiot, le demeuré, l'imbécile, le crétin, l'arriéré, le débile qui marquent une évolution conceptuelle du retard mental véhiculent en même temps une représentation négative et constituent une insulte dans le langage familier. D'ailleurs, ils figurent tous au dictionnaire Robert avec leur définition familière et une citation qui se termine toujours par un point d'exclamation. En référence à E.GOFFMAN<sup>11</sup>, aujourd'hui encore, la déficience intellectuelle peut constituer un « *stigmat* » : elle peut être un vecteur de « *disqualification* » de la personne dans la société.

Le concept de déficience intellectuelle dans sa définition contemporaine est le résultat d'une évolution socio-historique dont on peut situer l'origine à partir du XVII<sup>e</sup> siècle. Avant cette période, il n'est pas identifié. Il est confondu dans une notion très large qu'est l'idiotie et dont la justification est plutôt située dans la dimension divine. Le fou, l'infirme, l'idiot, le dément étaient plus ou moins tolérés et mystifiés selon les périodes. Ils représentaient une population à la marge de la société et dont la régulation était de l'ordre

---

<sup>11</sup> GOFFMAN E, 1975, *Stigmat, les usages sociaux des handicaps*, Paris : Les éditions de minuit, 175p

de la « *sociabilité primaire* » tel que R.CASTEL<sup>12</sup> l'a définie, c'est-à-dire « *sur la base de leur appartenance familiale, de voisinage, de travail, et tissant un réseau d'interdépendance sans la médiation d'institutions spécifiques. Il s'agit d'abord des sociétés de permanence au sein desquelles l'individu, encastré dès sa naissance dans un réseau serré de contraintes, reproduit pour l'essentiel les injonctions de la tradition et de la coutume* ».

A partir de l'âge classique, un grand changement s'opère. Les siècles qui précèdent ont fait émerger une problématique sociale sur fond de crise économique et de peste qui a fragilisé la société. Elle fait naître une population à la marge et très hétérogène. R. CASTEL parle non seulement de processus de « *désaffiliation* » pour les plus démunis mais plus encore de « *dissociation sociale* », notamment parce que la régulation par la sociabilité primaire ne fonctionne plus. Le siècle de la raison exclut alors toute forme d'explication irrationnelle. Tous ceux qui s'écartent de la raison doivent être isolés. Le XVII<sup>e</sup> siècle sera donc l'époque du grand renfermement qu'analyse M.FOULCAULT<sup>13</sup>. C'est la question de la place des déviants dans la société qui est posée. La société cherche alors à séparer, rééduquer et réadapter. A cette même époque des précurseurs comme J.LOCKE, porté par sa vision libérale et la dialectique entre l'inné et l'acquis, font émerger des questions sur le fonctionnement mental et l'esprit « *considérant celui-ci comme un ensemble de potentialités, facultés ou capacités à capter et traiter des pensées concernant le monde extérieur* »<sup>14</sup>. Alors que jusque-là l'idiot était celui qui était privé de raison, l'idiot pourrait être celui qui présente un déficit sur le plan de l'intelligence. J.LOCKE fait notamment le lien entre l'intelligence et le langage, l'un contrôlant l'autre. L'hétérogénéité de la population concernée par le grand renfermement donne naissance à un processus de classification qui sera particulièrement actif et porté par les médecins aliénistes. Le siècle des Lumières fait émerger un changement important dans les classifications. En s'attachant à l'amélioration des conditions d'internement des malades mentaux P.PINEL, médecin aliéniste et précurseur de la psychiatrie, apporte une contribution majeure. Il définit alors l'idiotisme « *comme une perte totale ou partielle des facultés intellectuelles et émotionnelles ; une apathie ; un langage détaché, pauvre voire absent et une absence de volonté ; dans certains cas on note des impulsions transitoires et insignifiantes* »<sup>15</sup>. Dans l'idiotie, P.PINEL intègre la démence et l'imbécillité.

---

<sup>12</sup> CASTEL R, 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Collection Folio Essais, Paris : Gallimard, p49

<sup>13</sup> FOULCAULT M, 1976, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Collection Tel 9<sup>ème</sup> édition, Paris : Gallimard, 700p

<sup>14</sup> E.BERRIOS G, 2001, « Retard mental et psychiatrie : une histoire conceptuelle », *Revue Européenne du handicap mental*, p7

<sup>15</sup> Ibid, p11

JE.ESQUIROL, aliéniste, lui succède et apporte une nouvelle classification plus précise après une période confuse. Il différencie notamment le retard mental de la démence et considère dans une métaphore que « *l'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois ; c'est un riche devenu pauvre. L'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère* »<sup>16</sup>. En 1817, J.E.ESQUIROL développe particulièrement le concept d'idiotisme qu'il définit comme une altération mentale. Il établit alors un lien entre le manque de développement des facultés intellectuelles et le manque d'éducation. Sa théorie ouvre des voies très positives et optimistes.

Cette vision est particulièrement mise en évidence par l'histoire de Victor « L'enfant sauvage »<sup>17</sup> de l'Aveyron, illustrée par le film de F.TRUFFAUT. Cet enfant est diagnostiqué par P.PINEL comme idiot et inéducable. Pourtant son disciple, JMG.ITARD, médecin d'un institut pour sourds et muets, ne partage pas son avis et met en place une méthode, persuadé de l'éducabilité de Victor. Dans ses observations cliniques, JMG.ITARD va d'une part apporter une contribution importante dans ce qui sera, en fait, une exploration sur le retard intellectuel et d'autre part démontrer les effets de l'interaction avec l'environnement sur le développement de l'enfant. Victor fera des progrès considérables avec notamment le développement d'une communication non verbale et l'assimilation de normes sociales. L'échec restera porté sur la parole à laquelle Victor n'accèdera pas. Néanmoins JMG.ITARD pose les bases de l'éducation spécialisée pour les enfants présentant un retard intellectuel. Au XIXème siècle, le pédagogue E.SEGUIN poursuit sur cette voie et s'oppose à des visions moins optimistes. Au début du XXème siècle, A.BINET et T.SIMON, par leur apport sur la psychométrie et la notion de Quotient Intellectuel (QI), permettent de traiter de la question de l'intelligence par sa mesure. Ils apportent alors une contribution conséquente qui fera référence pour établir les premières classifications avec divers degrés de déficience intellectuelle. Le Décret du 9 mars 1956<sup>18</sup> qui encadre la naissance de « l'enfance inadaptée » définit, dans son annexe XXIV - Article 1, trois niveaux de déficience intellectuelle : les arriérés profonds (idiots et imbéciles), les débiles moyens et les débiles légers.

Aujourd'hui, la déficience intellectuelle est un retard mental défini par la classification américaine DSM-IV comme « *un fonctionnement intellectuel général inférieur à la moyenne, qui s'accompagne de limitations significatives du fonctionnement adaptatif dans les secteurs d'aptitudes tels que la communication, l'autonomie, l'apprentissage scolaire,*

---

<sup>16</sup> MARCELLI D COHEN D, 2012, *Enfance et psychopathologie*, 9<sup>ème</sup> édition, Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p204

<sup>17</sup> TRUFFAUT F, 1970, *L'enfant sauvage*, Les films du Carosse

<sup>18</sup> Décret n°56-284 du 9 mars 1956, Journal Officiel du 25 Mars 1956, p2875 à 2879

la vie sociale, la responsabilité individuelle, le travail, les loisirs, la santé et la sécurité, le tout devant survenir avant l'âge de 18 ans »<sup>19</sup>. Le QI et sa mesure à partir des tests psychométriques permettent de situer la limite inférieure à la moyenne. La classification DSM IV qui fait référence actuellement, distingue différentes formes de retard mental avec une déficience légère ( $50 \leq QI \leq 69$ ), moyenne ( $35 \leq QI \leq 49$ ), sévère ( $20 \leq QI \leq 34$ ) et profonde ( $QI \leq 19$ ). L'OMS<sup>20</sup> a, elle aussi, établi une Classification Internationale des Maladies (CIM10) proche de la DSM IV. Ces deux classifications sont en cours de réactualisation dans leur version CIM 11 et DSM V. Le QI traduit l'écart entre l'âge mental et l'âge réel. Il indique le niveau de développement intellectuel par rapport à un groupe d'âge, la norme étant située à 70. Cette notion de QI fait débat depuis les premiers tests de A.BINET et T.SIMON mais constitue encore une référence sur laquelle les agréments des ESMS<sup>21</sup> sont définis. Il constitue donc un élément incontournable qu'il faut néanmoins relativiser puisqu'il ne représente qu'un aspect de la personne et non pas un tout. Les aspects développementaux et environnementaux viennent en effet relativiser cette donnée éminemment ciblée. Ils ouvrent sur la dimension du sujet avec une perspective plus clinique sur laquelle je vais m'arrêter.

### 1.1.2 Un concept polymorphe

Il est difficile de traiter de la déficience intellectuelle sans au préalable aborder l'intelligence. Sans vouloir rentrer dans une démonstration, il est néanmoins nécessaire de poser quelques points de repère sur la notion d'intelligence pour mieux percevoir son déficit et ses conséquences. Dans notre environnement de performance, le concept d'intelligence renvoie pour ainsi dire immédiatement à sa mesure et son résultat par un quotient intellectuel. L'approche clinique B.GIBELLO me paraît intéressante dans la mesure où il regarde « *l'intelligence et ses troubles comme des symptômes ayant un sens dans l'économie psychique et l'histoire du sujet* ». <sup>22</sup> Cela me permet de me distancier de cette entrée strictement psychométrique et de tenter d'approcher autrement la notion de l'intelligence et de la déficience. Dans sa démarche de praticien, B.GIBELLO explore l'intelligence dans trois univers ; l'univers linguistique, l'univers des représentations de la nature et l'univers des fantasmes. Selon lui ces trois univers sont en interaction. « **L'univers linguistique** constitue une sorte de mémoire collective des apprentissages, des connaissances et des formes de pensées et de représentations mentales acquises par les générations antérieures. Il constitue également l'outil d'expression de la pensée le

---

<sup>19</sup> American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical Manual of mental disorders – DSM IV, American Publishing, 2005

<sup>20</sup> Organisation Mondiale de la Santé

<sup>21</sup> Etablissement Social et Médico-Social

<sup>22</sup> GIBELLO B, 2009, *L'enfant à l'intelligence troublée*, Paris : Dunod, p16

*plus performant qui soit. C'est avoir l'intelligence de quelque chose, plutôt qu'être intelligent ou avoir de l'intelligence »<sup>23</sup>. Il s'agit là de tout l'univers social et culturel qui permet de regarder l'intelligence dans une dimension extrêmement dynamique, ouverte et dans la dimension de l'expérience humaine. « **L'univers des représentations de la nature** constitue un second univers dans lequel se pose l'existence des objets, de leur identification, de la reconnaissance des formes, du repérage, de la compréhension et de la composition des forces et des transformations [...] dans cet univers l'intelligence occupe une place de premier plan, en posant les premières questions scientifiques quant à l'existence des objets dans le monde physique extérieur, quant aux propriétés de ces objets, quant aux possibilités de reproduire des événements et de découvrir des lois de leur déterminisme »<sup>24</sup>. C'est ici l'aspect plus scientifique de l'intelligence et c'est dans cet univers que la dimension psychométrique se situe essentiellement. « **Enfin, l'univers des fantasmes** dans lequel l'intelligence apparaît en tant que représentations investies de mouvements passionnels, prises dans des chaînes associatives, et soumises à la compulsion de répétition et au principe de plaisirs. Cet univers, inconscient en grande partie, auquel la psychanalyse nous a permis l'accès contient les clés relatives aux motivations de l'intelligence, celles qui ouvrent ou ferment l'esprit ».*

Traiter de l'intelligence, quelle qu'en soit sa mesure, s'avère ainsi extrêmement vaste. Au regard de cette approche, il apparaît clairement qu'il y a autant d'intelligences que de sujets. De même, son développement semble très lié à un contexte qui combine des éléments liés à une histoire singulière, à des interactions psychosociales et à des données de l'ordre de l'inné. La conception développementale de l'intelligence a montré l'importance de la cognition sociale dans la construction de l'intelligence. Elle a été théorisée par H.WALLON, philosophe, psychologue, neuropsychiatre et pédagogue, avec le concept de socialité de l'individu « *cet être éminemment social* » ou encore J.PIAGET, psychologue, avec le processus « *d'assimilation-d'accommodation-d'équilibration* » qui permet le développement de l'esprit. L.VYGOTSKY, psychologue, quant à lui a montré avec la « *zone proximale de développement* » que l'enfant apprenant accède à un niveau d'élaboration plus élevé lorsqu'il n'est pas seul. Plus récemment, les neurosciences ont contribué très largement à comprendre la complexité environnementale comme une richesse favorable au développement et à la construction de l'intelligence. Ainsi, et pour autant que la déficience constitue une altération sur le plan intellectuel, la complexité inhérente à l'intelligence représente bien en même temps une richesse qui ouvre le champ des possibles à la fois en terme capacitaire et pour des conceptions

---

<sup>23</sup> Ibid, p16

<sup>24</sup> ibidem

d'accompagnement. En son temps, le philosophe JJ.ROUSSEAU<sup>25</sup> avait déjà démontré et mis en évidence des stades de « maturation » de l'enfant avec toute l'importance de l'éducation et de l'environnement dans son développement.

Sur le plan de l'étiologie, la déficience intellectuelle est très difficile à appréhender. A partir d'une synthèse de plusieurs études, Dr R.BROCA<sup>26</sup>, médecin-psychiatre, énonce que la cause de la déficience n'a pu être identifiée que pour 50% des cas. Ses travaux de synthèse mettent en évidence six catégories de causes avec leur fréquence moyenne ; les anomalies chromosomiques (17%), les syndromes reconnaissables (6%), les maladies monogéniques connues (4%), les complications de la prématurité (3%), les causes environnementales (20%) et les déficiences idiopathiques (50%). Différentes études montrent une prévalence de l'ordre de 0.5 % pour la déficience intellectuelle sévère, à 3% pour les déficiences légères et moyennes avec une fréquence de 60% pour les garçons si l'on considère l'ensemble des déficiences intellectuelles. De plus, tous les auteurs s'accordent sur la corrélation entre le degré de déficience et la dimension organique. En effet, ils convergent sur le fait que les déficiences profondes et sévères sont le plus souvent liées à des facteurs organiques et diagnostiquées précocément. A *contrario*, plus la déficience est légère, plus l'organicité est difficile à établir. Par conséquent, le diagnostic est plus tardif et en lien avec la scolarisation et les apprentissages scolaires. La déficience intellectuelle est alors liée à des facteurs socio-éducatifs et psychiques qui sont plus définis comme des facteurs de risque que comme des causes. Sur le plan socio-éducatif, et comme je l'ai développé plus haut, des carences avec des manques de stimulation précoce ont des effets dans la construction de l'intelligence.

Les troubles de la personnalité constituent un second facteur de risque. Des auteurs comme R.MISES, R.SALBREUX et B.GIBELLO ont montré comment des processus psychopathologiques pouvaient produire un déficit sur le plan intellectuel. La déficience est alors une conséquence du trouble de la personnalité. Cette évolution est définie par la notion de déficience dysharmonique. D'autre part, pour cette catégorie, les études montrent un pic épidémiologique entre 10 et 14 ans puis une baisse très importante. Cette tendance est à mettre en lien avec la scolarité.

---

<sup>25</sup> ROUSSEAU JJ, 1966, *Emile ou de l'éducation*, Paris : Garnier-Flammarion, 629p

<sup>26</sup> BROCA.R, 2013, *La déficience intellectuelle face aux progrès des neurosciences, repenser les pratiques de soin*, Lyon : Chroniques sociales, 313p

S'agissant du développement, il y a des écarts très importants à de nombreux niveaux selon le degré de déficience<sup>27</sup>. Pour la déficience profonde, l'âge développemental se situe autour de celle d'un enfant de 2-3 ans avec un retard massif de toutes les acquisitions. L'autonomie dans la vie quotidienne est très partielle. Le langage n'existe quasiment pas. Pour la déficience profonde et moyenne, l'âge développemental est situé à 6-7 ans. Il y a un retard psychomoteur et le langage est pauvre. L'autonomie sociale est possible, notamment en lien avec un environnement stimulant. Si l'on se réfère au stade du développement de l'enfant de J.PIAGET, la pensée se situe au stade préopérateur. Pour la déficience intellectuelle légère, c'est la scolarité et en particulier l'échec scolaire qui est le critère essentiel. Si l'on se réfère au même auteur, l'accès à la pensée formelle est entravé. Par conséquent, ce sont les exigences scolaires qui font obstacle à la scolarité. Le niveau de langage permet les interactions sociales et le développement psychomoteur se situe, le plus souvent, à la limite de la norme. Les aspects environnementaux sont très importants dans le développement de l'enfant. C'est pourquoi les troubles associés à la déficience intellectuelle sont extrêmement fréquents, comme les troubles affectifs, de la conduite et du comportement, les troubles instrumentaux.

Ainsi, j'ai cherché à mettre en évidence le caractère polymorphique de la déficience intellectuelle. Elle présente des aspects multifactoriels et peut s'avérer étroitement liée aux facteurs environnementaux. D.VAGINAY<sup>28</sup> donne une autre définition que celle du DMS IV et affirme qu'« *un déficient intellectuel présente des difficultés d'apprentissage, en lien avec des capacités intellectuelles réduites (le QI donne une idée de cette réduction), ce qui lui pose problème pour accéder à une autonomie satisfaisante dans une société donnée* ». Cette définition me semble intéressante dans la mesure où elle ouvre la réflexion sur la question du handicap, c'est-à-dire sur la situation d'une personne avec son niveau de développement global en rapport avec les attendus d'une société donnée.

### **1.1.3 La déficience intellectuelle, un handicap mental**

A l'origine, le mot handicap est le nom d'un jeu de hasard tiré de l'expression anglaise « *hand in cap* », littéralement « *la main dans le chapeau* ». La terminologie basculera dans le monde de l'hippisme qui fait apparaître le sens de rééquilibrage des chances, en handicapant celui qui est le plus avantagé. La notion de handicap est donc posée et représente un désavantage dans un environnement donné. En France, la question du handicap a évolué dans une dialectique socio-juridique sur laquelle je reviendrai de façon plus approfondie dans le chapitre suivant. Il m'importe d'étudier à présent l'évolution des

---

<sup>27</sup> MARCELLI D COHEN D, 2012, *Enfance et psychopathologie*, 9<sup>ème</sup> édition, Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, 672p

<sup>28</sup> VAGINAY.D, 2005, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, Toulouse : Erès, p44

classifications du handicap et par conséquent de situer la déficience intellectuelle dans ce champ. Je chercherai à mettre en évidence le fait que l'évolution des classifications internationales est en lien avec la dialectique que je viens d'énoncer. Elle a *de facto* un impact sur les politiques publiques et la conception de nos pratiques de l'accompagnement, donc sur les réponses aux besoins des personnes déficientes intellectuelles.

En France, la notion de handicap apparaît officiellement avec la loi du 23 Novembre 1957<sup>29</sup>. Pour la première fois, la notion de handicap entre dans la loi et concernera précisément la qualité de travailleur handicapé et de son reclassement. A cette époque, il n'y a pas de classification spécifique au handicap. Sa conception est alors fondée sur les notions de réparation, de compensation et de réadaptation. En 1980, une première classification, la Classification Internationale du Handicap (CIH)<sup>30</sup>, est créée sur le modèle du Dr P.WOOD et propose une définition du handicap à partir de trois axes :

- la déficience dans ses aspects de l'altération (anatomique, physiologique et psychologique)
- l'incapacité dans son aspect fonctionnel (réduction de capacités)
- le désavantage dans son aspect situationnel (social, scolaire, professionnel).

Cette classification porte sur les notions ; de déficience (maladie / cause), d'incapacité (l'altération) et de désavantage (social)<sup>31</sup>. Elle a défini 5 catégories de handicap ; moteur, sensoriel, psychique, mental et les maladies invalidantes. La force de cette classification est son ouverture « sociale » qui a permis de sortir le handicap de sa seule dimension médicale. En 2001, l'OMS rompt radicalement la conception du handicap. Elle propose une nouvelle classification, la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)<sup>32</sup>, qui repose sur cinq axes :

- le problème de santé : c'est ce qui provoque une consultation
- les fonctions organiques et les structures anatomiques qui sont en jeu
- l'activité : c'est le rapport à la société
- les facteurs environnementaux sur trois niveaux : l'individu et son environnement personnel (relations, travail, matériel....), les services et structures sociales, les systèmes (réglementations, idéologies...).

La grande innovation dans cette classification est l'intégration des facteurs environnementaux. Elle permet d'identifier ce qui fait obstacle ou ce qui est facilitant dans

---

<sup>29</sup> Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés

<sup>30</sup> OMS, 1980, Classification Internationale du Handicap

<sup>31</sup> Annexe 1 : Modélisation du CIH, CIF et PPH

<sup>32</sup> OMS, 2001, Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

l'environnement global de la personne. Ainsi, le handicap n'est plus centré sur le seul fait de l'altération, c'est-à-dire de la personne, mais il est bien considéré à partir d'un environnement global. La CIF permet d'évaluer l'environnement et d'envisager de réduire le handicap par des actions sur l'environnement. Dans ce champ de classification supranational, émergent les grands axes des lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 qui ouvrent sur un nouveau paradigme. Dans ma démarche de diagnostic macro-environnemental, il est indispensable de les explorer.

## **1.2 L'enfant en situation de handicap et la société : un changement de paradigme**

La construction des réponses aux besoins d'une population cible ne peut être envisagée sans l'analyse du contexte de l'intervention dans laquelle elle s'exerce. Elle trouve sa genèse dans un construit social plus large, dans lequel s'élaborent les politiques publiques. Pour répondre au mieux aux besoins des personnes et respecter leurs droits, il faut bien comprendre le contexte de l'intervention.

### **1.2.1 Une révolution sociétale : de la catégorie au sujet**

La construction des réponses aux besoins des enfants déficients intellectuels à travers l'action médico-sociale est congruente avec l'évolution de l'action sociale de façon plus générale et dans une temporalité très proche de celle que j'ai développée sur la déficience intellectuelle dans le chapitre précédent. En s'appuyant sur l'analyse du droit de l'action sociale et des travaux de R.LAFORE<sup>33</sup>, trois modèles vont traverser la période du XIXème siècle à nos jours. Ils montrent parfaitement le mouvement de la société dans le traitement des besoins de la population et surtout la place du sujet. Le modèle « *Tutélaire* », le premier, est issu du droit civil et couvre le XIXème. La famille est au premier plan pour répondre, par la filiation, aux besoins de ses membres. Le droit est alors subsidiaire. Le second modèle émerge après la seconde guerre mondiale dans un contexte où l'état est en reconstruction et « redevable » à l'égard de ses concitoyens. C'est le modèle « *Réparateur* », avec l'avènement des politiques catégorielles dans le contexte des « 30 glorieuses ». Dans ce modèle, la réponse aux besoins est construite à partir d'une catégorisation des problèmes sociaux. De là, naîtront « l'enfance inadaptée » et « l'éducation spéciale ». « *L'idée qui prévaut implicitement est qu'à chaque « problème » considéré constituant un « intérêt général » à prendre en charge par la collectivité, doit correspondre une filière administrative spécialisée habilitée à le traiter* »<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> LAFORE.R, Janvier-Février 2008, « Droit et pauvreté : les métamorphoses du modèle assistanciel français », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, N°1, p113

<sup>34</sup>LAFORE.R, Mai-Juin 2013, « L'IME, un révélateur des politiques d'action sociale et de leur évolution », *Les cahiers de l'actif*, N°444/445, p13

Le décret du 9 mars 1956<sup>35</sup> donne un cadre juridique avec des normes techniques à l'ensemble. C'est la naissance de « l'enfance inadaptée » à travers les Annexes XXIV, XXIV bis et ter qui regroupent tous les établissements et les services accueillant des enfants inadaptés dont les IME et les SESSAD. La loi fondatrice du 30 juin 1975<sup>36</sup> organise cette conception de la « prise en charge globale » et la pense en termes d'équipements. Le décret du 27 octobre 1989<sup>37</sup> précise ensuite les conditions d'autorisation de ces établissements notamment dans les annexes XXIV pour la déficience intellectuelle et l'inadaptation. En janvier 2005, et en référence à la loi du 2 janvier 2002, elles sont codifiées dans les articles D312-11 à 22 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Les articles D312-11 à 58 relatifs au fonctionnement des établissements accueillant des enfants déficients intellectuels, dont les IME et SESSAD, s'inspirent toujours de cette même logique. Comme le fait remarquer R.LAFORE, au regard du CASF « *le passé se conjugue encore au présent* »<sup>38</sup>.

### 1.2.2 Vers un nouveau paradigme

Néanmoins, la loi du 2 janvier 2002 s'inscrit dans un nouveau paradigme sur lequel il est indispensable de s'attarder : il fournit des éléments d'analyse non seulement sur le sens de l'évolution réglementaire mais surtout sur une dialectique socio-juridique radicalement différente, à partir de laquelle les réponses aux besoins devront se construire. En effet, les lois du 2 janvier 2002, du 11 février 2005 et du 21 juillet 2009, dite HPST<sup>39</sup>, sont les indicateurs d'un changement de société plus profond et plus global. Le droit collectif des « 30 glorieuses » s'est déplacé vers le droit individuel. Le début de ce mouvement fondamental se situe dans les années 1980, sur fond de crise économique avec un accroissement du taux de chômage et de la pauvreté. Les notions de précarité, d'exclusion apparaissent alors. Le modèle réparateur trouve ses limites par le fait que la population concernée, jusque-là en marge, se massifie et ne relève pas de l'inadaptation. La création du RMI<sup>40</sup> en 1988, puis la loi pour la lutte contre l'exclusion en 1998 marquent l'essor de ce mouvement fortement centré sur l'individu. Les notions d'insertion (sociale ou professionnelle) et de parcours naissent. C'est une première avancée de la prise en charge vers l'accompagnement. R.LAFORE le définit comme le « *modèle intégrateur* ».

---

<sup>35</sup> Décret n°56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, Journal Officiel du J.O. du 25 mars 1956, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

<sup>36</sup> Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

<sup>37</sup> Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956

<sup>38</sup> LAFORE.R, Mai-Juin 2013, « L'IME, un révélateur des politiques d'action sociale et de leur évolution », *Les cahiers de l'actif*, N°444/445, p13

<sup>39</sup> Hôpital Patients Santé Territoires

<sup>40</sup> Revenu Minimum d'Insertion

L'individu n'est plus doté d'un statut en référence à une catégorie mais au contraire doté de droits individuels pour permettre un retour vers la norme. Une perspective plus libérale et surtout une logique de non-discrimination se construit. C'est un changement de fond dans le « Contrat social » avec un glissement de l'égalité des places vers l'égalité des chances. *« Elle induit une profonde transformation des représentations de la vie sociale, de ses acteurs et de ses mécanismes »<sup>41</sup>.*

Plus globalement, le système solidariste sur lequel le régime de la sécurité sociale est créé en 1945 se trouve ébranlé par la massification du chômage. Le travail, qui est au centre du système solidariste et de la « société salariale »<sup>42</sup>, se raréfie et les conséquences inhérentes à la problématique de l'emploi vont avoir des effets multiples, à la fois sur les personnes en marge et dans l'économie. Le modèle intégrateur est celui qui a vu émerger toutes les politiques transversales et une loi centrale, la Loi Organique relative aux Lois de Finance<sup>43</sup> de 2001 qui trouve sa genèse dans un programme de modernisation de l'Etat et qui viendra impacter l'ensemble des politiques publiques et leur financement. Ainsi, *« la logique de « parcours d'insertion », qui génère « l'accompagnement », suppose une très forte individualisation et une contextualisation de l'action sociale, chaque prestation monétaire, chaque soutien matériel, chaque aide ou appui n'ayant plus de sens en eux-mêmes mais devant s'ordonner dans un schéma cohérent pour réussir l'insertion [...] qui s'opère de façon transversale et partenariale en recherchant une mise en cohérence de « territoires » où les multiples facteurs conduisant à l'exclusion pourraient être maîtrisés et retournés pour fabriquer de l'inclusion pour les personnes »<sup>44</sup>.* Cette force du rapport entre l'individu et la société est particulièrement exacerbée et lisible dans l'environnement supranational avec des droits fondamentaux qui font référence à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 ou à des textes internationaux, comme la convention de New York relative aux Droits de l'enfant (1989) qui surplombent le droit français et sont *« d'application immédiate »<sup>45</sup>.* Par ailleurs, de nombreuses recommandations et résolutions Européennes ont été adoptées depuis les années 1980 avec notamment la Résolution sur l'intégration sociale des personnes handicapées en 1981, sur l'intégration scolaire en 1990, sur la protection des enfants et adultes handicapés contre les abus en 2005. En matière de droit européen, l'article 13 du

---

<sup>41</sup> DUBET F, 2010, *Les places et les chances, repenser la justice sociale*, La république des idées, Paris : Seuil, p54

<sup>42</sup> CASTEL R, 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Collection Folio Essais, Paris : Gallimard, 813p

<sup>43</sup> Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finance (LOLF)

<sup>44</sup> LAFORE R, Janvier-Février 2008, « Droit et pauvreté : les métamorphoses du modèle assistanciel français », *Revue de Droit Sanitaire et Sociale*, N°1, p113

<sup>45</sup> PARISOT AS, 2014, *Handicap, une encyclopédie des savoirs. Des obscurantismes à de nouvelles lumières*, sous la direction de GARDOU C, Toulouse : Erès, p343

traité d'Amsterdam, signé par la France le 2 octobre 1997, constitue une clé de voûte pour toutes les lois qui seront votées en France en matière de handicap. Elle affirme, en effet, que le conseil Européen « *peut prendre toutes les mesures en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle* »<sup>46</sup>.

Il apparaît alors clairement que la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale s'inspire très largement du modèle intégrateur. Le développement sectoriel et catégoriel n'est plus tenable dans un environnement national et supranational qui a posé le principe général de non-discrimination. « *Dans le monde de la « non-discrimination », il ne peut être accepté de traitements différenciés : c'est dans le cadre commun que les différences doivent être prises en compte, et encore à la condition d'être « individualisées » tout en n'étant pas « visibilisées » car on est dans un monde où « identité » et « différence » doivent s'articuler tout en s'excluant* »<sup>47</sup>. En matière de handicap, la loi du 11 février 2005 dote le sujet de droits puis la loi HPST fixe les conditions de développement de l'offre, de réponses aux besoins à travers la planification, les appels à projets. Le croisement de ces trois lois encadre le nouveau paradigme de l'action sociale et médico-sociale. Dans un environnement éminemment contractualisé, il conjugue :

- de nouveaux modes de régulations et de fonctionnement pour les ESMS à partir du triptyque planification-autorisation-financement centrés sur la réponse aux besoins de l'usager avec la loi du 2 janvier 2002
- des droits individuels permettant une accessibilité généralisée, sur le principe fondamental de non-discrimination avec la loi du 11 février 2005
- de nouveaux modes d'adaptation et de coordination de l'offre pour répondre aux besoins à l'échelle des territoires avec la loi HPST.

« *Le modèle se configure dorénavant selon la logique des services à la personne qui suppose décloisonnement, réactivité, souplesse et capacité à se réguler par soi-même dans une offre qui peut tout aussi bien mobiliser des promoteurs privés que faire appel aux opérateurs traditionnellement dominant dans le secteur* »<sup>48</sup>.

---

<sup>46</sup> Traité d'Amsterdam, 2 Octobre 1997, Journal Officiel, n°C340 du 10 novembre 1997

<sup>47</sup> LAFORE.R, Mai-Juin 2013, « L'IME, un révélateur des politiques d'action sociale et de leur évolution », *Les cahiers de l'actif*, N°444/445, p19

<sup>48</sup> LAFORE.R, Janvier-Février 2008, « Droit et pauvreté : les métamorphoses du modèle assistanciel français », *Revue de Droit Sanitaire et Sociale*, N°1, p113

### 1.2.3 Un environnement réglementaire centré sur l'individu : analyse du contexte de l'intervention

Les lois du 2 Janvier 2002, du 11 février 2005 et du 21 juillet 2009, dite HPST, ont donc été élaborées dans un contexte macro-environnemental qui a conjugué des facteurs supra nationaux avec une modification fondamentale du contrat social entre l'individu et la société. Elles sont ainsi l'expression et le cadre de ce nouveau paradigme dans l'action sociale et médico-sociale. Elles ont eu, et auront, des incidences directes et majeures dans les réponses aux besoins des usagers. Les analyser est incontournable. Dans ses fondements, la loi du 2 janvier 2002<sup>49</sup> a défini un cadre qui vise :

- la promotion du droit des personnes accompagnées
- une démarche d'amélioration de la qualité et de l'évaluation (interne et externe)
- la mise en place d'outils obligatoires (au nombre de 7) pour garantir l'exercice des droits de l'utilisateur et de la citoyenneté
- la mise en œuvre du triptyque : planification- autorisation-financement
- une nouvelle organisation des contrôles et des modalités en termes de financement, de budget, de tarification
- l'accompagnement et la promotion de l'innovation avec une nouvelle nomenclature des services et établissements
- l'exigence de qualifications.

Certains axes sont à mettre en évidence. Le premier, il est fondamental, concerne les missions des ESMS. La loi indique dans son article 1 et 2 (Article L116-1 du CASF) que « *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.** Elle repose sur l'évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées [...] et sur la mise à leur disposition de prestations en espèce ou en nature* ». Dans son article 3 (Art. L116-2 du CASF) elle indique que cette action « *est conduite dans le respect de la dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur le territoire* ».

Le second axe c'est l'amélioration continue de la qualité. En cette fin d'année 2015, nous sommes dans une temporalité où tous les dispositifs réglementaires et les moyens de contrôle prévus par le législateur sont opérationnels. Nous entrons dans une période de

---

<sup>49</sup> BAUDURET JF, JAEGER J, 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 342p

mesure des effets de ces lois relativement « récentes », avec la possibilité de mettre en évidence les résultats de ce système d'évaluation, de procéder à des contrôles. En conséquence, l'hypothèse que l'environnement des ESMS se modifie dans les années à venir peut être émise. La création de l'ANESM s'inscrit dans cette démarche d'amélioration continue de la qualité, et notamment par la construction d'outils méthodologiques et de référentiels sur les « bonnes pratiques professionnelles ». Sa création en 2007 a eu pour objectif la mise en œuvre des évaluations internes et externes prévues par la loi du 2 janvier 2002, ouvrant ainsi la voie d'une nouvelle culture et d'un changement dans les pratiques.

Le troisième axe est le triptyque Planification-autorisation et financement. Cette dimension réduit considérablement les marges de manœuvre des ESMS puisque ce sont les SROMS<sup>50</sup> qui viennent déterminer les besoins de la population avec l'objectif de réduire les écarts entre les territoires et de rendre équitable l'offre médico-sociale en fonction des besoins. Le SROMS et toutes les planifications qui en découlent (PRIAC<sup>51</sup> – PTS<sup>52</sup> etc) conduisent à des attentes, des commandes publiques, qui incitent très clairement à l'harmonisation, à la complémentarité, la cohérence des dispositifs au sein des associations, et également entre les différentes associations. Autrement dit, c'est un système en tension qui met en synergie les dimensions concurrentielle et partenariale. C'est un point extrêmement sensible en période de renégociation de CPOM. En matière de tarification et par la loi de finance de la sécurité sociale, les dotations régionales (ARS) sont limitatives et regardent : les besoins de la population du territoire, les schémas territoriaux, les politiques nationales avec leurs priorités, le coût moyen et les activités des services-établissements, les inégalités de dotations financières et d'équipements entre les territoires. La tarification est donc discutée à de nombreux niveaux, notamment à la CNSA. Le rapport de l'IGAS<sup>53</sup> de 2012 met en évidence une volonté de réforme. Les agences comme l'ANAP<sup>54</sup> ont un rôle par définition dans cette démarche d'appui à la performance. La dialectique activité-tarif n'a jamais autant été d'actualité. L'autre point d'alerte est la convergence tarifaire avec les coûts moyens à la place comme référence. Cet aspect vise à réduire les inégalités entre les territoires.

Le dernier point, énoncé par la loi du 2 janvier 2002, est la promotion de l'innovation et la nomenclature des établissements. A l'échelle macro environnementale, la procédure

---

<sup>50</sup> Schéma Régional de l'Organisation Médico-sociale

<sup>51</sup> Programme Inter-départemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

<sup>52</sup> Plan Territorial de Santé

<sup>53</sup> Etablissements et services pour personnes handicapées, offre et besoins, modalités de financement, 2012, IGAS, disponible sur internet : [www.igas.gouv.fr](http://www.igas.gouv.fr)

<sup>54</sup> Agence Nationale d'Appui à la Performance

d'appel à projet prévue par la loi HPST, a modifié le rapport à l'innovation puisque c'est la puissance publique qui définit les besoins. Depuis 2009, dans le secteur de l'enfance en situation de handicap, peu d'appels à projets ont été lancés sur le territoire du Cher. A ce jour, l'ARS n'a pas d'appel en cours dans notre champ. En revanche, dans le Plan Stratégique Régional de Santé, elle invite à un ajustement des agréments pour répondre au plus près aux besoins de la population. Il y a là un besoin auquel je suis attentif car il indique aussi les orientations des politiques publiques. Je peux en dégager des axes forts avec une volonté marquée sur :

- L'autisme et les handicaps les plus lourds.
- La prévention précoce.
- Les accompagnements ambulatoires dont le développement est important depuis plusieurs années. C'est un mouvement transversal qui concerne tous les secteurs, sanitaire, social et médico-social. Le maintien à domicile figure dans toutes les programmations. Il apparaît également de façon prégnante dans les recommandations de l'ANESM.
- Les lieux d'accueil dits « non traditionnels » : lieux de vie, accueil familial.
- La création du statut « d'établissement ou service expérimental » pour laisser la place aux innovations et les doter d'un statut.

De ce point de vue, il apparaît que l'axe traditionnel des « prises en charge » de type institutionnel, comme les IME avec internat, pourrait se trouver enclavé parmi des alternatives variées qui répondent à la commande publique et qui sont moins coûteuses. Enfin, je note que l'ajustement des agréments au regard des besoins de la population est attendu dans les différents schémas. Il reste un levier possible pour répondre aux besoins.

La loi du 11 février 2005<sup>55</sup> a ensuite modifié fondamentalement le paysage médico-social et la vision de l'accompagnement des enfants en situation de handicap. Par l'affirmation des droits de la personne, elle a favorisé le passage d'une logique de protection à celle de la participation et de la citoyenneté. L'accès au droit commun et le développement de parcours individualisés en caractérisent l'esprit. Elle est structurée sur quatre grands principes ; le droit à compensation, à la participation, le libre choix du projet de vie et la non-discrimination. Dans ses principaux axes la loi du 11 février 2005 a permis :

- une nouvelle définition du handicap qui est « *constitué par toute limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société subie par une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques,*

---

<sup>55</sup> BORGETTO.M, LAFORE.R, 2012, *Droit de l'aide et de l'action sociale*, 8<sup>ème</sup> Edition, Paris : Montchrestien Extenso éditions, p456

*sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »<sup>56</sup>*

- le développement de la prévention et le dépistage du handicap avec la recherche et l'accès aux soins
- la représentation des personnes handicapées dans différentes instances CNCPH<sup>57</sup>
- l'élaboration d'un plan de compensation en lien avec le projet de vie
- le principe de guichet unique avec la création de la MDPH<sup>58</sup>
- le droit à la scolarisation et l'emploi en milieu ordinaire en priorité
- la généralisation de l'accessibilité (bâtiments, transports, loisirs etc)
- la participation à la vie sociale et la citoyenneté

Ainsi, la loi a radicalement changé la place de l'utilisateur dans la société et obligé les institutions à entrer dans un changement de culture, de conception, d'organisation. Les personnes en situation de handicap sont désormais responsables et porteuses de leurs droits. C'est la fin des politiques catégorielles et l'ouverture sur une logique centrée sur l'individu. *« Le handicap n'est plus un attribut fondamental, ontologique, de la personne mais un aléa situationnel à géographie variable dans un parcours de vie : toute personne peut se trouver à un moment de sa vie en situation de handicap sans que cela doive pour autant signifier une exclusion sociale »<sup>59</sup>*. Ainsi, l'ensemble de ces éléments constitue fondamentalement le cadre d'intervention à partir duquel les réponses aux besoins seront à construire. Les IME et SESSAD des PEP18 sont au cœur de ce nouveau paradigme qui constituera le cadre de mon projet d'adaptation de l'offre. Partant de ce cadre d'intervention et de ces caractéristiques macro-environnementales, je vais maintenant porter mon diagnostic et mon analyse à l'échelle locale au regard d'une problématique de réponse à des besoins spécifiques sur le territoire sur Cher.

### **1.3 Le pôle enfant des PEP18 dans cette évolution**

#### **1.3.1 Les PEP18 : une association qui s'est adaptée**

L'association des PEP18 a été créée à Bourges en 1935. Elle est fédérée, avec 96 autres associations départementales, par la Fédération Générale des Pupilles de l'Enseignement Public, créée en 1915 et reconnue d'utilité publique. Dans ses principes fondateurs, les PEP ont pour objectif de « venir en aide aux orphelins de la société » et s'inscrivent dès

---

<sup>56</sup> Article L114 du CASF, disponible sur internet : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>57</sup> Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées

<sup>58</sup> Maison Départementale des Personnes Handicapées

<sup>59</sup> LOUBAT JR, Mai-Juin 2013, « Les IME questionnés par la logique de parcours et la désinstitutionnalisation », *Les cahiers de l'actif*, N°444/445, p67

leur création dans un lien très fort avec l'Education Nationale. Ce lien est dans la culture, dans l'histoire de l'association. Comme toutes les associations départementales, les PEP18 disposent d'une entité juridique et d'une autonomie totale au niveau départemental. Dans son histoire, l'association s'est développée par étapes successives, le plus souvent en phase avec les évolutions des politiques publiques. Centrée à l'origine sur l'enfance et les loisirs, elle a créé ensuite un premier Institut Médico-Educatif en 1953 pour des enfants « handicapés mentaux » à Neuvy sur Barangeon puis s'est très largement développée dans le champ du handicap. Elle gère aujourd'hui 21 établissements qui permettent une offre d'accompagnement de la toute petite enfance jusqu'à la fin de vie et compte près de 750 salariés ; elle dispose d'un projet associatif. Une stratégie de développement à partir d'un siège a permis une évolution par étapes des organisations avec des fonctions ressources qui apportent une expertise aux directions d'établissements<sup>60</sup>. Elle a aussi favorisé une dynamique de mutualisation de moyens, de groupements d'achats qui ont contribué aux équilibres financiers tout en maintenant des investissements. Ainsi, les établissements et services présentent une situation globalement « saine », en conformité et dans une réelle démarche d'amélioration de la qualité. Depuis 2005, l'association s'est restructurée à plusieurs reprises pour s'adapter aux évolutions des politiques publiques et environnementales. La dernière restructuration, la plus conséquente, date de 2010. Elle s'appuie alors sur une conception par pôles qui sont ensuite structurés en domaines.

- **Le pôle Adultes** comprend 2 domaines : le **Domaine Médicalisé** (FAM-MAS-IME Polyhandicap-MASAP)<sup>61</sup> et le **Domaine Social** (SAVS-FH-FO-SO)<sup>62</sup>
- **Le pôle Production** comprend toute l'activité du travail adapté avec ESAT<sup>63</sup> – SAESAT et EA
- **Le pôle Enfants** comprend 2 domaines : le **Domaine Intra-Muros** : 3 IME avec Unités d'Enseignement - agrément déficience moyenne-sévère-autisme pour l'un, légère-moyenne pour les 2 autres - le **Domaine Extra-Muros** dont je suis le directeur.

Ce dernier regroupe 3 IME avec Unité d'Enseignement et des dispositifs d'inclusion scolaire dont 2 classes externalisées, un SESSAD départemental et un CAMSP. Les IME et le SESSAD ont un agrément « déficience intellectuelle légère ».

---

<sup>60</sup> Figure 1, p20

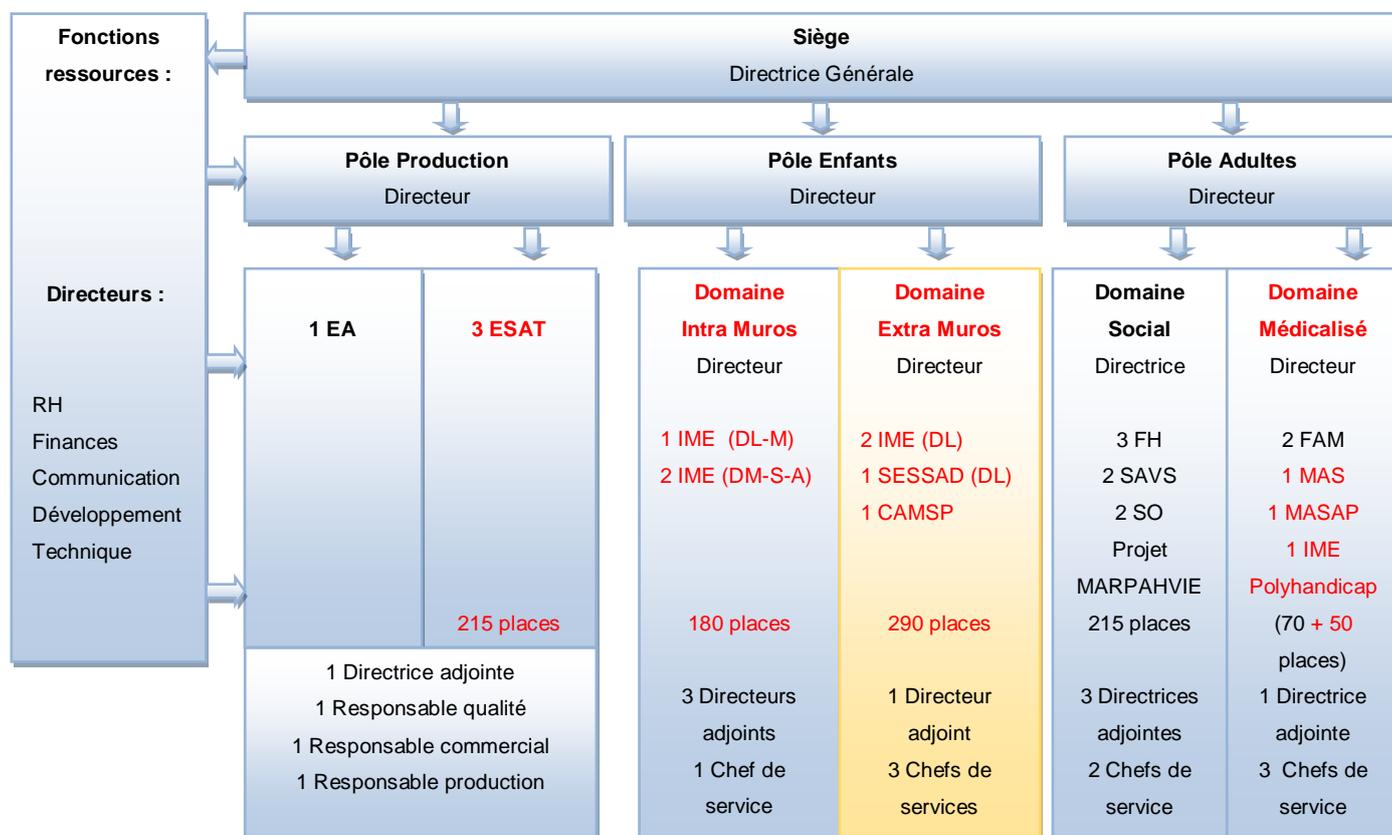
<sup>61</sup> Foyer d'Accueil Médicalisé - Maison d'Accueil Spécialisé - Maison d'Accueil Spécialisé pour Adultes Polyhandicapés

<sup>62</sup> Service d'Accompagnement à la Vie Sociale – Foyer d'Hébergement – Foyer Occupationnel – Section Occupationnelle

<sup>63</sup> Etablissement et Service d'Aide au Travail – Section Annexe au ESAT – Entreprise Adaptée

Les deux domaines du pôle enfants se distinguent essentiellement par leur agrément. Les IME du Domaine Intra-Muros accueillent des enfants qui présentent une déficience et/ou des troubles associés plus importants. Leur activité est fortement développée Intra-Muros, beaucoup plus que pour les établissements et services du Domaine Extra-Muros. L'ensemble du pôle enfants est sous CPOM. Le premier a été signé en 2008 pour la période 2009-2013. Il concernait l'ensemble des structures relevant d'une tarification Etat et Assurance Maladie. Il a conduit à la restructuration de 2010 qui correspond aux organisations actuelles. Il a aussi apporté une dimension transversale puisqu'il concerne différents établissements dans chaque pôle. Globalement, les organisations peuvent être présentées de la façon suivante :

### Etablissements et services des PEP18



- D : Déficience / L : Légère / M : Moyenne / S : Sévère / A : Autisme
- Etablissements sous CPOM

La direction que j'occupe et champ de ma problématique

Figure 1

Un des établissements présente une particularité dans cet ensemble, c'est l'IME polyhandicap. En effet, il accueille des enfants mais il est rattaché au domaine médicalisé du pôle adultes, du fait de composantes communes : le polyhandicap, la médicalisation et le fonctionnement continu de l'établissement. Par conséquent, l'IME et la MASAP sont dans un même environnement architectural. Comme indiqué en figure 1, le champ de ma problématique est celui de ma direction, c'est-à-dire le Domaine Extra-Muros. A l'exception du CAMSP, toutes les structures accueillent une population déficiente

intellectuelle légère de 6 à 20 ans. Ce domaine se caractérise par un fort développement inclusif. La dimension d'inclusion est marquée par :

- une approche ambulatoire
- une scolarisation individuelle en milieu ordinaire importante
- 1 classe externalisée en collège, 1 en lycée et 1 en maternelle
- La formation et l'insertion socio-professionnelle en milieu ordinaire ou protégé
- une méthodologie de projet axée sur une logique de construction de parcours
- des ressources sur l'ensemble du territoire du Cher
- des coopérations importantes dans l'environnement

### Les ESMS pour enfants dans le département du Cher

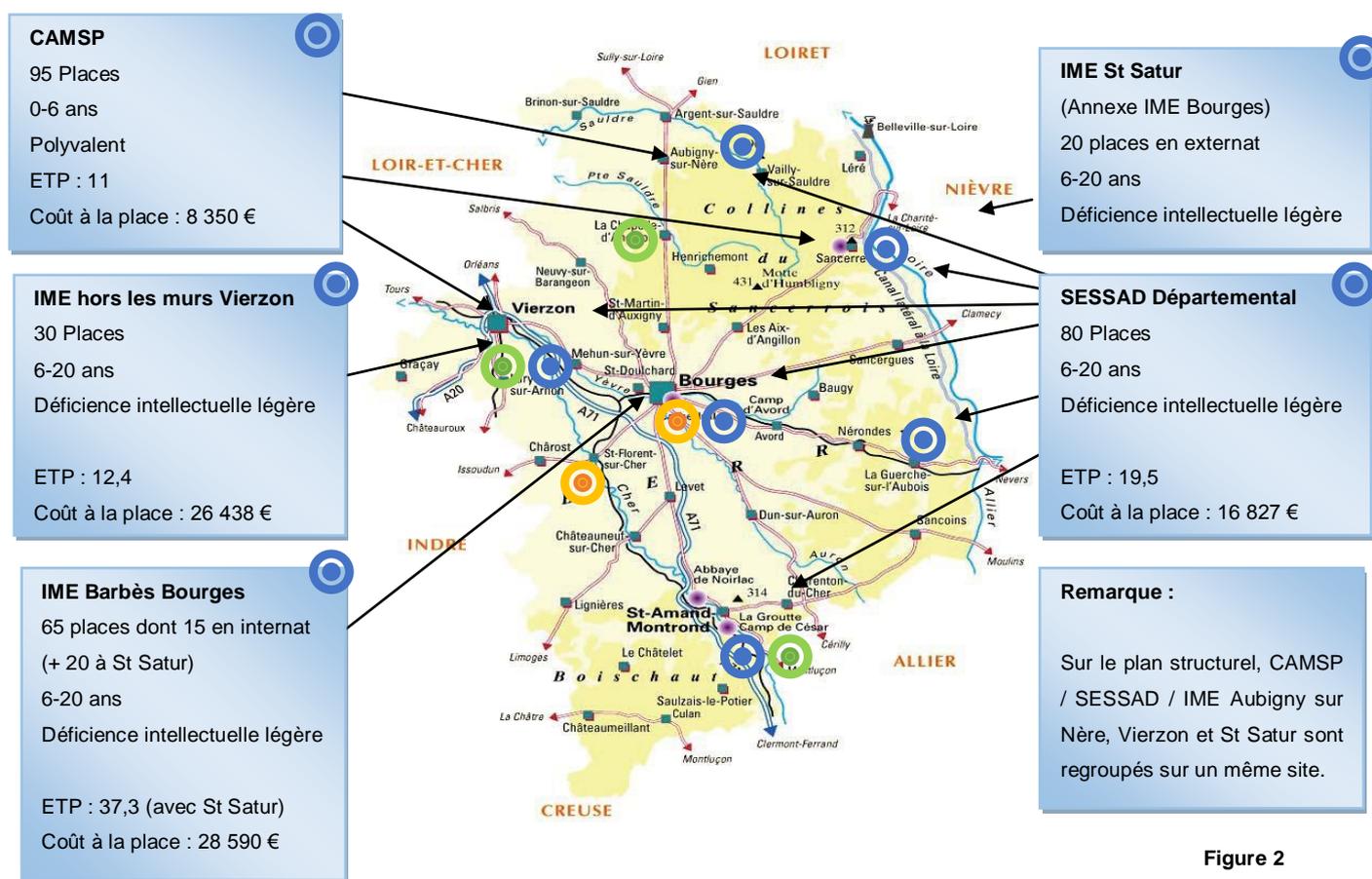


Figure 2

- PEP 18 Domaine extra muros – Ma direction
- PEP18 Domaine intra muros
- EMS pour enfants - Autres associations

Ces établissements et services ont été regroupés dans un même domaine en 2010 mais leur existence propre est beaucoup plus ancienne et ancrée dans le paysage médico-social du département. Seul le SESSAD est plus récent dans son aspect départemental et « autonome », puisque ces services étaient historiquement rattachés aux IME. Cette distinction date de 2012.

Sur le plan des ressources humaines, un diagnostic synthétisé<sup>64</sup> montre des plateaux techniques qualifiés pour l'ensemble des établissements et services du Domaine Extra-Muros, ce qui constitue une force. Une certaine ancienneté des professionnels risque de provoquer des départs concentrés, ce qui ouvre la question des transmissions de savoirs, le renouvellement des métiers et de la technicité. Cela constitue un enjeu dans les années à venir. Ce sera aussi une opportunité pour venir ajuster les plateaux techniques en fonction des besoins et de la population accueillie. Il est à noter que le taux de présentéisme de 95% en moyenne montre une certaine stabilité des établissements. Néanmoins, en 2014, le pôle enfants et plus particulièrement le Domaine Extra-Muros s'est trouvé dans un contexte tout à fait particulier qui a impliqué de nouveaux enjeux. Ils trouvent leur genèse dans :

- La fin de CPOM avec l'ARS Centre et la signature d'un nouveau contrat pour la période 2015-2019.
- Une nouvelle priorisation des besoins de la population sur le territoire du Cher.

L'association et ses structures se sont trouvées dans une temporalité où la pertinence des réponses aux besoins de la population sur le territoire du Cher a été déterminante sur les conditions de développement des services et établissements. Nous sommes au cœur des lois du 2 janvier 2002, du 11 février 2005 et de la loi HPST qui encadrent nos activités. En conséquence, le contexte socio-économique tendu, les problématiques de convergences tarifaires ainsi que les dotations en établissements sur le département ont été particulièrement étudiés par l'autorité de tarification. Cela a impliqué une stratégie de développement à partir de ce système contraint qui a pris en compte :

- un besoin énoncé dans les schémas (SROMS-PRS-PTS-PRIAC) pour l'accompagnement d'enfants en situation de handicap intellectuel moyen-sévère et autistes
- une forte dotation en établissements sociaux et médico-sociaux sur notre département.
- Une tarification supérieure au coût moyen à la place, pour certains des établissements du CPOM (IME Polyhandicap-IME Sologne-IME Vierzon).

La situation particulière, et jusque-là plutôt favorable du Cher en matière d'équipements et de financements médico-sociaux par rapport aux autres départements de la région, peut menacer l'avenir de certains dispositifs. En effet, les politiques publiques en matière d'action sociale et médico-sociale sont très clairement positionnées à l'échelle de la région, que ce soit dans leurs planifications ou dans leurs financements. Ces caractéristiques ont été régulièrement rapportées dans différentes instances. Dans une

---

<sup>64</sup> Annexe 2 : Plateaux techniques en 2015

situation économique où les politiques publiques nationales, européennes, prennent des orientations fortes et demandent une rationalisation à tous les niveaux, cela a constitué un ensemble d'indicateurs d'alerte. Si l'association des PEP du Cher est un opérateur significatif dans le paysage médico-social départemental, « l'assise » construite au fil du temps a donc été perturbée. Comme tous les directeurs d'établissements ou services « sous CPOM », j'ai été très concrètement concerné par cette nouvelle dynamique. La négociation et la transition contractuelle ont fait émerger une nouvelle problématique de besoins sur le territoire et qui engage la période 2015-2019. Ainsi, ce cadre général s'inscrit véritablement dans le nouveau paradigme que j'ai développé dans le chapitre précédent. Il impactera de façon significative l'offre d'accompagnement et par conséquent la quasi-totalité du Domaine Extra-Muros que je dirige.

### 1.3.2 Une nouvelle contractualisation en phase avec le changement de paradigme

- **Un changement dans les attentes des usagers et de leurs parents.**

Les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 ont permis de dessiner de nouvelles perspectives d'avenir pour les enfants-adolescents et leurs parents. Le processus de « désinstitutionnalisation » engagé depuis plusieurs années dans le cadre des politiques publiques a été traduit dans tous nos projets d'établissements. Cela a conduit à la mise en œuvre d'actions inclusives importantes et à l'accompagnement de plus en plus d'enfants-adolescents dans des projets personnalisés « Extra-Muros », sur le plan scolaire, socio-éducatif et professionnel (formation et insertion). Dans les deux IME du Domaine Extra-Muros, les attentes sont ainsi fortement tournées vers les dispositifs de droit commun, et beaucoup moins vers les établissements qui sont maintenant vécus comme stigmatisants. L'étude des projets personnalisés, du recueil des attentes des enfants et de leurs parents sur l'ensemble des établissements le démontrent.

#### Evolution des attentes des usagers

	Refus réorientation en ESMS (IME-ESAT)	Demande arrêt – Sans accompagnement en ESMS	File active 2014	Liste d'attente 2014	Evolution - liste d'attente sur 2012-2013-2014
IME Barbès	4	8	65	12	- 60%
IME St SATUR	0	1	20	2	0%
IME hors les murs Vierzon	0	7	30	3	-80%
SESSAD	10	21	103	63	+50%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>37</b>	<b>218</b>		

23% ont manifesté leur demande hors suivi médico-social

Tableau 1

L'expression des enfants ou adolescents, de leurs parents, dans les Conseils de la Vie Sociale confirme cette forte attente. Il y a une demande et une satisfaction sur les actions inclusives. Par ailleurs, j'observe que, sur les trois IME du Domaine Extra-Muros, les listes d'attente se sont considérablement réduites à partir de 2012. Il y a de moins en moins de demandes vers les IME, dans leur agrément actuel. A contrario, la liste d'attente du SESSAD est très importante (60%), et ce malgré une file active dynamique (30%). La

demande vers l'accompagnement ambulatoire est très forte et constante, elle ne l'est plus pour les IME. Les modèles de société, l'individualisation, le développement du droit individuel modifient la place de la personne en situation de handicap dans la société. Les représentations sur le handicap évoluent et les attentes des personnes en situation de handicap aussi. Comme l'a conceptualisé François DUBET<sup>65</sup>, «*le déclin des institutions*» touche notre secteur et nous montre ce mouvement de fond. Ces transformations sociologiques, parce qu'elles donnent une nouvelle place aux personnes en situation de handicap dans la société, modifient celle des ESMS. L'analyse macro-environnementale développée plus haut trouve une lecture plus concrète et montre les mouvements, les changements qui s'opèrent.

#### ▪ **Un changement des attentes dans le cadre des politiques publiques**

L'étude des schémas et plans, SROMS<sup>66</sup>-PRS<sup>67</sup>-PTS<sup>68</sup>-PRIAC,<sup>69</sup> permet d'analyser la commande publique. Comme je l'ai dit précédemment, la commande publique est déclinée par le SROMS. « *Fixé pour une durée de cinq ans, le SROMS est un outil de mise en œuvre et de déclinaison opérationnelle du PRS introduit par la loi HPST du 21 juillet 2009* »<sup>70</sup>. Le PRS est lui-même issu du PSRS<sup>71</sup> qui intègre l'ensemble des politiques publiques en matière de santé. S'agissant de la commande publique, il importe par conséquent de regarder précisément le SROMS Région Centre en cours, 2012-2016. Il présente 14 objectifs liés aux adultes, enfants et adolescents en situation de handicap parmi lesquels :

- le dépistage précoce du handicap
- la scolarisation, l'insertion professionnelle et l'insertion sociale
- l'adaptation de l'offre de prise en charge aux personnes présentant des situations complexes de handicap, dont l'autisme
- le renforcement des coordinations des acteurs et des professionnels prenant en charge des personnes handicapées
- le renforcement de l'offre médico-sociale destinée à la prise en charge des personnes en situation de handicap à domicile.

La commande publique apparaît clairement avec une volonté d'adaptation de l'offre aux handicaps les plus « lourds », d'accentuer la prévention avec un accompagnement précoce, de développer l'insertion socio-professionnelle et le maintien à domicile. Les

---

<sup>65</sup> DUBET F, 2002, *Le Déclin de l'institution*, L'épreuve des faits, Paris : Seuil, 421p

<sup>66</sup> SROMS Région Centre 2012-2016

<sup>67</sup> PRS Région Centre 2012 – 2016

<sup>68</sup> PTS du Cher 2012-2016

<sup>69</sup> PRIAC de la Région Centre 2012 – 2016

<sup>70</sup> SROMS Région Centre 2012-2016 p7

<sup>71</sup> Plan Stratégique Régional de Santé

IME, le SESSAD et le CAMSP sont concernés par ces objectifs et il y a là des enjeux très importants qui impliquent des choix stratégiques. Le Plan Territorial de Santé 2012-2016 du Cher s'appuie totalement sur le SROMS avec les mêmes objectifs, à l'échelle du département. Aussi, tous deux mettent en évidence une forte dotation ESMS sur notre département par rapport au taux d'équipement en région et sur le plan national, ainsi qu'une tarification supérieure au coût moyen à la place, pour certains des établissements.

### 1.3.3 Vers de nouveaux besoins sur le territoire

En novembre 2013, une enquête Education Nationale-ARS-MDPH du Cher a été adressée à tous les établissements et services médico-sociaux pour enfants de notre département. Elle portait sur les prestations offertes aux usagers et sur la situation des listes d'attente. Elle a permis d'établir un diagnostic partagé qui a mis en évidence de nouveaux besoins sur notre territoire. J'ai repris certaines données qui me permettent d'avoir une vue globale sur l'environnement médico-social, à l'échelle du département, et en distinguant l'accompagnement en établissement et les services ambulatoires. Un croisement entre les agréments, les listes d'attente et la situation géographique (figure 2-p21) me donne la réalité territoriale.

#### Etablissements médico-sociaux pour enfants dans le Cher

A partir de l'enquête ARS-MDPH-EN du Cher - Novembre 2013

Association	Etablissement	Agrément	Places / Agrément	Liste attente	Indicateur d'attente	% Liste attente / Agrément
PEP18	IME Barbès Bourges	D-L	65	12		
	IME St Satur	D-L	20	2		
	IME Sologne Neuvy / Nançay	D-LM	90	41		45%
	IME Vierzon	D-MSA	40	28		70%
	IME St Amand	D-LM	50	20		56%
	HLM	D-L	30	3		40%
	IME Polyhandicap Vierzon	Polyhandicap	25	11		44%
GEDHIF	IME Bourges	D-MSA	55	42		76%
ADAPT	IEM Trouy (Bourges)	D-Mo	54	7		
UGECAM	IME Châtelier St Florent	TED/A	45	32		71%
	ITEP St Florent	TP	93	23		

D : Déficience

L : légère

M : Moyenne

S : Sévère

A: Autisme

**Tableau 2**

Mo : motrice

V : visuelle

TP : Troubles Psychiques

TED/ATPI : troubles envahissants du développement, autisme et troubles psychotiques.

Au niveau des établissements, il apparaît très clairement que le besoin d'accompagnement est tourné vers la déficience intellectuelle moyenne, sévère et l'autisme. Les établissements du département dotés de ces agréments ont des listes d'attente très importantes avec pour conséquence des délais d'attente très longs pour les admissions. Cela se traduit par des situations « d'exclusion » pour les enfants qui n'ont pas de solution d'accompagnement. Certains restent au domicile familial et quelques situations sont jugées dramatiques.

## Services médico-sociaux pour enfants dans le Cher

A partir de l'enquête ARS-MDPH-EN du Cher - Novembre 2013

Association	Etablissement	Agrément	Places / Agrément	Liste attente	% Liste attente/ Agrément
PEP18	SESSAD	D-L	80	63	78%
GEDHIF	SESSAD	D-MSA	10	4	
ADAPT	SESSAD	D-Mo	54	7	
UGECAM	SESSAD Châtelier	TP	93	23	
AIDAPHI	SESSAD	D-AMS	31	4	

D : Déficience L : légère M : Moyenne S : Sévère A: Autisme  
M : moteur V : visuel TP : Troubles Psychiques

Tableau 3

TED/A/TPI : troubles envahissants du développement, autisme et troubles psychotiques.

AMS : Auditives Moyennes, Sévères

Pour les services, le déficit de places en SESSAD est particulièrement marqué pour celui des PEP18 qui est le seul avec un agrément déficience intellectuelle légère.

### Une problématique de Direction du domaine Extra-Muros

Dans le contexte de négociation du nouveau CPOM, l'ensemble des éléments exposés met en évidence une problématique de développement des structures du Domaine Extra-Muros correspondant aux nouveaux besoins de la population. L'inadéquation offre-demande au regard des agréments des IME pose un réel problème. J'ai donc conçu et proposé une adaptation des IME et du SESSAD qui impliquera une restructuration. Les composantes de cette problématique conjuguent :

- un développement d'offre de services en phase avec l'évolution des attentes des usagers et de leurs parents
- une réponse aux enfants-adolescents déficients intellectuels moyens-sévères en situation d'exclusion
- la continuité des parcours de ceux actuellement accueillis
- la réponse à une commande publique en faveur de populations ciblées dans le cadre du CPOM :
  - Créer des places pour la population 6-20 ans déficience intellectuelle moyenne-sévère
  - Développer les accompagnements ambulatoires pour la population 6-20 ans déficience intellectuelle légère
- le développement de réponses qualitatives
- une dimension économique plus contraignante
- la pérennité de l'emploi pour les salariés du Domaine Extra Muros

Cette problématique s'appuie sur un triptyque conceptuel au service de l'utilisateur : Inclusion, Parcours et Territoire. Aujourd'hui, un nombre significatif d'enfants déficients intellectuels n'a pas les réponses d'accompagnement adaptées à ses besoins sur notre département. Pour certains d'entre eux, il y a une rupture dans leur parcours avec des

facteurs d'exclusion et les ressources sont déséquilibrées sur le territoire. La résolution de cette problématique s'inscrit ainsi dans une recherche de variété des réponses, sur l'ensemble du département, en affirmant un cœur de métier. L'ensemble des éléments du diagnostic, externes et internes<sup>72</sup>, m'a permis d'argumenter un projet de changement qui s'inscrit dans la nouvelle contractualisation pour la période 2015-2019. Je note que ce projet entre dans les recommandations européennes sur la « désinstitutionnalisation »<sup>73</sup> et du rapport PIVETEAU « Zéro sans solution »<sup>74</sup>.

**Synthèse au regard du diagnostic et de la problématique :** Par un diagnostic interne-externe il est possible de dégager une analyse externe de l'environnement avec ses opportunités et ses menaces, une analyse interne de l'organisation avec ses forces et ses faiblesses. Il me permet d'extraire un champ de compétences et des facteurs clés de succès pour argumenter un projet de changement et des actions à mener.

Synthèse		Hypothèses d'Actions à mener
<b>Diagnostic Externe</b>	<b>Facteurs clés de succès</b>	<b>Le Domaine Extra Muros des PEP18 peut répondre à l'évolution des besoins de la population.</b>  Pour cela je propose une adaptation et/ou transformation des dispositifs et des places par :
<b>Menace :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Attente dans les politiques publiques d'un ajustement de l'offre et de réduction des coûts.</b></li> </ul>	<b>Ajuster</b> l'offre à partir des dispositifs existants.  <b>Maîtriser</b> les coûts à la place.	
<b>Opportunité :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Possibilité de modifier les agréments compte tenu de la commande publique et du CPOM.</b></li> </ul>		
<b>Diagnostic interne</b>	<b>Compétences</b>	↪ <b>L'extension de places en SESSAD départemental</b>  ↪ <b>La transformation des agréments des IME Barbès de Bourges et St Satur.</b>  ↪ <b>La fermeture de l'IME hors les murs de Vierzon.</b>
<b>Forces</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Les ressources existantes permettent de s'adapter.</b></li> <li>▪ <b>Il est possible de répondre aux attentes et besoins des usagers, de leurs parents</b></li> <li>▪ <b>Il est possible de répondre aux attentes des politiques publiques</b></li> </ul>	<b>Les établissements et services disposent</b> de compétences, d'expériences, et de dispositifs dans tous les domaines de la déficience intellectuelle, dans l'accompagnement.	
<b>Faiblesse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Certains dispositifs ( IME ) ne correspondent plus à la demande.</b></li> </ul>		

Selon la Matrice de SWOT

**Tableau 4**

<sup>72</sup> Annexe 3 et 4 : Synthèse diagnostic externe et interne

<sup>73</sup> 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

<sup>74</sup> PIVETEAU D, Juin 2014, « Zéro sans solutions »

La période 2015-2019 sera le temps du changement et permettra d'entreprendre de nouveaux projets pour répondre aux besoins des enfants déficients intellectuels dans le Cher. Le projet de changement aura une dimension éminemment stratégique avec ses fins : Pérennité – Efficience – Efficacité – Légitimité.

### **Conclusion de la première partie**

Une dynamique d'adaptation se construit avec la connaissance de données diagnostiques inscrites dans un contexte et un environnement. Elle montre que l'inclusion des personnes en situation de handicap n'est pas une « donnée » et qu'elle ne se décrète pas. Elle est bien le résultat d'un construit social finalement très récent. A l'aide de références conceptuelles et d'une étude de données qualitatives et quantitatives, j'ai cherché à montrer que la problématique d'adaptation de l'offre devra s'élaborer en considérant un ensemble de mouvements qui s'opère à partir des connaissances sur la déficience intellectuelle et du traitement social du handicap, d'un environnement juridique récent et des besoins spécifiques au territoire.

L'adaptation des IME et du SESSAD se situe dans une configuration et une temporalité inédite qui marquent une transition forte dans l'évolution sociétale. Même si « *dans chaque modèle survivent les institutions antérieures et, aujourd'hui encore, si la représentation de la « cohésion et l'intégration sociales » domine, elle compose avec les conceptions antérieures qui demeurent et perdurent* »<sup>75</sup>. Mes propositions d'adaptation auront une dimension très stratégique pour répondre aux besoins individuels des enfants et adolescents déficients intellectuels sur le territoire. Elles seront également le fruit d'une réflexion sur l'avenir des établissements et services. Par ailleurs, dans les besoins inhérents au développement des enfants et adolescents déficients intellectuels, les facteurs environnementaux apparaissent déterminants, ce qui vient renforcer l'hypothèse inclusive dans sa pertinence pour répondre à leurs besoins. Favoriser l'inclusion, c'est favoriser les interactions donc leur développement. La polymorphie qui caractérise la déficience indique néanmoins une pluralité de réponses et une variété d'accompagnements au regard des potentialités développementales très larges. Ainsi, « *l'usager-sujet n'appartient pas à l'institution, c'est un usager en soi, à partir duquel l'institution se réinvente* »<sup>76</sup> et c'est bien dans cette dimension que l'adaptation des IME et du SESSAD construira des réponses aux besoins. Il s'agit donc de concevoir cette adaptation et de définir comment elle peut s'opérer.

---

<sup>75</sup> LAFORE.R, Janvier-Février 2008, « Droit et pauvreté : les métamorphoses du modèle assistanciel français », *Revue de Droit Sanitaire et Sociale*, N°1, p113

<sup>76</sup> DUCALET P, LAFORCADE M, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Ed Seli Arsalan, 2000, p75

## **2 Répondre aux besoins du territoire par une adaptation des IME et du SESSAD : un projet de changement complexe**

### **2.1 Un projet stratégique**

Pour présenter mon projet d'adaptation des IME et du SESSAD, au regard des nouveaux besoins, je propose dans cette seconde partie de développer un argumentaire sur trois chapitres. Dans le premier je préciserai la dimension stratégique du projet en partant du CPOM qui constitue l'environnement contractuel dans lequel la conduite de changement s'opérera. Je poursuivrai en traitant la dimension territoriale et mon positionnement dans l'affirmation d'un cœur de métier, ces deux dimensions étant sous-tendues à tout CPOM. Dans le second chapitre, j'argumenterai ma proposition de changement à partir d'un champ conceptuel : l'inclusion et la dynamique de parcours sur un territoire. Dans le troisième chapitre, j'exposerai les adaptations pour répondre aux nouveaux besoins des enfants et adolescents déficients intellectuels à partir de cette conception.

#### **2.1.1 Le CPOM comme levier de changement dans un environnement stratégique**

Pour bien comprendre les enjeux stratégiques du projet avec ses impacts sur l'avenir des établissements et services, il m'importe de bien resituer la définition du CPOM tel qu'il est prévu sur le plan réglementaire. Inscrit dans la loi du 2 janvier 2002, il est codifié par l'article L.311-11 du CASF. A son origine il est conçu par la puissance publique comme un outil opérationnel qui s'intègre dans des politiques plus générales : la Loi Organique relative aux Lois de Finances dont j'ai parlé plus haut, la Réforme Générale des Politiques Publiques et les lois de finance qui en découlent. La circulaire du 25 Juillet 2013<sup>77</sup> relative à sa mise en œuvre est intéressante parce qu'elle vient préciser la « philosophie générale ». Ainsi, elle rappelle les enjeux du CPOM et le présente comme un outil de :

- mise en œuvre des politiques sociales et médico-sociales sur le territoire
- simplification, de souplesse pour la tarification et le renforcement du dialogue de gestion
- stratégie budgétaire soutenable et inscrite dans l'évolution d'une dotation régionale (ARS)
- transformation de l'offre adaptée au territoire, support de qualité et d'efficacité des structures
- négociation et d'élaboration concertées à partir d'un diagnostic partagé puis d'une définition d'objectifs prioritaires inscrite dans une temporalité

---

<sup>77</sup> Circulaire N°DGCS/SD5C/2013/300, disponible sur internet : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

- suivi des ESMS sur la référence d'indicateurs pertinents appuyés sur des référentiels de l'ANESM et de l'ANAP.

Ce regard synthétique sur la circulaire met en exergue son caractère dynamique et montre qu'il présente un intérêt, notamment dans la gestion économique et financière. De plus, son caractère adaptatif attendu à l'égard des ESMS est particulièrement significatif. *« Il est l'occasion de mettre en cohérence les objectifs du gestionnaire et de ses structures avec les priorités de politiques publiques établies notamment dans les documents de programmation régionaux et/ou départementaux (PRS-SROSM etc) »<sup>78</sup>.*

Cette période de renégociation se situe en réalité dans une configuration relativement « banale » pour ceux des ESMS qui se sont engagés dans cette forme contractuelle. En effet, les premiers contrats ont été signés dans les années 2007-2008, notamment après la publication des ordonnances, décrets et circulaires relatifs à :

- la tarification pluriannuelle sur une durée maximale de 5 années, l'exonération de la procédure budgétaire contradictoire et les modalités d'affectation des résultats avec le décret du 22 octobre 2003<sup>79</sup>
- la contractualisation pour plusieurs ESMS du même gestionnaire ayant le même tarifificateur avec l'ordonnance du 1<sup>er</sup> décembre 2005<sup>80</sup> et le décret du 7 avril 2006<sup>81</sup>
- la contractualisation d'un même gestionnaire et plusieurs autorités de tarification avec les circulaires du 18 mai 2006<sup>82</sup> et 27 mars 2007<sup>83</sup>.

Les nouvelles négociations se situant aux environs de 2012 ont fait l'objet d'une approche très différente des premières. Elles prennent notamment en compte la loi HPST dans deux de ses axes majeurs :

- le positionnement des acteurs et leurs coopérations sur un même territoire
- l'amélioration de la performance au niveau du service rendu, de la dimension économique et des ressources humaines.

L'opérationnalité des CPOM dans leur déclinaison du PRS est particulièrement attendue par le ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Pour cela, la

---

<sup>78</sup> Ibid p4

<sup>79</sup> Décret 2003-1010 du 22 Octobre 2003, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>80</sup> Ordonnance n°2005-1477 du 1<sup>er</sup> décembre 2005, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>81</sup> Décret n°2006-422 du 7 avril 2006, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>82</sup> Circulaire de la DGAS/SB 5D n°2006-216 du 18 mai 2006, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>83</sup> Circulaire de la DACG n°2007-06 du 27 mars 2007, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Direction générale de l'Offre de Soins a publié un guide méthodologique en 2012<sup>84</sup>, pour accompagner les ARS dans leurs nouvelles négociations. Au-delà du regard qu'il donne sur la dimension méthodologique, ce guide plutôt tourné vers le secteur sanitaire apporte néanmoins une synthèse intéressante sur « *les enseignements* »<sup>85</sup> des premiers contrats et sur la perspective « *des principes d'actions* »<sup>86</sup> pour les CPOM à venir. Le bilan global des premiers met en avant une phase préparatoire insuffisante, un suivi peu opérant avec des objectifs trop nombreux, imprécis et sans véritables indicateurs. L'évaluation est rendue difficile. L'évolution proposée tend à renforcer la période préparatoire par une analyse plus pointue des établissements (diagnostic), une meilleure priorisation des objectifs avec des indicateurs pertinents. Elle vise une négociation adaptée à l'établissement pour rendre le contrat opérationnel. La définition d'indicateurs « normalisés » est incitée pour un meilleur suivi et pour une évaluation permettant la comparaison entre établissements.

L'ensemble de ces éléments met en évidence la dimension éminemment stratégique des propositions d'adaptation des IME et du SESSAD dans ce cadre. La capacité d'adaptation et de transformation pour une recherche de positionnement dans les réponses aux besoins des usagers sur le territoire, définis par la commande publique à travers ses orientations, constitue l'essence même du CPOM. Ainsi, la nouvelle négociation a généré une forte perturbation dans l'équilibre construit au fil du temps. En effet, historiquement les IME Barbès de Bourges, de St Satur et hors-les-murs de Vierzon se sont fortement développés sur la dimension inclusive et particulièrement sur le plan de l'inclusion scolaire. Dans un système paradoxal, et particulièrement positif, ce type de développement a montré une certaine efficacité : il a permis à une grande majorité des enfants d'intégrer le milieu scolaire ordinaire qui vient aujourd'hui argumenter des modalités d'accompagnement plus ambulatoires que dans le cadre institutionnel. La combinaison de ces éléments avec l'environnement que je viens de rappeler et les besoins énoncés sur le territoire conduisent fondamentalement à reconsidérer la conception des dispositifs du domaine et des réponses qu'ils peuvent apporter aux enfants déficients intellectuels. Le CPOM me place immanquablement dans une tension qui est constructive puisqu'elle m'ouvre des possibilités et des marges de manœuvre que je n'aurais pas eues en dehors de cette configuration contractuelle. Elles se situent sur :

- la possibilité de transformer les agréments dans le cadre contractuel sans passer par la procédure d'appel à projet

---

<sup>84</sup> Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM – ARS / Etablissement de santé et titulaires d'autorisation - 2012

<sup>85</sup> Ibid p12

<sup>86</sup> Ibidem p13

- des ajustements budgétaires à l'échelle de l'ensemble des établissements et services en fonction des transformations d'agrément
- l'adaptation des ressources humaines au regard de nouveaux projets d'établissements qui découleront de la contractualisation.

Pour cela, il est nécessaire d'avoir une vision sur le développement possible dans ce nouveau contexte.

### **2.1.2 Répondre aux besoins sur l'ensemble du territoire**

Comme je l'ai exposé plus haut, le domaine s'est développé depuis plusieurs années sur l'ensemble du territoire. C'est un élément stratégique essentiel puisque je dispose aujourd'hui de ressources structurelles et humaines sur tout le département. L'ARS et la MDPH<sup>87</sup> mettent en avant qu'à l'échelle départementale, les enfants qui présentent une déficience moyenne et sévère sont ceux dont les durées de transports sont les plus longues. Par conséquent cela indique qu'il n'y a pas les réponses de proximité sur le territoire pour ces enfants, soit par l'absence de places, soit par l'absence de réponses appropriées à leurs besoins. Si aujourd'hui les établissements et services du Domaine Extra-Muros accueillent des enfants et adolescents déficients intellectuels légers, ce qu'il m'importe de regarder ce sont les propositions à géométrie variable qu'il est possible d'apporter selon les caractéristiques du territoire. L'étude croisée des tableaux 2<sup>88</sup>-3<sup>89</sup> et la carte présentée en figure 2<sup>90</sup> met en évidence des disparités dans la « couverture » du territoire. Elles sont significatives entre le milieu rural et le milieu urbain. En effet, le département du Cher est développé de façon plutôt urbaine sur son axe central et s'avère extrêmement rural dans tout le reste du département.

Mon approche du territoire est construite sur 2 axes qui croisent le cadre réglementaire, particulièrement le respect du droit des usagers que j'ai développé en première partie, et une volonté de réponse en matière de besoins tels qu'ils ont été diagnostiqués. Je vise donc à répondre aux besoins des usagers en accord avec la commande publique. Ainsi ma vision du développement possible des services et établissements sur le territoire implique des propositions qui prennent en compte :

- la proximité des milieux de vie des enfants
- une diversité de réponses facilitant les parcours (lutte contre les effets filières)
- une flexibilité dans les interventions.

---

<sup>87</sup> Diagnostic EN – MDPH-ARS du Cher, Novembre 2013

<sup>88</sup> Tableau 2, Etablissements Médico-sociaux pour enfants dans le Cher p 25

<sup>89</sup> Tableau 3, Services Médico-sociaux pour enfants dans le Cher p 26

<sup>90</sup> Figure 2, Les ESMS pour enfants dans le département du Cher, p 21

**La proximité des milieux de vie** constitue un facteur d'inclusion fondamental. Pouvoir développer des réponses dans l'environnement habituel de vie de l'enfant est facilitateur et c'est un objectif qui sera recherché quel que soit le mode d'accompagnement. C'est un élément premier quel que soit le degré de la déficience. Intégrer le tissu social et l'environnement socio-culturel, professionnel est donc primordial. La recherche d'accompagnement à partir de l'habitat familial pour éviter les ruptures, faciliter le travail avec les parents s'inscrit dans cette proximité territoriale. Elle favorise le lien inter-parental et permet de développer une conception de l'accompagnement par un travail sur la parentalité. De plus, la proximité facilite les liens dans un environnement géographique donné et les partenariats pour développer l'inclusion.

**La diversité des réponses** implique d'avoir des ressources en matière de réponses au projet personnalisé et d'être toujours en mesure de proposer de nouvelles modalités d'accompagnement. Elle limite les effets filières qui « chronicisent » les parcours. De plus, elle offre une perspective dynamique qui n'enferme pas l'enfant dans une situation d'accompagnement donnée sur plusieurs années. « *La mosaïque des besoins implique la pluralité des formes et des itinéraires* ». <sup>91</sup>

**La flexibilité** des interventions permet des réponses individualisées et une meilleure approche du milieu de vie de l'enfant. Intervenir dans chacun de ses milieux de vie nécessite cette flexibilité. De ce point de vue, le renforcement de l'accompagnement ambulatoire constitue un levier pertinent. Les caractéristiques rurales du département avec les contraintes de mobilité qui en découlent rendent cette capacité nécessaire. A noter que, soit par leur travail, soit par leurs difficultés sociales, de nombreuses familles ne peuvent se déplacer aisément. Les transports en commun, en milieu rural, ne permettent pas de répondre aux besoins de déplacement comme c'est le cas en milieu urbain. Qu'il s'agisse de temps ou d'argent, la ruralité génère un coût dans les transports qui peut s'avérer être un frein dans l'accompagnement des enfants. La capacité de développer des services flexibles est un indicateur de qualité dans l'environnement où sont situés les dispositifs. Pour cela les coopérations avec le tissu associatif et les communes sont essentielles.

Comme je l'ai exposé en première partie, le diagnostic est aujourd'hui caractérisé par une inadéquation entre l'offre et la demande. Ainsi, nombre d'enfants n'ont pas de réponse adaptée à leurs besoins dans leur environnement de proximité. Cela se traduit par un

---

<sup>91</sup> GARDOU C, 2013, *Fragment sur le handicap et la vulnérabilité, pour une révolution de la pensée et de l'action*, Collection Connaissances de la diversité, Toulouse : Erès, p148

déficit d'inclusion dans l'environnement habituel de l'enfant, des temps de transport importants ou l'absence d'accompagnement par manque de place. Les recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM incitent très largement à résoudre ce type de problématique. L'approche par le territoire et les milieux de vie constituent des références et de véritables indicateurs de qualité. Elles permettent de renforcer l'accompagnement de l'enfant, les liens avec les parents, la dimension partenariale et son inscription dans les dispositifs locaux et de droit commun. Qu'il s'agisse de la scolarisation, de l'éducation ou du soin, l'inclusion sociale passe par une proximité située à l'échelle locale. Ainsi, mes propositions de réponses intégreront la disparité de besoins et chercheront à développer :

- des spécificités dans les dispositifs selon leur situation sur le département
- le renforcement de l'accompagnement ambulatoire dans sa conception départementale
- la transformation des agréments pour s'adapter aux configurations et besoins locaux avec des distinctions entre le milieu rural et urbain.

### **2.1.3 Développer des offres variées et affirmer notre cœur de métier**

Depuis 1953, les PEP18 ont construit une spécificité sur l'accompagnement des personnes déficientes intellectuelles tout au long de la vie, avec une grande diversité de dispositifs allant de la toute petite enfance jusqu'à l'âge adulte. Les modes d'accompagnement sont également très variés. Ils vont de l'accompagnement ambulatoire jusqu'à l'accueil permanent. Cela représente aujourd'hui le cœur de métier de l'association avec l'ensemble de ses établissements et services. Leur expérience et leur savoir-faire sont reconnus à l'échelle du département et par les autorités de tarification. Une étude des différentes associations<sup>92 93</sup> avec leurs établissements ou services et les cœurs de métiers met en évidence un certain équilibre à l'échelle du département.

Aujourd'hui, chacune de ces associations est reconnue dans un champ spécifique et relativement distinct des autres. Si, dans certains cas, deux associations accompagnent la même population, elles s'avèrent davantage complémentaires que concurrentes. Ainsi, les PEP18 sont reconnues pour leur expérience et leur savoir-faire sur l'accompagnement des enfants déficients intellectuels. Elles le sont du point de vue des institutions de l'Etat, l'ARS, l'Education Nationale et la MDPH, mais aussi dans l'environnement territorial, associatif et politique. Ces éléments sont très importants dans la dimension stratégique car ils permettent sans aucun doute d'affirmer un positionnement dans les modalités de

---

<sup>92</sup> Tableau 2, Etablissements Médico-sociaux pour enfants dans le Cher, p 25

<sup>93</sup> Tableau 3, Services Médico-sociaux pour enfants dans le Cher, p 26

développement de réponses au regard des besoins énoncés dans le diagnostic. A cet égard, une forte « tendance » amène aujourd'hui les IME à avoir des agréments dits « polyvalents », c'est-à-dire capable d'accueillir des enfants déficients légers à sévères. Cette ouverture semble, à priori très positive car elle présente aussi une certaine souplesse dans les réponses. En effet, si les IME disposent tous de cet agrément cela permet alors d'avoir une solution « généraliste » dans une proximité territoriale. Elle apporte aussi une certaine simplification des orientations puisque la question de l'agrément ne se distingue plus par le degré de déficience. De ce point de vue, un regard à l'échelle du département du Cher,<sup>94</sup> montre que ce choix de définition des IME pourrait présenter un intérêt. Pour autant, il présente plusieurs limites selon moi. La première est que cette vision des agréments ne permettra pas de répondre à court terme aux besoins des enfants en situation de handicap les plus lourds qui n'ont pas d'accompagnement actuellement. A moyen et long terme, elle ne garantit pas aux enfants qui en ont le plus besoin le fait qu'ils puissent bénéficier d'un accompagnement de type IME. Ainsi, elle n'offre que des réponses partielles et difficilement maîtrisables.

La seconde limite se trouve dans les attentes des usagers et de leurs parents. Comme je l'ai exposé dans le chapitre précédent, si nombre de familles sont en attente de solutions plutôt institutionnelles pour leur enfant dans les situations de déficience moyenne et sévère, c'est plutôt l'inverse dans les situations de déficience légère où les familles sont plutôt en attente de processus d'accompagnement à partir de la norme. L'étude que j'ai proposée préalablement sur la déficience intellectuelle vient argumenter plus précisément les attentes des parents. En effet, je l'ai montré, les enfants dont la déficience est légère se situent sur une limite qui leur permet néanmoins d'accéder à une socialisation qui peut les amener vers la norme. Elle est même particulièrement indiquée du point de vue de leur développement. Les enfants se situant dans la déficience moyenne et sévère ont également besoin de cette stimulation mais elle nécessite une médiation beaucoup plus importante compte tenu de leur déficit cognitif et d'une étiologie organique plus avérée. Il est également lisible que le vécu stigmatisant des enfants dont la déficience est plus légère risque d'être accrue.

La dernière limite, selon moi, dans cette approche généraliste, est l'étendue des compétences et de l'expertise dans une configuration aussi large. Toujours en référence au chapitre sur la déficience, il apparaît que les écarts de besoins individuels selon le degré de déficience est très important, trop de mon point de vue, pour développer une

---

<sup>94</sup> Figure 2, Les ESMS pour enfants dans le département du Cher, p 21

véritable qualité d'accompagnement nécessitant des approches très spécifiques et diversifiées au sein d'un même établissement ou service.

Ainsi, mon positionnement dans les propositions de transformation des IME et du SESSAD du Domaine Extra-Muros est articulé sur une conception d'accompagnement plutôt ambulatoire pour les enfants et adolescents qui présentent une déficience intellectuelle légère. Le SESSAD correspond dans ses missions à ce type d'accompagnement et peut favoriser les conditions environnementales nécessaires à leur développement. Il vient bien en réponse aux attentes des parents et de leurs enfants. Il s'inscrit pleinement dans les attentes des politiques publiques et dans cette vision inclusive que j'ai posée en introduction. Le caractère départemental du SESSAD permet aussi une inscription très marquée sur le territoire. Le Domaine Extra-Muros a développé cette compétence depuis plusieurs années, en créant des dispositifs inclusifs dans tous les domaines : sur le plan scolaire, socio-culturel et dans l'accompagnement des familles et des enfants. Il s'agit d'accentuer une dynamique et une vision inclusive à une échelle plus conséquente, à partir d'un savoir-faire existant. Des partenariats importants sont déjà à l'œuvre et seront des appuis ; d'autres seront à développer<sup>95</sup>. Les dispositifs d'accompagnement pour les plus de 16 ans qui sont particulièrement actifs à l'IME de Barbès de Bourges et à l'IME hors-les-murs de Vierzon seront à adapter à partir d'une configuration SESSAD. L'accompagnement vers la vie d'adulte sera une nouvelle spécificité à créer à partir du SESSAD.

Les IME seront plutôt dédiés aux enfants et adolescents déficients intellectuels moyens et sévères avec une distinction des IME Barbès de Bourges et St Satur. En effet, ces deux IME présentent des spécificités sur le plan local et un certain éloignement géographique contradictoire avec la volonté d'inclusion territoriale.

L'expérience des autres IME du pôle enfants des PEP18 constituera une ressource pertinente puisque ces établissements sont déjà identifiés dans leur spécificité d'accompagnement d'enfants déficients intellectuels moyens, sévères et autistes. Je solliciterai donc mes collègues directeurs pour des coopérations ciblées qui me permettront d'étayer cette transition conséquente, particulièrement sur les spécificités de la déficience intellectuelle moyenne et sévère. Je développerai ce volet en troisième partie.

---

<sup>95</sup> Annexe 5 : Un système de coopération au service du projet personnalisé

## 2.2 L'inclusion et la promotion de parcours sur un territoire : une dynamique au service de l'utilisateur

### 2.2.1 L'inclusion : un concept pour accompagner le changement

Le concept d'inclusion est très largement utilisé dans le vocabulaire médico-social et souvent relié à la dimension scolaire. Bien que je sois attaché à l'inclusion scolaire, je veux néanmoins m'inscrire dans une vision plus large de l'inclusion, car la scolarité d'un enfant ou d'un adolescent n'est qu'un aspect de sa vie sociale, loin d'en représenter la globalité. D'ailleurs, comme le montre le rapport BLANC,<sup>96</sup> même si la scolarisation des enfants handicapés a très largement augmenté depuis 2005, elle ne concerne qu'une partie d'entre eux. Près d'un tiers bénéficie encore d'une scolarité en milieu institutionnel et non de dispositifs inclusifs. Ainsi, s'attacher au concept d'inclusion dans sa globalité, c'est d'abord s'attacher au respect du droit des usagers.

Pour aborder la question de l'inclusion comment ne pas revenir à nouveau et pour point de départ sur la loi du 11 février 2005 « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » ? Dans son intitulé, la loi indique un double mouvement, celui de l'individu avec ses droits d'accès et celui de la société avec son accessibilité. Elle implique le principe d'égalité. Si le sujet en situation de handicap est effectivement doté de droits, cela ne se traduit pas pour autant par une effectivité du droit. Sans le présenter comme un argument, l'exemple sur l'accessibilité aux bâtiments est très explicite. Dix ans après la loi 2005, celle-ci n'est pas généralisée et des mesures dérogatoires permettent de différer la mise en conformité. La CNSA, dans ses chiffres clés de 2014 indique, en s'appuyant sur le rapport CAMPION<sup>97</sup> « Réussir 2015 », que seuls 15% des Etablissements Recevant du Public étaient aux normes fin 2012.

Mon cheminement me conduit donc à repartir de l'intitulé de la loi et, après avoir traité de l'égalité des droits en première partie, à m'intéresser à l'égalité des chances, à la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. C'est un point de vue plus global de l'inclusion, centrée sur sa dimension sociale. Dans cette perspective, l'approche conceptuelle de JF.RAUAUD à partir d'une « *épidémiologie sociale* »<sup>98</sup> présente un intérêt car elle me permet d'appréhender la question sociale de l'inclusion et du handicap sous

---

<sup>96</sup> BLANC P, Rapport d'information N° 359 Sénat session extraordinaire 2006-2007 Annexe au procès-verbal de la séance du 3 juillet 2007.

<sup>97</sup> CAMPION AL, Réussir 2015, Mars 2013

<sup>98</sup> RAUAUD JF, 2014, *Handicap une encyclopédie des savoirs-Des obscurantismes à de nouvelles lumières*, Sous la direction de GARDOU, Toulouse : Eres, 469p

un autre angle : les impacts du point de vue de la restriction dans la participation sociale. Ainsi, « l'épidémiologie sociale » propose :

- « De décrire les conséquences des déficiences sur les limitations d'activité, les conditions et la qualité de vie des personnes, de leur entourage, ainsi que des différents facteurs environnementaux qui facilitent ou font obstacle à la participation des individus et à la réalisation de leurs habitudes de vie ; »
- « D'analyser les facteurs déterminants, tant personnels que sociaux et environnementaux, qui conduisent une déficience à se traduire ou non en limitation d'activité et en restriction de participation et à analyser leurs effets respectifs ; »
- « A évaluer les méthodes réadaptatives, les dispositifs de prise en charge médico-sociale visant à restreindre le passage aux limitations d'activités et aux restrictions de participation »<sup>99</sup>.

Cette proposition conceptuelle est particulièrement pertinente, d'abord parce qu'elle résonne avec la définition du handicap de la loi 2005 et le CIF puis parce qu'elle détourne des « *habitus* » professionnels pour regarder l'ensemble des interactions qui facilitent ou font obstacle à la participation du sujet. Si le sujet est au centre des préoccupations, il n'est pas pour autant le seul acteur dans la dynamique inclusive. Un autre aspect intéressant de cette définition conceptuelle, est qu'elle permet de pouvoir se décliner dans une méthodologie de projet personnalisé<sup>100</sup> avec une grille de lecture en matière de diagnostic, de préconisation avec ses objectifs et son évaluation. Une telle approche permet de décliner un ensemble d'indicateurs précis dans un environnement complexe, qui ne peut avoir qu'un relief singulier. Elle pose l'inclusion à partir d'un principe général qu'est la participation du sujet et implique un regard surplombant l'inclusion dans sa dynamique interactive et complexe. C'est donc une perspective de l'inclusion qui prend en compte l'individu et la société avec ses acteurs, son cadre réglementaire, ses structures etc. C'est une entrée que l'on peut définir comme « écologique » qui interroge l'environnement, pas uniquement dans sa dimension technocratique. Le Processus de Production de Handicap (PPH)<sup>101</sup>, publié en 1989 par des chercheurs québécois, apporte un éclairage en ce sens.

---

<sup>99</sup> Ibid, p103

<sup>100</sup> Annexe 6 : Modélisation de la méthodologie du projet personnalisé : une dynamique de co-construction

<sup>101</sup> Annexe 1 : Modélisation du CIH, CIF et PPH

Par conséquent, cette approche questionne la dimension culturelle de l'inclusion. Elle s'inscrit plus globalement dans une volonté d'action de réduction de l'inégalité que produit le handicap. La notion d'inégalité renvoie à l'étude des causes mais selon une « étiologie sociale » qui vient observer les causes dans la production d'inégalités et non plus dans la déficience. De ce point de vue, JF. RAVAUD rappelle « *les trois familles de déterminants de l'état de santé qui s'accumulent et s'enchaînent : les déterminants socio-économiques, les comportements et le système de prise en charge*<sup>102</sup> ». Ma vision de l'inclusion s'appuie sur ce champ conceptuel qui considère le double mouvement entre l'individuel et le collectif. Elle est centrée sur une problématique de réduction de l'écart qui constitue l'inégalité.

Concevoir le changement par l'inclusion c'est donc se placer dans ce double mouvement qui implique des actions auprès de l'utilisateur et dans la société. C'est agir dans une perspective de « *société inclusive* »<sup>103</sup> dont C.GARDOU dit que sa « *signification se dévoile par le plein droit de cité qu'elle offre à la diversité des silhouettes humaines et à leurs modes d'accès au monde* »<sup>104</sup>. Ainsi, la loi du 11 février 2005 constitue en réalité un droit fondamental permettant cet accès au monde, les ESMS étant des interfaces facilitant l'accessibilité. Les actions doivent ainsi être tournées vers le sujet pour un accès à l'existence et dans l'environnement social dans lequel nous évoluons. En réalité, « *le handicap met en relief ce caractère toujours problématique de l'accès à l'existence, soumise à maints empêchements* »<sup>105</sup>.

Le concept d'inclusion trouve ainsi son point d'origine dans un entre-deux caractérisé au départ par la situation de handicap dans sa dimension sociale. Par conséquent, cette tension entre le droit et son effectivité m'amène aussi à adhérer à la perspective anthropologique de HJ.STICKER<sup>106</sup> et de considérer que « *le statut des « personnes handicapées » est liminal dans la société d'aujourd'hui* »<sup>107</sup>. Le concept de liminalité développé par R.MURPHY, anthropologue paraplégique, montre que la personne en situation de handicap se trouve dans une sorte d'interface où elle n'est ni vraiment incluse ni vraiment exclue. Le handicap est un construit social qui place ainsi la personne dans

---

<sup>102</sup> RAVAUD JF, 2014, *Handicap une encyclopédie des savoirs-Des obscurantismes à de nouvelles lumières*, Sous la direction de GARDOU, Toulouse : Eres, p105

<sup>103</sup> GARDOU C, 2013, *La société inclusive : parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*, Toulouse : Eres, 170p

<sup>104</sup> Ibid p42

<sup>105</sup> Ibid p80

<sup>106</sup> STICKER HJ, 2013, *Corps infirmes et sociétés*, Collection idem, Paris : Dunod, 330p

<sup>107</sup> STICKER HJ, 2007, « Pour une nouvelle théorie du handicap. La liminalité comme double », *L'Esprit du temps, Champ psy* 1, n° 45, <http://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2007-1-page-7.htm>

cette situation dite de seuil qui ne la met pas totalement en dehors de la norme mais ne l'agrège pas non plus totalement. « *Elle qualifie le moment où un individu a perdu un premier statut et n'a pas encore accédé à un second statut ; il est dans une situation intermédiaire et flotte entre deux états. L'analyse du handicap en tant que liminalité met en évidence cette situation de seuil comme un trait essentiel de la condition sociale des personnes handicapées* »<sup>108</sup>.

Ainsi, le processus inclusif me semble relever de cette démarche qui consiste à accompagner la personne à sortir de cette situation de seuil. Ceci implique une action sur l'environnement. En effet, il n'en demeure pas moins que la norme constitue un « *cadre de représentation massifié* »<sup>109</sup> construit dans un système de représentations sociales et culturelles, à l'échelle individuelle et collective qui peuvent constituer autant de forces que de freins. Comme l'explique HJ.STIKER « *la difformité des corps, les troubles de l'esprit, les privations de sens, ont toujours inquiété les groupes sociaux, tout comme le sexe, le pouvoir, l'échange, la mort ou les ancêtres. Il n'existe pas de culture qui n'ait élaboré une explication, une vision, bref une « anthropologie de l'infirmité* »<sup>110</sup>.

Les représentations de la différence façonnent effectivement la construction de la relation à l'autre, elle est intrinsèque à l'altérité. On peut vouloir la réduire, la reconnaître ou la nier. L'inclusion consistera sûrement à la reconnaître pour permettre à l'autre d'exister. La différence reste dans tous les cas difficile à circonscrire puisqu'elle est elle-même prise dans un environnement social et culturel. « *L'infirmité, et les infirmes nous effraient dans la mesure où la menace potentielle qu'ils représentent est inscrite en nous-mêmes. Etant ainsi semblables, nous avons le plus grand mal à le reconnaître. Nous projetons alors cette similitude comme une dissemblance qui n'appartiendrait qu'à ceux qui la manifestent, mais elle est notre altérité. Cette altérité est toujours nous, il nous faut donc, en la laissant à distance, ne pas la faire disparaître*»<sup>111</sup>

L'inclusion serait alors cette situation idéale où la personne sortirait de son statut social de handicapé qui la fige dans le seuil pour aller exister en tant que sujet dans la norme, grâce à des aménagements. C'est dans cet espace médian que se construisent les actions et les réponses à développer. C'est un « cap » inclusif. Cette approche implique

---

<sup>108</sup> CALVEZ M, Mai 2010, « La liminalité comme cadre d'analyse du handicap », HAL, p1, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00483461/document>

<sup>109</sup> Ibid

<sup>110</sup> Ibidem p10

<sup>111</sup> Ibidem p11

donc une dimension extrêmement individualisée de l'accompagnement et ouvre sur la dimension de parcours de vie très singulier qui constitue le cœur de l'inclusion.

### **2.2.2 Le parcours comme levier dans la dynamique du projet personnalisé**

L'approche inclusive suppose donc le développement de la notion de parcours. Cette notion est très largement développée dans toute la littérature ou dans tous les textes réglementaires. Il est important de la mobiliser, d'abord parce qu'elle constitue un élément central dans le contexte de l'intervention mais aussi parce que c'est une entrée essentielle permettant d'individualiser le projet. Empruntée à la loi HPST, avec le parcours de santé, cette notion porte le projet hors-les-murs en le « désinstitutionnalisant ». En effet, la philosophie sous-tendue par le parcours est d'accompagner la personne à partir d'un processus dynamique en mobilisant toutes les ressources dont elle a besoin et ses attentes. Elle porte alors le projet personnalisé dans une dimension écologique avec un accompagnement ouvert sur les coordinations et les coopérations sur les territoires. Comme je l'ai cité plus haut, l'utilisateur n'appartient plus à l'institution, « *il est au centre du dispositif* », celui-ci n'étant plus exclusivement accompagné par l'institution qui l'accueille.

En réalité, les lois 2002, 2005 et 2009 ont posé le cadre de cette conception avec notamment, la contractualisation et la dimension de prestations de services dans les actions médico-sociales. « *Le dispositif est à géométrie variable, susceptible de changer de cap, d'augmenter sa gamme de prestations ou bien de la réduire, de la spécialiser davantage ou bien de modifier les modalités de délivrance de ses prestations, ou encore de se déplacer en matière de concept de services* »<sup>112</sup>. Il est composé de l'ensemble du droit commun et des opérateurs du champ sanitaire, social et médico-social. Le projet personnalisé ne s'inscrit donc plus dans le seul environnement institutionnel d'accueil de la personne. D'ailleurs, la coordination des parcours personnalisés a été instituée avec la création des MDPH par la loi de 2005. Le droit à compensation et les prestations qui en découlent trouvent leur source dans un environnement global de services qui sont mutualisés. La terminologie « *d'opérateur* » pour nommer les ESMS émerge de ce paradigme où la notion de parcours prend tout son sens.

Ainsi, la notion de parcours donne bien des perspectives de « désinstitutionnalisation » et conduit à une mobilisation extra institutionnelle. Elle implique des temporalités singulières avec des étapes de construction personnalisées, une diversité d'interventions avec des interactions et des acteurs extra-muros et par conséquent une décentration importante de

---

<sup>112</sup> LOUBAT JR, 2013, *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p25

l'institution. La notion de parcours s'associe bien à la dimension d'inclusion que j'ai développée précédemment et correspond particulièrement aux besoins et capacités d'interactions nécessaires aux enfants déficients intellectuels. Les recommandations de l'ANESM et le rapport de la CNSA de 2012 sont très utiles dans la compréhension de cette notion. En effet, la co-construction du projet personnalisé telle qu'elle est développée dans toute les RBPP<sup>113</sup> de l'ANESM est ancrée dans cette vision de l'accompagnement et des parcours. Les recommandations rendent compte aussi de cette intention généralisée de parcours inclusif et de la prédominance des milieux de vie de la personne. La co-construction du projet personnalisé trouve ses fondements dans ce champ interactionnel totalement décentré de l'institution et constitue le contexte d'intervention. Le projet est au centre d'un système de coopérations<sup>114</sup> en mouvement constant pour promouvoir les parcours. Cette vision, selon moi séduisante, peu discutable et *in fine* incontournable, implique une conduite de changement radical et multidimensionnel. Elle est aussi un enjeu de direction qui est au cœur de ma problématique. En effet, elle nécessite une adaptation des projets d'établissements très importante et des réponses à co-construire dans un environnement de coopération. L'objectif est de répondre aux besoins et attentes d'usagers de façon plus affinée et personnalisée. Que ce soit pour le projet personnalisé, thérapeutique (au sens large) ou d'établissement, la notion de parcours conduit aussi à envisager de nouvelles méthodologies de projet en intégrant cet aspect de co-construction. Même si dix ans se sont écoulés depuis le début de la rénovation sociale et médico-sociale avec ses lois fondatrices, il faut bien admettre que nous ne sommes aujourd'hui qu'aux prémices d'un « nouveau monde » et que notre cadre de représentation professionnel, nos rapports avec les partenaires et les usagers sont très largement bousculés.

Prendre la notion de parcours dans sa genèse et telle qu'elle est recommandée implique de revisiter nos pratiques et notre posture dans ce nouveau paradigme. C'est un enjeu de direction pour apporter des réponses en phase avec les attentes et besoins des usagers qui évoluent, eux aussi, en fonction de l'environnement sociétal. Je leur accorde une attention toute particulière. Les approches par la diversité, la flexibilité énoncées dans la partie qui précède seront bien des facteurs clés de réussite dans les projets d'adaptation. Dans sa conception de la coordination des parcours JR LOUBAT<sup>115</sup> suggère une cellule de coordination « had hoc », complémentaire à la CDAPH, comprenant 4 sphères : la

---

<sup>113</sup> RBPP, Les attentes de la personne et le projet personnalisé, <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

<sup>114</sup> Annexe 5 : Un système de coopération au service du projet personnalisé

<sup>115</sup> LOUBAT JR, 2013, *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p30

MDPH (CDAPH-PCH-PPS)<sup>116</sup>, les parents et les aidants, les proches (projet de vie, attentes et besoins), les services de droit commun externes et internes (Ecoles-Entreprise-Villes etc), les services internes au dispositif (ESMS). Il souligne le changement de posture et de mode d'intervention inhérent à la notion de parcours et d'inclusion qui ouvre selon lui sur trois grandes étapes :

- « *L'étude de la situation de la personne : son projet de vie, ses aspirations et ses craintes, ses atouts, ses faiblesses, les contraintes et les opportunités de son environnement.*
- *La détermination d'axes de progrès, véritable plan de promotion : qu'est-ce qui peut être valorisé, développé ou obtenu dans le sens de la reconnaissance et de la promotion de la personne ?*
- *L'accompagnement dans la mise en œuvre d'un plan d'action par des conseils, de la stimulation, des soutiens, des mises en situation, de la co-évaluation, des réajustements »<sup>117</sup>.*

Si la notion de parcours constitue bien un point référentiel pour une nouvelle méthodologie de projet, il n'en reste pas moins qu'elle comporte encore quelques freins, notamment dans la dimension réglementaire. En effet, la logique de parcours exige une souplesse à la hauteur des besoins et des recommandations. Or, certains aspects de la tarification, les procédures pour les ajustements d'orientation, les dimensions partagées de l'accompagnement ne la favorisent pas toujours. L'empreinte du modèle réparateur et ses logiques bureaucratiques restent bien présentes dans les modèles d'intervention.

De plus, cette nouvelle conception méthodologique du projet induit d'autres formes managériales que je développerai plus précisément en troisième partie. D'abord, les acteurs de l'accompagnement et les prestations sont partiellement ou totalement externalisées, d'où d'autres pratiques professionnelles dans l'accompagnement de l'enfant. Ensuite, le travail d'équipe n'est plus centré sur la dynamique des groupes et uniquement intra-muros. La perspective inclusive impose une montée en complexité managériale parce qu'elle se situe dans une dialectique intra/extra-muros, avec des espaces décisionnels relatifs au projet personnalisé, qui ne sont plus dans la seule « maîtrise » institutionnelle. La conduite de changement dans ce paradigme ne peut s'envisager autrement que par un projet managérial.

---

<sup>116</sup> Commission Départementale de l'Autonomie des Personnes Handicapées - Prestation de Compensation du Handicap - Projet Personnalisé de Scolarisation

<sup>117</sup> LOUBAT JR, 2013, *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p28

Enfin, l'inclusion conçue à partir de la notion de parcours requiert nécessairement une forte inscription sur le territoire. Celui-ci constitue le champ à partir duquel se développent toutes les prestations nécessaires à la compensation du handicap et représente l'espace commun au centre duquel se trouvent l'enfant et ses parents ainsi que les acteurs du dispositif. Le territoire est donc le troisième outil conceptuel qui puisse permettre de favoriser l'inclusion des enfants et adolescents déficients intellectuels et la voie d'adaptation des IME et du SESSAD du Domaine Extra-Muros.

### **2.2.3 Le territoire : un système complexe vecteur d'inclusion**

Dès les premières pages de ce travail, j'ai énoncé le terme de territoire. Je me suis déjà arrêté sur l'aspect de l'implantation des établissements et services. A présent, je souhaite relier ce concept avec l'inclusion et le parcours. Le territoire constitue le point d'ancrage de toutes les politiques publiques, notamment par le territoire de santé. L'ensemble des schémas, plans et autres programmes s'élabore à partir de là. Il forme le tronc commun à toutes les actions sociales qui se déclinent de plus en plus sur un axe transversal. C'est un espace géographique, politique, administratif, social, culturel, structurel, de coopération. Il est surtout l'espace de vie pour l'utilisateur comme pour tous les acteurs qui le composent. C'est donc un cadre d'interactions extrêmement puissant qui rend les potentialités de réponses aux besoins très importantes compte tenu de la complexité de toutes les combinaisons possibles. *« C'est un système complexe dont la dynamique résulte de boucles de rétroaction qui lient un ensemble d'acteurs et l'espace géographique qu'ils utilisent, aménagent et gèrent en fonction de leurs représentations, passées, présentes et projetées »<sup>118</sup>.*

Le territoire est à la fois une contrainte, par les limites qu'il présente, et une ressource par les opportunités transversales qu'il offre, à travers ses structures, ses acteurs et toutes les interactions possibles. A. MOINE et N. SORITA définissent le territoire comme un système composé de quatre sous-systèmes :

- *« L'espace géographique qui est l'espace organisé par les sociétés. Il est le produit de pratiques sociales et simultanément une composante de ces pratiques. Il doit être compris comme un lieu d'organisation. Cet espace est naturel, et ensuite constitué d'objets anthropiques.*
- *Les représentations individuelles et collectives de l'espace que se font les acteurs et qui vont largement orienter leurs projets.*

---

<sup>118</sup> MOINE A – SORITA, 2015, *Travail social et territoire. Concept, méthode, outils*, Politiques et interventions sociales, Rennes : Editions EHESP, p58

- *Les acteurs eux-mêmes qui agissent directement ou indirectement en utilisant, aménageant l'espace géographique en fonction des représentations qu'ils s'en font. Ils coexistent à minima dans trois sphères : institutionnelle, société civile et privée.*
- *Le temps, qui sous-tend l'ensemble de ces sous-systèmes qui s'articulent au gré de leurs interrelations, au travers de dates, mais également de durées et de conjonctions des phénomènes»<sup>119</sup>.*

Cette définition par la complexité m'intéresse dans la mesure où elle donne des clés pour non seulement envisager le territoire comme une entité qui nous dépasse mais aussi comme une voie de construction et d'avenir. Elle permet également d'envisager un cadre d'analyse de situations singulières à partir de caractéristiques environnementales et montre à quel point le territoire n'est pas simplement une donnée géographique ou administrative mais qu'il comprend un ensemble d'interactions.

Ainsi, c'est un espace de construction sociale aux ressources infinies, insoupçonnées, que le projet personnalisé peut nous conduire à éveiller. C'est un lieu de créativité dont les contours ne peuvent être envisagés de façon standardisée. Le territoire a donc un caractère plastique qui constitue une ressource majeure à la fois dans la compréhension, l'analyse des besoins et dans la production de réponses. Concrètement, une variété de données liées à l'individu touche à la question territoriale. On peut identifier : l'habitat, les transports, la situation urbaine, périurbaine, rurale, les associations, la culture locale, la démographie, l'emploi, le climat, les caractéristiques sociologiques etc. Ce sont autant d'indicateurs qui s'inscrivent dans la vie et le parcours d'une personne. Ils sont à prendre en compte dans l'environnement de celle-ci. Le recueil d'éléments à l'échelle d'une compréhension du territoire constitue ainsi un champ majeur dans l'approche méthodologique du projet personnalisé. Chaque individu est dans un rapport très particulier avec son territoire. Le territoire est ainsi un outil conceptuel permettant de comprendre le milieu de vie d'une personne et un outil opératoire facilitant son inclusion en fonction de ses attentes et de ses besoins.

### **2.3 Adapter nos dispositifs : un projet de changement pour les enfants et les adolescents déficients intellectuels.**

A partir de l'ensemble des besoins énoncés en première partie et de ma conception des réponses dans le triptyque inclusion-parcours-territoire, mes préconisations s'articulent

---

<sup>119</sup> Ibid p58

sur un projet de changement qui favorisera l'inclusion des enfants et adolescents déficients intellectuels en adaptant l'offre de service des IME et SESSAD. Le CPOM constituera le cadre de ce projet de changement qui, par définition, s'inscrira dans un ensemble d'ajustements et d'objectifs définis dans une temporalité de cinq ans, en référence aux schémas et plans territoriaux. Il s'opérera dans un système d'interactions institutionnelles puisqu'il engagera plusieurs établissements et services sur la même temporalité. Par ailleurs, l'impact du changement sur les organisations et le cadre du CPOM me positionneront dans une forte synergie avec ma direction générale et les ressources du siège.

Mon projet de changement s'articule sur des transformations en quatre points :

- Transformer l'agrément de l'IME Barbès de Bourges pour permettre l'accueil d'enfants-adolescents déficients intellectuels moyens-sévères (30 places en externat).
- Développer le champ ambulatoire avec une extension des places de SESSAD de 80 à 120 places et un élargissement de l'agrément jusqu'à 23 ans. Un dispositif « SESSAD Pro » sera intégré à cette extension.
- Rendre « autonome » l'antenne de St Satur avec un agrément déficience intellectuelle légère-moyenne (20 places).
- Fermer l'IME hors-les-murs de Vierzon.

La conception de ces recommandations et de ce projet repose sur deux axes et vient pour partie répondre aux besoins sur le territoire :

- Prioriser les places d'IME pour les enfants porteurs des handicaps les plus lourds en transformant les agréments d'IME « déficience légère » en « déficience moyenne et sévère », à l'exception de l'IME de St Satur (Actuellement antenne de l'IME Barbès de Bourges). En effet, il est isolé sur son territoire et constitue la seule réponse sur le bassin de vie<sup>120</sup> « Aubigny-Sancerre ».
- Prioriser l'accompagnement ambulatoire pour les enfants déficients intellectuels légers.

Le projet s'appuie sur les caractéristiques des besoins sur le territoire et sur les besoins d'accompagnement spécifiques des enfants et adolescents déficients intellectuels du point de vue développemental. Il répondra aux objectifs déclinés dans les fiches actions du CPOM :

---

<sup>120</sup> Bassin de vie du Cher – Définition de l'INSEE

- Améliorer l'offre de services et la qualité de l'accompagnement par des solutions diversifiées, adaptées et de proximité.
- Réduire les listes d'attente.
- Soutenir la scolarisation et l'insertion professionnelle et sociale.
- Limiter la durée des transports.
- Soutenir les familles.

Ce projet s'appuie sur le PTS<sup>121</sup>, le SROSM<sup>122</sup> et leurs objectifs réciproques. Pour le SROSM 2012-2016 dans son objectif opérationnel 6 : « Favoriser la scolarisation, l'insertion professionnelle et sociale des personnes handicapées. Action 14 : contribuer au développement d'actions et de dispositifs de soutien à la scolarisation dans le cadre de travaux coordonnés au sein de chaque territoire. Dans le cadre d'une coordination ARS-Education Nationale - MDPH, développer des places de SESSAD prioritairement par restructuration en articulation avec les dispositifs de l'Education Nationale. Action 16 : développer le travail partenarial entre institutions MDPH-EN-ARS, organismes (CFA-CFAS, CAP emploi.....) entreprise et ESMS dans le cadre de l'insertion professionnelle pour définir des parcours adaptés. Développer de véritables projets d'insertion professionnelle ».

Pour le PTS Cher 2013-2016 dans son objectif 7 et particulièrement le 7.2 : « Améliorer les réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap. Contribuer à la fluidité des parcours de vie des personnes handicapées dans une dimension de proximité. Eviter les ruptures de prise en charge, réduire le nombre d'orientations ou de maintiens par défaut de solutions appropriées et lever les obstacles à la scolarisation, à l'insertion professionnelle et sociale des personnes en situation de handicap. Actions : Travailler sur les sorties d'IME-Evolution des agréments pour une prise en charge plus adaptée-Travailler la réduction des listes d'attentes ».

Le projet repose sur des principes fondamentaux à partir desquels toutes les actions d'accompagnement sont appuyées. Il s'ancre dans une démarche éthique de l'accompagnement et dans une recherche continue :

- de promotion et reconnaissance de la personne par la valorisation de ses potentialités
- d'évaluation de sa vulnérabilité pour un accompagnement correspondant à ses justes besoins

---

<sup>121</sup> SROMS Région Centre 2012-2016, p7

<sup>122</sup> PTS du Cher 2012-2016

- de prise en compte de ses ressources environnementales
- de diversité des réponses pour le développement de parcours variés et centrés sur la personne
- d'inclusions individuelles correspondant aux souhaits et potentialités de la personne
- du respect du droit individuel et du développement de sa citoyenneté.

La configuration du projet de changement est par conséquent variable selon les établissements et services. Je l'expliciterai pour chacun d'entre eux en rappelant d'abord les besoins puis la conception à partir d'une lecture du triptyque Inclusion-Parcours-Territoire. Je proposerai ensuite un plan d'actions en fin de chapitre qui exposera la conduite de changement et le projet managérial qui en découle.

### **2.3.1 I.M.E Barbès : transformer pour inclure les enfants en situation de handicap les plus lourds**

#### **Au regard des besoins repérés**

Comme je l'ai montré en première partie un nombre significatif d'enfants présentant une déficience moyenne et sévère ne bénéficie pas d'accompagnements médico-sociaux dans notre département. Des parents sont en attente de réponse et s'auto organisent pour assurer l'éducation de leur enfant. D'autres bénéficient d'un accueil en IME, au prix d'un temps de transports très important et donc loin de leur milieu de vie. Par conséquent, l'IME pourra répondre au besoin de places en proposant de transformer son agrément et d'accompagner les enfants porteurs des handicaps les plus lourds, sur le territoire de Bourges. La population actuellement accueillie à l'IME sera plutôt accompagnée par le SESSAD départemental dans le développement qui sera proposé et dans sa composante SESSAD Pro dont l'accompagnement pourra aller jusqu'à 23 ans. C'est une approche de l'accompagnement qui s'inscrit pleinement dans le processus de « désinstitutionnalisation » et qui correspond aux attentes des jeunes et de leurs parents.

#### **Une mobilisation du triptyque inclusion-parcours-territoire**

Cette réponse permettra d'abord de sortir des enfants déficients intellectuels moyens-sévères et leurs parents d'une situation « d'exclusion », bien qu'il puisse être difficile de dire, au sens conceptuel,<sup>123</sup> qu'il s'agisse totalement d'une problématique d'exclusion. Pour autant, ces enfants bénéficient peu de soins aujourd'hui et se trouvent dans une situation avérée de rupture de parcours avec une discontinuité de soin, de réponses socio-éducatives adaptées à leurs besoins. Cette situation entrave de fait leur participation au sens de la loi 2005. Ainsi, sans être totalement exclus, ces enfants ne

---

<sup>123</sup> PAUGAM S, 1996, *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris : La découverte, 582p

sont pas pour autant dans un processus d'inclusion tel que je l'ai présenté plus haut et se trouvent dans une situation de « seuil » toute particulière. En effet, ils le sont par leur statut mais sans pouvoir bénéficier des compensations auxquelles ils ont droit, ce qui rend la dynamique inclusive peu efficiente. Le principe fondamental d'égalité est atteint.

Dans cette perspective de changement, les IME seront donc conçus pour les enfants dont l'accès au droit commun est rendu plus difficile, compte tenu de la lourdeur du handicap. Evidemment, cette conception n'exclut pas l'accès au droit commun, bien au contraire, puisque, dans sa mission, l'IME est un facilitateur pour développer de l'inclusion quel qu'en soit l'aspect. Cette transformation permettra aussi un meilleur maillage géographique, évitant ainsi des temps de transports quotidiens importants pour certains enfants. De même, l'accompagnement sur le territoire des enfants et de leurs parents sera plus cohérent. La mise en œuvre d'une méthodologie de projets tournée sur l'environnement et sur son apport dans le développement de l'enfant sera ainsi facilitée. Les ressources et interactions extra institutionnelles dans une démarche co-construite de projet deviennent alors réalisables à partir du territoire et du milieu de vie. Comme je l'ai précisé précédemment, pour l'accueil et l'accompagnement de ces enfants et adolescents, je m'appuierai sur l'expérience des IME de Vierzon et St Amand du Domaine Intra-Muros qui ont cet agrément. Ces deux établissements ont été réhabilités récemment. Ils ont aussi réécrit leur projet d'établissement, ce qui constitue une ressource précieuse.

### **2.3.2 SESSAD : développer l'inclusion socio-professionnelle des jeunes déficients intellectuels par un SESSAD Pro**

#### **Au regard des besoins repérés**

Le diagnostic a mis en évidence plusieurs niveaux de besoins. Le premier concerne le manque de place en SESSAD pour les enfants et adolescents en situation de déficience intellectuelle légère, ce qui induit une liste d'attente très importante et chronique. Le second concerne les attentes des usagers et de leurs représentants légaux, en particulier dans leur demande de normalisation avec un accompagnement le moins stigmatisant possible. D'ailleurs, la commande publique va en ce sens. Enfin, l'adaptation globale proposée par ce projet induira de nouveaux besoins puisque les IME ne vont plus accueillir les enfants ou adolescents déficients intellectuels légers.

#### **Une mobilisation du triptyque inclusion-parcours-territoire**

La dimension départementale du SESSAD permet déjà de couvrir l'ensemble du territoire et l'extension viendra apporter :

- des réponses quantitatives aux besoins de places

- un dispositif spécifique « SESSAD Pro » pour la tranche d'âge 16-23 ans. Il a pour objectif d'apporter des accompagnements pour les jeunes qui n'ont pas de projets scolaires ou de formations et qui rencontrent des difficultés d'insertion en lien avec leur handicap
- un accompagnement étendu à 23 ans. L'objectif est de renforcer cette période d'entrée dans la vie adulte au regard des difficultés d'insertion de cette population. Elle va, en fait, porter sur la période dite « service de suite » actuelle qui ouvre droit à des actions ponctuelles du service pendant 3 ans.

Ainsi, ce projet de développement du SESSAD vient bien en réponse aux besoins d'une population telle qu'elle a été diagnostiquée. Il répond également aux attendus de la commande publique à savoir :

- le développement des accompagnements ambulatoires pour les enfants-adolescents déficients intellectuels légers
- le renforcement de l'accompagnement des adolescents de 16-25 ans en situation de handicap par des dispositifs ambulatoires
- le renforcement de l'accompagnement de l'insertion socio-professionnelle pour les jeunes adultes en situation de handicap.

La conception de l'inclusion dans une dynamique de parcours sur un territoire telle que je l'ai présentée est cohérente avec la mission même du SESSAD. Les accompagnements sont conçus à partir des dispositifs de droit commun et dans tous les domaines de la vie sociale. Le processus de « désinstitutionnalisation » est inscrit dans sa « génétique » et déjà en œuvre dans son projet actuel. Les coopérations sont actives sur l'ensemble du territoire avec un déploiement de proximité. Les principes de flexibilité et de diversité des réponses figurent dans le projet de service et s'inscrivent dans cette adaptation de l'offre, notamment par l'extension « Pro » pour les 16-23 ans. Néanmoins, ce développement impliquera la mobilisation de nouvelles ressources pour favoriser véritablement l'inclusion des adolescents et des jeunes adultes. En effet, ce public est plutôt à la marge dans la configuration actuelle du SESSAD, ce qui nécessitera le déploiement d'accompagnements spécifiques à cette tranche d'âge avec les besoins qui en découlent. De nouvelles coopérations seront à construire pour mobiliser des moyens au service de projets d'insertion sociale et professionnelle. Il est à noter que dans cette configuration, les adolescents ou jeunes adultes qui se situent à la limite de notre agrément, voire légèrement « au-dessus » seront dirigés vers les dispositifs de droit commun (Mission locales, Cap Emploi etc...) et vers le champ sanitaire lorsqu'il y aura besoin de soins. Le SESSAD dispose d'un outil référentiel avec la RBPP SESSAD<sup>124</sup> de l'ANESM qui permet de situer et d'évaluer le projet d'intervention. Ainsi, la conception à partir d'un triptyque

---

<sup>124</sup> RBPP SESSAD, ANESM, <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

Inclusion-Parcours-Territoire est cohérente avec les recommandations. « *La construction d'une assise territoriale* »<sup>125</sup> avec le développement de partenariats au service du projet personnalisé, la mobilisation des dispositifs de droit commun, les médiations dans l'environnement avec des actions de sensibilisation du « *grand public sur le handicap* »<sup>126</sup> sont recommandées. Il en est de même pour le processus inclusif inscrit dans une logique de parcours et l'action d'accompagnement co-construite dans l'environnement à partir du projet personnalisé. Je reviendrai précisément sur la méthodologie du projet dans la partie suivante car c'est un levier de changement essentiel, quelle que soit la nature du changement recherché. Ainsi, le développement proposé au SESSAD est cohérent avec les besoins identifiés, la conception de l'accompagnement et les attentes des usagers. Il correspond aussi aux attentes et recommandations déclinées dans la commande publique.

### **2.3.3 IME de St Satur : s'adapter pour des réponses de proximité**

#### **Au regard des besoins repérés**

Actuellement, cette antenne dépend de l'IME Barbès de Bourges. Elle a une spécificité puisqu'elle regroupe sur un même site CAMSP-SESSAD-IME en externat. Cette configuration de type « pôle » ne sera pas touchée car elle est la seule réponse médico-sociale sur cette partie du territoire.<sup>127</sup> Par conséquent, elle répond à un besoin.

#### **Une mobilisation du triptyque inclusion-parcours-territoire**

La réponse de proximité dans cet environnement rural constitue un argument majeur dans les orientations prises pour cet IME qui, de ce fait, peut proposer des réponses qui lui sont propres. En effet, il se situe dans un environnement démographique moins dense avec une demande moins forte mais présente. Les diagnostics territoriaux ont mis en évidence un besoin tourné autour de la déficience moyenne et légère. L'adaptation de cet établissement s'orientera vers un agrément étendu à la déficience moyenne avec la mise en place d'une autonomie. Il aura sa caractéristique territoriale et sera distinct de l'IME Barbès de Bourges. Sa configuration structurelle comprenant l'IME, le SESSAD et le CAMSP est un atout dans la diversité des propositions d'accompagnement.

### **2.3.4 Fermeture de l'IME hors-les-murs de Vierzon**

#### **Au regard des besoins repérés**

Ce dispositif répondait jusque-là à des besoins similaires à l'IME Barbès de Bourges avec l'accompagnement d'une population fortement inscrite dans des dispositifs d'inclusion. L'argumentaire est donc le même. En revanche, le besoin relatif aux handicaps les plus

---

<sup>125</sup> Ibid, p60

<sup>126</sup> Ibidem, p60

<sup>127</sup> Figure 2, Les ESMS pour enfants dans le département du Cher, p21

lourds est déjà couvert par l'IME de Vierzon. Au global, une transformation n'est pas pertinente.

### **Une mobilisation du triptyque inclusion-parcours-territoire**

Ce dispositif ne répond plus aux besoins actuels et sa pratique est devenue assimilable à celle d'un SESSAD. Le développement du SESSAD à vocation professionnelle permettra d'aller plus loin dans la « désinstitutionnalisation » et d'accroître la dynamique inclusive. Les moyens attribués à ce type de dispositif au regard des prestations proposées nécessitent un ajustement. Si la pertinence de ce dispositif ne fait aucun doute - il a d'ailleurs été un précurseur en matière de développement de l'insertion socio-professionnelle pour les adolescents déficients intellectuels - l'environnement institutionnel, le contexte socio-économique et les attentes des usagers, de leurs parents, montrent que ce mode d'accompagnement demande à être décentré de son cadre historique « d'IME ». Dans la mesure où de nouvelles alternatives d'accompagnement seront proposées, sa fermeture peut être envisagée. Les besoins pourront être couverts sous une autre forme et dans une dimension encore plus inclusive. Pour autant, les expériences et les savoirs faire des professionnels seront une richesse dans le développement du SESSAD. Ils seront à prendre en compte dans la conduite du changement, dans ses aspects managériaux, notamment dans le reclassement des professionnels, dans l'écriture du projet du SESSAD Pro et aussi à partir du vaste champ partenarial qui a été développé depuis plusieurs années sur tout le territoire. Cela constitue un corpus qui sera une plus-value dans la construction du SESSAD Pro et dans une mise en œuvre efficiente, qualitative.

Ces adaptations et transformations constituent un projet pour favoriser l'inclusion des enfants et adolescents déficients intellectuels à partir d'une pluralité de besoins et dans une variété de réponses. Elles impliquent un projet de changement qui relève d'une restructuration. Celle-ci nécessitera un ensemble d'actions que je vais hiérarchiser dans un plan de progrès. Je développerai ce dernier dans la partie qui suit. Trois grandes catégories d'actions sont à mettre œuvre :

#### ↳ Des actions relatives à la réglementation

- Modification de l'agrément de l'IME Barbès de Bourges
- Extension du SESSAD (Nombre de places - SESSAD Pro et agrément jusqu'à 23 ans)
- Fermeture de l'IME hors-les-murs Vierzon
- Procédures de consultation des instances du personnel
- Suivi du CPOM

#### ↳ Des actions dans la dimension organisationnelle et managériale

Cette projection de restructuration impacte particulièrement la dimension organisationnelle et managériale. Elle impliquera de nouvelles organisations, des actions à tous les niveaux de la gestion des ressources humaines, un projet managérial pour conduire le changement, des actions de communication et une méthodologie de projet.

#### ↳ Des actions dans les dimensions structurelles, logistiques et financières

Cette adaptation a des incidences sur la gestion structurelle, logistique et financière. La plus importante concernera l'IME Barbès de Bourges qui devra être réhabilité. En effet, sa configuration actuelle ne permet pas l'accueil d'enfants porteurs de handicaps lourds, notamment dans les aspects de l'accessibilité et dans ses équipements sanitaires. Il manque également d'espaces éducatifs. La réhabilitation va constituer un plan d'action logistique spécifique pour l'accueil de cette nouvelle population. Plus globalement, la mobilisation des ressources inhérentes à ce champ d'action sont à redéfinir.

### **Conclusion de la seconde partie**

Ce projet pourra répondre à la problématique énoncée dans la mesure où il renforce la dynamique inclusive à partir d'un modèle d'intervention sociale tel que je l'ai proposé en introduction. Il permet la prise en compte du sujet dans sa singularité et son besoin d'émancipation, dans sa citoyenneté avec une place dans l'environnement social mais aussi comme usager avec des besoins particuliers de services pour lier l'ensemble. De plus, le projet s'inscrit dans des préconisations qui me semblent cohérentes avec le diagnostic des besoins énoncés en première partie, tant pour les enfants et les adolescents déficients intellectuels légers dans leur attente de « désinstitutionnalisation », que pour ceux dont l'absence d'accompagnement constitue un risque « d'exclusion ».

Dans sa globalité, il répond aux attentes et à la commande publique ce qui représente un aspect déterminant. Par ailleurs, il engage un niveau d'adaptation et de développement très important puisqu'il impactera tous les aspects des organisations : l'accompagnement et les orientations à partir des projets personnalisés, les projets d'établissements et de services, les ressources humaines, la gestion économique, financière, logistique et architecturale. Par conséquent, sa mise en œuvre s'inscrira dans un projet managérial à sa hauteur pour permettre de conduire un changement qui aura une dimension historique. La réussite de cette conduite de changement est un enjeu pour l'adaptation de l'offre proposée aux enfants et adolescents, elle en est un sur le plan associatif et stratégique.

### **3 Un projet managérial pour conduire le changement et engager l'adaptation de l'offre de service**

Pour mettre en œuvre le projet d'adaptation préconisé, je vais engager une conduite de changement étayée par trois grands leviers :

- une stratégie managériale comprenant un positionnement, un plan de communication, une méthodologie de projet et une démarche qualité
- une mobilisation des ressources humaines, réglementaires, financières et architecturales
- une planification avec ses indicateurs de suivi et d'évaluation comprenant l'accueil des usagers, les réécritures de projets d'établissements, les mouvements des ressources humaines et la réhabilitation des locaux.

#### **3.1 Un management par projet dans une dialectique de qualité et de performance**

##### **3.1.1 Mon positionnement managérial**

Ce projet implique des changements profonds dont les impacts vont se situer à tous les niveaux des organisations. Le premier concernera les usagers actuellement accueillis dans les établissements ou services, particulièrement les enfants et adolescents des IME Barbès de Bourges et hors-les-murs de Vierzon. En effet, la transformation de l'agrément pour l'un et la fermeture pour l'autre nécessiteront un suivi de projet spécifique s'agissant de leur orientation. Un premier mouvement « naturel » s'opérera car il est lié à l'âge des adolescents : les sorties de ces jeunes correspondront à la temporalité de transformation des établissements. Un second mouvement, plus sensible, concernera les enfants pour lesquels une nouvelle orientation devra être élaborée à partir de leur projet personnalisé. Comme je l'ai développé plus haut, le processus inclusif sera recherché. Le travail avec les familles sera donc conséquent et nécessitera un accompagnement renforcé compte-tenu de cette configuration inédite et potentiellement anxiogène. Par conséquent, la spécificité de cette configuration impliquera un accompagnement particulier et donc un management d'équipe adapté à cette situation.

Le second impact concernera les professionnels puisque la nouvelle configuration des établissements impliquera des mouvements importants sur le plan des ressources humaines. En effet, il engendrera des mouvements dans les postes donc des changements relatifs aux lieux de travail et aux activités professionnelles. Cela constituera un changement très important qui demandera un accompagnement conséquent. Tout changement génère nécessairement des craintes et des résistances

qu'il faudra savoir évaluer. En effet, le service rendu aux usagers ne peut être de qualité que si les professionnels se réalisent dans leur mission, comprennent les attendus, les enjeux, les évolutions, le projet lui-même. Il sera donc fondamental d'être lisible et rigoureux dans les actions menées et d'être attentif aux acteurs essentiels que sont les professionnels. La nouvelle configuration modifiera les points d'équilibre institutionnels par rapport à la sociologie des organisations et induira nécessairement des jeux d'acteurs. « *Tout changement intéresse l'individu au sein d'une organisation et met en question immanquablement les conditions de son jeu, ses sources de pouvoir et sa liberté d'action en modifiant ou en faisant disparaître les zones d'incertitude pertinentes qu'il contrôle* ». <sup>128</sup>

Ainsi la stratégie managériale sera déterminante. L'enjeu central est la réussite du projet d'adaptation dans sa mise en œuvre et dans la qualité des réponses que les équipes pourront construire et apporter aux usagers. Paradoxalement, cette période de transition pourra constituer une opportunité favorable à la mobilisation des acteurs et au développement de nouvelles motivations. Toute ma problématique managériale consistera à produire une dynamique qui permettra à chacun d'intégrer le changement comme un processus inéluctable, propre à toute organisation, de mobiliser une énergie positive qui permette une représentation du changement comme un progrès.

Comme je l'ai montré plus haut, ce projet de changement met en exergue le glissement de nos organisations d'une structuration plutôt mécaniste dans un environnement stable sur le modèle réparateur vers une structuration de type organique dans un environnement instable sur le modèle intégrateur. Par la lecture dialectique « *différenciation-intégration* » de P.LAWRENCE et J.LORSCH, les structures se développeront davantage sur l'axe de l'intégration pour être apprenantes et flexibles. Ce mouvement s'opère depuis les premières restructurations de 2008 et s'intensifie aujourd'hui. Ainsi, ce projet est une expérience complexe, inédite, qui peut me permettre de développer une culture en phase des valeurs et les besoins émergents des usagers. C'est se préparer à long terme à d'autres transformations encore et à être réactif aux attentes évolutives de l'autorité de tarification. C'est une vision sur l'avenir, une recherche de sécurisation des dispositifs, une capacité à répondre à nouveau à des besoins de la population. Ainsi mon management s'inscrira dans un management par projet et donc de changement. Il cherchera à :

- expliciter et informer
- associer et mobiliser
- exiger et contraindre

---

<sup>128</sup> CROZIER M, FRIEDBERG E, 1977, *L'acteur et le système*, Collection Point Essai, Paris : Le seuil, 500p

- soutenir et accompagner
- évaluer et contrôler.

Mon plan d'action managérial est hiérarchisé en trois parties et correspond à trois étapes dans ma temporalité :

- le court terme de 0 à 6 mois : annonce et traitement du changement.
- le moyen terme de 6 à 18 mois: c'est le cœur du projet de changement, de sa conduite et la période de transition entre les deux configurations.
- le long terme après 18 mois : c'est la mise en œuvre de la nouvelle configuration pour l'ancrage de la nouvelle culture institutionnelle et le développement d'une vision sur l'avenir.

**Le court terme** sera la phase qui constitue le point d'origine, la période clé du changement. En effet, initié par la direction et à partir d'un diagnostic, les orientations doivent être posées très clairement pour affirmer et poser les marqueurs de changement. C'est une période de « gestion de tension », qui implique des actions d'explicitation du projet. C'est une étape forte de communication. La portée symbolique à ce stade sera très importante. En effet, il s'agit d'avoir une approche « pédagogique » qui permette la compréhension des enjeux liés au changement, la nouvelle vision des accompagnements d'enfants et adolescents sur le territoire. En même temps, il est nécessaire d'avoir une posture directive et constructive pour réassurer tous les acteurs concernés par ce changement. *« Tout système tend vers l'homéostasie et le changement constitue une sorte de menace à l'équilibre acquis »*<sup>129</sup>. Par conséquent, « le message » que je porterai à ce stade est celui du manager dont *« le rôle est de faire des choix, de prendre des décisions [...] pour l'augmentation de l'efficacité des dispositifs »*<sup>130</sup> en réponse aux besoins des usagers.

- **Objectif** : marquer une rupture positive avec les modes d'accompagnement
- **Actions** : le niveau d'action de cette période est centré sur une communication structurée et différenciée pour tous les acteurs concernés par ce changement (enfants-familles, salariés, partenaires).
- **Pilote** : Directeur
- **Indicateurs** : sur cette période, je mesurerai les impacts liés à l'annonce du changement pour être en capacité d'être réactif et corriger les effets qu'ils peuvent produire dans la conduite du changement. Je suivrai précisément tous les

---

<sup>129</sup> AUBERT N, GRUERE J-P, JABES J, LAROCHE H, ENLART S, 1991, *Management, aspects humains et organisationnels*, Paris : PUF, p114

<sup>130</sup> LOUBAT, 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p46

éléments en lien avec : les usagers, les professionnels, l'ARS, la MDPH, l'Education Nationale et les partenaires.

Cette première étape sera plutôt directive. Elle sera conduite en cohérence avec l'association et le siège, notamment ma direction générale. Elle consistera à bien poser le cadre, recueillir et mesurer les impacts que produira l'annonce du changement sur les acteurs. Elle visera à construire les conditions d'un environnement à la fois rassurant et structurant pour affirmer un positionnement. Il s'agira de marquer une rupture tout en donnant une vision lisible et construite de l'avenir. De fait, il faudra présenter un argumentaire qui permette à tous de se projeter, car cette dynamique sera la matière première dans toute la conduite de changement.

**La phase à moyen terme** constituera le cœur de la mise en œuvre du changement. En effet, à partir du cadre posé sur la période précédente, l'objectif de cette étape sera d'opérer le changement à partir de projets et sur des axes stratégiques spécifiques à chaque établissement. Je définis cinq niveaux d'actions sur cette période :

- le suivi des projets personnalisés et les mouvements d'effectifs
- les mouvements RH<sup>131</sup> et le suivi de la GPEC<sup>132</sup>
- la gestion administrative et financière du projet
- l'écriture ou la réécriture des projets d'établissements ou services
- la réhabilitation des locaux ou la recherche de nouveaux espaces.

Mon management sera différencié pour chacun de ces niveaux. Il sera de type participatif et par objectifs pour tout ce qui touche les écritures de projets d'établissements et services.

- **Objectif** : Conduire le changement à échéance Juillet 2017.
- **Actions** : mettre en œuvre une méthodologie de projet pour les projets d'établissements et projets personnalisés. Engager les procédures administratives inhérentes aux autorisations et à la réglementation. Mettre en place une procédure de reclassement en conformité avec le code du travail et donc en lien avec les IRP<sup>133</sup>. Engager le mouvement RH à partir de la GPEC. Mettre en œuvre des tableaux de bord de suivi des projets personnalisés et des orientations pour les enfants et adolescents de l'IME Barbès et hors-les-murs de Vierzon. Engager

---

<sup>131</sup> Ressources Humaines

<sup>132</sup> Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences

<sup>133</sup> Instances Représentatives du Personnel

un projet architectural pour l'IME Barbès de Bourges. Rechercher des locaux pour le SESSAD.

- **Pilote** : Direction pour l'ensemble avec délégation au Directeur Adjoint, Chef de service.
- **Indicateurs** : Ecriture des projets, orientation des enfants et adolescents, obtention des autorisations, tenue des échéances.

**La phase à long terme** correspond à la mise en œuvre du projet dans sa nouvelle configuration avec la préparation de l'accueil des enfants dans le nouvel IME de Barbès, la consolidation des équipes et leur mobilisation dans les nouveaux projets. C'est aussi une période d'ajustement et de sécurisation sur les délais qui ne seraient pas tenus ; enfants en attente d'orientation, mouvement d'équipe, réhabilitation des locaux par exemple. Ce sera une période d'admission pour l'ensemble des enfants qui seront accueillis dans les nouvelles configurations d'établissements ou services.

- **Objectif** : Ouvrir les établissements et services dans leurs nouvelles configurations à échéance 1<sup>er</sup> Janvier 2018.
- **Actions** : Procédure d'admission, orientations des enfants, derniers mouvements RH, réception de travaux, ajustement nécessaires en fonction des imprévus.
- **Pilote** : Direction pour l'ensemble avec délégation au Directeur Adjoint, Chef de service.
- **Indicateurs** : Admissions des enfants, orientation des enfants et adolescents, consolidation des équipes, tenue des échéances.

Cette phase est une étape qui a pour objectif d'ouvrir sur une construction d'avenir, pour être en adéquation avec l'évolution des politiques publiques et répondre de façon opérationnelle aux besoins énoncés dans mon diagnostic, en première partie. C'est la réalisation du projet favorisant l'inclusion des enfants et adolescents déficients intellectuels dans la conception que j'ai présentée dans mes préconisations en seconde partie. Elle est dans la temporalité et les échéances du CPOM.

### **3.1.2 Le plan de communication : un facteur clé pour la réussite du changement**

Les aspects de la communication sont majeurs dans la conduite du changement et constituent des facteurs clés de réussite. Mon plan de communication sera développé de façon transversale et constitué d'une même structuration mais avec un ajustement du contenu, en fonction de ses destinataires. En effet, la communication est un outil de management qui nécessite une précision et un discernement dans les contenus en fonction des personnes visées. La cohérence globale s'avère déterminante et est un

indicateur de qualité. Le plan de communication sera organisé sur quatre niveaux et selon des moyens différenciés :

- L'autorité de tarification.
- Usagers et leurs familles.
- Les professionnels.
- Les partenaires.
- L'association.

Des communications de presse seront prévues selon les étapes du projet. Le plan de communication sera en phase avec mon projet managérial et mon plan de progrès qui sera construit selon le même schéma tout au long de la période du changement :

- L'évolution des projets des enfants et adolescents : évolution des effectifs des enfants (Sorties / Projets) et admissions : tableau de bord mensuel.
- L'évolution au niveau des ressources humaines avec les mouvements d'effectifs, les périodes de stages, les formations : tableau de bord.
- L'évolution sur le plan de la gestion administrative et financière du projet.
- Les comités de pilotage pour les réactualisations ou l'écriture des pré-projets ou projets d'établissements.
- L'évolution du point de vue des réhabilitations de services ou d'établissements

**La communication avec l'ARS** est d'ores et déjà inscrite dans le cadre du CPOM. Celui-ci prévoit que l'évolution du projet fasse l'objet d'un suivi annuel avec, notamment, tous les tableaux de bords obligatoires permettant d'établir un dialogue de gestion et le suivi à partir d'indicateurs. Ceux que je propose dans l'évaluation et le suivi du projet de changement viendront étayer et répondre aux attentes contractuelles.

**La communication avec les usagers** et leurs parents comportera plusieurs étapes et se déroulera à différents niveaux. D'abord, une réunion avec l'ARS, la MDPH et l'Education Nationale, qui sont les trois instances significatives, sera organisée pour expliciter le projet et notamment rassurer les familles sur les évolutions des différents établissements en lien avec les projets personnalisés. Cette réunion replacera les responsabilités de chaque instance. Il importera de venir expliquer le sens de cette évolution et comment l'offre médico-sociale se déclinera sur le département. D'autre part, durant toute la période de transition et de restructuration, je proposerai une communication avec une mise à l'ordre du jour systématique dans les CVS<sup>134</sup>. Puis, les problématiques inhérentes à l'orientation des enfants et adolescents seront également traitées, à partir des projets personnalisés.

---

<sup>134</sup> Conseil de la Vie Sociale

**La communication avec les professionnels** aura aussi une importance primordiale et se situera à différents niveaux. Le premier est collectif et déjà en mouvement, c'est l'axe des IRP. En effet, des éléments de communication ont été lancés dans le cadre du CPOM pour lequel un avis a été sollicité avant signature. Néanmoins, un discernement dans la communication sera opéré entre les DP, les CHSCT et le CE<sup>135</sup> en veillant à ce que le niveau de traitement de l'information soit conforme aux prérogatives et dans les limites prévues par le code du travail. Une commission de suivi « CPOM » mise en place à l'initiative de la Directrice Générale permettra un traitement à l'échelle globale du CPOM et au niveau du siège. Elle se réunira chaque trimestre. J'organiserai rapidement une réunion institutionnelle exceptionnelle à l'échelle du domaine, pour exposer le projet. Enfin, un point de situation sera mis à l'ordre du jour sur chacune des trois réunions institutionnelles annuelles (Septembre – Janvier – Juin). Par ailleurs, le suivi personnalisé avec les professionnels sera renforcé par rapport aux dispositions habituelles.

**Une communication avec les partenaires** sera organisée et spécifique à chacun d'entre eux. Je proposerai une réunion au secteur de pédopsychiatrie et aux différents services de la petite enfance (CMPP-CAMSP-Hôpital de jour). Je communiquerai également avec les différentes associations du secteur dans une recherche de coopération. Compte tenu de la conception développée en seconde partie, ce niveau de communication sera très important pour que les adaptations de l'offre de services soient identifiées.

### 3.1.3 La méthodologie du projet

Tout au long de mon développement, j'ai énoncé le concept de projet sur lequel je souhaite m'attarder à présent afin de donner une lisibilité cohérente de ses différents niveaux. Trois grands types de projets sont identifiés dans le champ de ma problématique ; le projet associatif, le projet d'établissement et le projet personnalisé. Les trois sont distincts et se nourrissent rétroactivement. Pour reprendre la formulation de P.LEFEVRE, le projet associatif « *se nourrit du fait associatif...c'est un espace dynamique d'expression éthique et stratégique : il met en lien identité, culture et compétence. Il est le fait des administrateurs, des adhérents et s'élargit aux salariés. Il ouvre la voie pour le projet d'établissement* »<sup>136</sup>. Le projet d'établissement est une construction collective qui met en exergue un système de savoir-faire et de compétences, au service du projet personnalisé. Il construit le sens des actions dans une perspective cohérente avec les projets associatif et personnalisé. C'est un repère institutionnel essentiel qui permet des actions d'interventions distancées, en s'appuyant sur des

---

<sup>135</sup> Délégué du Personnel – Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail – Comité d'Entreprise

<sup>136</sup> BATIFOULIER F, 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p94

référentiels et des références. C'est un acte fondateur, un outil de direction et de pilotage dont la portée symbolique est primordiale. Il est par conséquent un outil de changement. P.LEFEVRE le qualifie de « *projet d'intervention sociale* »<sup>137</sup>. De ce point de vue, le projet d'établissement ouvre bien sur le projet personnalisé. La conceptualisation du projet de JP.BOUTINET<sup>138</sup> est intéressante, dans la mesure où elle donne des outils de lecture dans la conduite et la méthodologie de projet. Il définit le projet comme un système complexe en tension, dont le but visé est la résolution de problèmes dans un environnement paradoxal puisqu'il invite à « *pro jeter* » (jeter en avant) dans un avenir incertain (toutes les données ne sont pas maîtrisables). Sur le plan méthodologique, JP.BOUTINET décline des pré-requis :

- « *la globalité et l'indivisibilité* » du projet : c'est le lien entre l'élaboration et la réalisation.
- « *La singularité de la situation projetée* » : le projet n'est pas « répétable »
- « *L'exploration ouverte d'opportunités* » : le projet est plastique et modifiable avec une perspective de changement d'état, une approche optimiste.
- « *La gestion de l'incertitude et de la complexité* » : la résolution de problèmes dans un environnement comporte de multiples paramètres.
- « *L'implication d'un auteur acteur* » : il peut être individuel ou collectif

Le projet comprend bien évidemment des phases : diagnostic de situation, élaboration de projet, mise en œuvre du projet et évaluation du projet avec des indicateurs. JB.BOUTINET le présente comme un outil d'adaptation pertinent dans nos sociétés post-modernes, notamment parce qu'il permet de résoudre des problèmes par la complexité et dans un environnement incertain. Pour toutes ces raisons, il prend son sens dans le champ de ma problématique. Mon choix de management par projet est une conception « entrepreneuriale » qui, comme le définit D.GACOIN<sup>139</sup>, vise à développer, à « *valoriser la créativité dans une dynamique économique et sociale globale, de reconnaissance qui passe par les hommes et des métiers* » et dans des perspectives de changement, de stratégie, d'utilité sociale. La conception qu'expose D.GACOIN se structure sur cinq vecteurs. Le premier est une forme de « *dynamisation de l'organisation, qui relie management par projet et conduite de changement, qui soutient la façon de s'adapter dans un univers dérégulé* »<sup>140</sup>. Le second est un « *mode de direction* » qui combine une affirmation stratégique contextualisée et forte, des processus décentralisés et de responsabilités qui permettent une participation structurée et contrôlée dans les

---

<sup>137</sup> Ibid p95

<sup>138</sup> BOUTINET JP, 2015, *Anthropologie du projet*, Quadrige manuels, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : PUF, p273

<sup>139</sup> GACOIN D, 2010, *Conduire des projet en action sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris :Dunod, p126

<sup>140</sup> Ibid p127

organisations. Deux autres vecteurs en découlent : une « *organisation apprenante* » avec un modèle d'organisation décloisonnée qui décale la logique de « *l'institution* » vers celle de services ou de dispositifs et la démarche de qualité, de performance dans un environnement concurrentiel. Ainsi, ce projet de changement s'appuie sur cette approche conceptuelle et se situe sur un axe transversal puisqu'il est en interaction avec les trois niveaux de projet ; associatif, d'établissement et personnalisé. Il s'ancre dans une transition pour une adaptation d'offre de services.

### **Le projet d'établissement et de service**

Pour toutes les structures, les projets d'établissements ou de services seront écrits ou actualisés, à l'exception de l'IME hors-les-murs de Vierzon puisqu'il va fermer. Ces élaborations de projets s'appuieront sur les référentiels de l'ANESM et de l'ANAP, dans une démarche de recherche d'efficience et d'amélioration continue de qualité. Je solliciterai la directrice de développement du siège, certifiée en matière de performance et de qualité, pour animer les groupes de travail. Une formation thématique collective, en lien avec les besoins de la population accueillie et accompagnée par un centre de formation, sera proposée et inscrite au plan de formation pour chaque établissement et service. Pour le SESSAD il s'agira d'une actualisation au regard de l'extension proposée et de sa spécificité « Pro ». L'IME Barbès de Bourges aura un nouveau projet compte tenu de la nouvelle population accueillie. Il en sera de même pour l'IME de St Satur puisqu'il deviendra « autonome » avec une population en partie nouvelle.

Je ferai une proposition de repères méthodologiques<sup>141</sup> en réunion d'équipe de direction du domaine à laquelle j'associerai la directrice de développement. Puis, elle sera discutée avec les équipes dans une réunion plénière que j'organiserai dans chaque établissement. Dans ma proposition, je ferai une différenciation entre le SESSAD et les IME. Je m'appuierai sur toutes les recommandations issues des évaluations externes, réalisées fin 2013. Même si les configurations vont changer pour les IME Barbès de Bourges et de St Satur, ce qui modifie la validité des évaluations externes de 2013, prévues conformément à la loi de 2002, l'apport de ces évaluations est à prendre en compte pour un ensemble d'aspects transversaux. Pour le SESSAD, les recommandations seront à prendre en compte en totalité dans le plan d'amélioration.

Au SESSAD, je mettrai rapidement en place un COPIL, à partir d'une réunion de présentation avec l'ensemble de l'équipe. Nous écrivons un pré-projet qui sera transmis à l'autorité de tarification pour engager le processus d'autorisation d'extension et une

---

<sup>141</sup> Annexe 8 : Repères méthodologiques pour l'élaboration des PE-PS

ouverture progressive avant l'échéance du 31 décembre 2017. Dans ce COPIL, un représentant par fonction sera nommé sur la base d'une participation volontaire. La conseillère en insertion professionnelle (seule dans cette fonction dans l'association) sera également sollicitée. Puis, dès lors que l'équipe SESSAD sera constituée dans sa totalité, je redéfinirai le COPIL à partir d'une réunion globale où le groupe « pré-projet » présentera son travail. De là, une version consolidée du pré-projet sera produite. La caractéristique de cette conduite d'écriture de projet est d'anticiper le plus possible l'extension car elle induira un mouvement favorable, tant pour les propositions d'orientations aux enfants, notamment ceux de l'IME Barbès de Bourges, que pour les professionnels. Je développerai cet aspect dans le chapitre relatif à la planification.

Pour les IME de Bourges la méthodologie va être différente dans la mesure où le projet est totalement nouveau. Compte-tenu du changement conséquent dans les caractéristiques des enfants et adolescents accueillis, je souhaite que l'ensemble des acteurs institutionnels participe à cette élaboration fondatrice et fédérative. Je prévois trois niveaux d'actions hiérarchisés. Le premier est celui de la Direction que j'animerai à partir de réunions plénières en phase avec l'évolution de la conduite de changement et le CPOM. Le second sera un COPIL animé par la directrice de développement. Il sera chargé du suivi méthodologique, de la cohérence, du suivi et de l'harmonisation de la production des groupes de travail thématiques en référence à la RBPP de l'ANESM.<sup>142</sup> Les groupes thématiques seront le troisième niveau de cette méthode. Les thèmes concerneront la totalité des axes tels qu'ils sont préconisés dans la RBPP et couvrent par conséquent toutes les fonctions de l'établissement. Une communication dans les CVS sera effectuée et des représentants des usagers seront associés au COPIL et à certains groupes thématiques.

### **Le projet personnalisé<sup>143 144</sup>**

La dynamique de projet avec sa méthodologie sera centrale dans l'approche de l'accompagnement qui sera proposée. Elle s'appuie sur les recommandations de l'ANESM. Ainsi, les RBPP indiquent que « *le projet personnalisé est une démarche dynamique, une co-construction qui tente de trouver un équilibre entre différentes sources de tension, par exemple entre :*

- *Les personnes et leur entourage, qui peuvent avoir des attentes contradictoires ou des analyses différentes*

---

<sup>142</sup> RRPP Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou service

<sup>143</sup> Annexe 6 : Modélisation du projet personnalisé

<sup>144</sup> Annexe 7 : Matrice – Diagnostic du projet personnalisé

- Les personnes/leur entourage et les professionnels, qui ne partagent pas automatiquement la même analyse de la situation ou les mêmes objectifs ;
- Les professionnels d'établissements/services différents.
- C'est la raison pour laquelle cette démarche de co-construction aboutit souvent à un compromis »<sup>145</sup>.

Les caractéristiques correspondant au public accueilli et la conception de l'inclusion impliquent une capacité à réagir et interagir avec et dans l'environnement. Quatre grandes étapes sont identifiées<sup>146</sup> :

**1/ Diagnostic – Préconisations – Proposition d'un plan d'action** : Pré-projet avec l'équipe pluridisciplinaire

**2/ La co-construction d'un projet** avec le jeune et ses parents (si mineur ou souhait du majeur). Elaboration du projet à partir des préconisations du pré-projet et mise en place d'une équipe projet constituée :

- ✓ Jeune / Parents (si mineur ou souhait du majeur)
- ✓ Acteurs de l'équipe déterminés en pré-projet
- ✓ Acteurs signifiants de l'environnement déterminés en réunion de projet

**3/ Le plan d'action et sa temporalité** : mise en œuvre du projet

**4/ L'évaluation du projet** : le cycle global d'accompagnement se situe sur une année avec des étapes intermédiaires de réactualisation du projet.

**La phase de diagnostic** permet d'identifier les attentes et les besoins du jeune. Dans cette phase deux axes seront explorés :

- Le jeune dans sa singularité, sa dimension personnelle : les caractéristiques du jeune
- Le jeune dans sa dimension environnementale : les caractéristiques de son environnement

**Quand ?** De l'admission à 3 mois

**Qui ?** Equipe pluridisciplinaire

**Comment ?** Réalisation de bilans-évaluations et/ou analyses à partir d'explorations déjà effectuées en amont.

**Objectif :** Evaluation pluridisciplinaire permettant de dégager :

- Les forces et fragilités du jeune
- Les ressources et les freins dans l'environnement

---

<sup>145</sup> RBPP Projet personnalisé, ANESM, <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

<sup>146</sup> Annexe 6 : Modélisation du projet personnalisé

- Identification des besoins
- Préconisations
- Identification des acteurs significatifs de l'équipe projet et des intervenants
- Recueil des attentes du jeune et/ou de sa famille
- Elaboration d'un plan d'action au service du projet personnalisé

### **Les référentiels d'appui au diagnostic**

- Outils d'évaluation et d'exploration dans chaque champ d'intervention
- Référentiels et guides méthodologiques ANESM - RBPP
- Littérature sur le projet personnalisé
- Grille d'évaluation sur la vulnérabilité MDPH-PEP18
- GEVA<sup>147</sup> – GEVA Scol
- Outils ANAP (Méthodologie de projet et Indicateurs)

### **La phase de co-construction** pour un engagement vers un projet personnalisé

**Quand ?** A 3 mois (ou après la réunion de réactualisation du projet après le cycle de 1 an

**Qui ?** Un cadre de direction, le coordonnateur projet et les acteurs significatifs au regard du diagnostic.

**Comment ?** Une réunion sur un site à proximité du milieu de vie

#### **Objectif :**

- Analyse d'écart : Attentes / Besoins
- Proposition d'un plan d'action avec ses objectifs et sa planification
- Identification des acteurs de l'équipe projet opérationnelle à partir d'un système de coopération et environnemental
  - Consensus et engagement  $\Rightarrow$  projet personnalisé

Ainsi, qu'il s'agisse du projet associatif, d'établissement ou personnalisé, le projet n'est pas un simple outil de conformité mais un véritable levier permettant de s'inscrire dans l'environnement, d'affirmer une singularité, une identité et des valeurs. Sa dimension contractuelle engage et favorise une dynamique, un mouvement permanent vers l'innovation en ce sens où il invite au changement, à la recherche de perspectives nouvelles. Comme l'affirme JP.LEFEVRE, « *le projet est une création, un changement, une garantie, une pratique [...] il vise plusieurs finalités : identitaire car il permet de définir et d'identifier, symbolique car il traduit le sens et il énonce les fondements, culturelle car il soutient l'appartenance et relie les acteurs, existentielle car il est générateur de vie et de*

---

<sup>147</sup> Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation – Scol : en matière scolaire

*dynamisme, politique car il est porteur de changement social, stratégique car il assure le développement et soutient le positionnement, technique car il identifie les compétences et l'expertise, humain car il aide au renforcement de la motivation et de l'implication, contractuelle car il traduit des engagements réciproques et médiatrice car il assure la régulation interne/externe »<sup>148</sup>. Il y a ici tous les grands indicateurs de ce qui constitue un projet et dans lequel j'inscris pleinement ma conduite de changement. Tout ce que j'ai développé dans ce chapitre me conduit inévitablement vers la démarche qualité et la performance qui sont intrinsèques à tout projet. Le projet est d'ailleurs un moyen de la développer et l'ensemble s'inscrit dans une éthique au service de l'utilisateur.*

### **3.1.4 Pour une approche éthique de la qualité et de la performance**

Le projet de changement repose sur des principes fondamentaux, points d'appuis, de toutes les actions d'accompagnements. Il s'ancre dans une démarche éthique de l'accompagnement et dans une recherche continue de l'amélioration de la qualité et de la performance. Ainsi, projet, éthique, qualité et performance sont indissociables. L'éthique transcende l'ensemble, d'abord par le projet associatif avec des principes et des valeurs en lien avec la société et ensuite dans une éthique de la responsabilité qui se décline dans les PE-PS<sup>149</sup> et le projet personnalisé. Issue de la pensée philosophique, notamment de M.WEBER, l'éthique de la responsabilité renvoie à l'action et ses conséquences. Pour le directeur, *« elle implique la compréhension et le souci de la conséquence des décisions et des actions, sur l'ensemble des acteurs institutionnels et des usagers dont il a la charge. Elle présente un aspect de citoyenneté sociale, caractérisé par sa mission d'intérêt général. Ainsi, la responsabilité institue un vouloir impliquant sujet, référé d'un côté à un pouvoir, de l'autre à une valeur ou un devoir »<sup>150</sup>. Citant P.RICOEUR, B.DUBREUIL,<sup>151</sup> explique que *« l'éthique c'est le désir d'une vie accomplie, avec et pour les autres ; dans des institutions justes »*. La pyramide de CARROLL, proposée par B.BOUQUET,<sup>152</sup> met en exergue différentes responsabilités (discrétionnaires, éthiques, juridiques, économiques) dont l'enjeu est d'être un bon citoyen, de répondre aux attentes de la société, de respecter la loi, d'être rentable. Elle ouvre sur ce qui caractérise l'environnement du directeur et sur un système en tension où qualité et performance trouvent tout leur sens. Comme je l'ai précisé pour le projet, l'éthique, la qualité et la performance *« ne s'inscrivent pas simplement dans la seule quête de conformité mais**

---

<sup>148</sup> LEFEVRE P, 2006, *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*, Paris : Dunod, p209

<sup>149</sup> Projet d'Établissement – Projet de Service

<sup>150</sup> BOUQUET B, 2011, *Manuel de Direction, De l'éthique des dirigeants*, sous la direction de BATIFOULIER F, Paris : Dunod p406

<sup>151</sup> DUBREUIL B, 2011, *Manuel de Direction, Gouverner dans la tourmente*, sous la direction de BATIFOULIER F, Paris : Dunod p357

<sup>152</sup> Ibid p406

*dans une invitation à la traduction des pratiques et une motivation pour la coopération au sein d'une organisation »<sup>153</sup>.*

Ces quatre concepts sont aujourd'hui encadrés par la réglementation, l'ANSEM et l'ANAP qui en fournissent une lecture et un outillage méthodologique. Ils permettent des repères de conformité et des référentiels favorisant leur mise en œuvre. Ils composent un système incontournable qu'il me semble nécessaire de faire vivre avec tout le développement que j'ai présenté en amont pour qu'ils ne soient pas une « simple » application pour être conforme. La combinaison des deux constitue en soi une démarche éthique, de projet, de qualité et de performance, au service de l'utilisateur. Toute la démarche de qualité est bien évidemment portée par la dimension réglementaire et sur les référentiels de l'ANSEM. Une culture d'amélioration continue de la qualité par la connaissance et l'appropriation d'éléments conceptuels est essentielle. Ainsi, l'appui sur toutes les recommandations sera mobilisé en continu et sur des formes variées comme les formations aux RBPP, les analyses de pratiques, les commissions bien-être, l'instance éthique associative, les CVS etc. Elles constituent des éléments à intégrer aux PE-PS. Pour le développement de la performance, nos systèmes d'informations seront réactualisés. Les tableaux de bord seront revisités en appui sur les référentiels de l'ANAP, notamment sur ses indicateurs. Ceux-ci présentent l'intérêt de fournir une méthodologie pour un suivi et le contrôle de la globalité des activités. De plus, la Région Centre fait partie des Régions pilotes pour l'expérimentation des tableaux de bord partagés de l'ANAP, ce qui oblige à être réactif.

Globalement, le fil conducteur de la démarche qualité et de performance explore :

- Le projet personnalisé et son suivi
- Les coopérations sur le territoire au service des projets personnalisés et la méthodologie de projet
- L'évolution des PE-PS au regard de leurs objectifs
- Le CPOM
- La réglementation
- La dimension des ressources humaines
- La gestion économique et financière
- La dimension architecturale

Tous ces aspects représentent des éléments fondamentaux, à la fois pour les réponses qui seront apportées aux besoins des usagers, pour le respect des politiques publiques

---

<sup>153</sup> LEFEVRE P, 2011, *Manuel de Direction, Articuler utopie sociale, Ethique professionnelle et efficacité des organisations*, sous la direction de BATIFOULIER F, Paris : Dunod p95

avec des engagements contractuels et, par conséquent, pour la pérennité des organisations, l'emploi des professionnels.

## **3.2 Les ressources du projet**

### **3.2.1 Des adaptations pour une conformité réglementaire**

L'ensemble du projet de changement implique des modifications substantielles pour tous les établissements. Le cadre réglementaire du CPOM permet de pouvoir envisager et opérer ces transformations puisqu'elles ont été retenues et intégrées dans le contrat. En effet, dans cette configuration, et notamment parce que la nouvelle contractualisation se déroule dans une dotation limitative, les transformations d'agrément sont possibles sans avoir recours à l'appel à projet. Elles sont négociées à partir de l'enveloppe limitative et dans un ajustement global à partir des besoins territoriaux. Ainsi, l'extension de 40 places pour le SESSAD peut s'envisager alors qu'il dépasse la limite des 10% réglementairement admis « hors CPOM ». Les transformations des IME de Barbès de Bourges, de St Satur et la fermeture de l'IME hors-les-murs ne peuvent être envisagées que dans ce cadre spécifique. Néanmoins, conformément à l'article au L.313.1 du CASF, je solliciterai l'ARS pour de nouvelles autorisations. La formulation des demandes sera planifiée dans le plan d'actions.

Sur la question réglementaire et l'évolution des agréments, une attention sur la feuille de route relative à la réforme de la tarification<sup>154</sup> est intéressante dans la mesure où elle montre une volonté politique. Elle donne aussi une lecture du futur environnement en ce qui concerne le financement des prestations et les agréments au regard des besoins. Une approche de la réglementation très différente, avec de nouvelles formes de recueil de données relatives à la dialectique besoins-prestations modifiera probablement l'environnement réglementaire. Le recueil s'opérera à partir d'indicateurs ouvrant sur une autre méthodologie de diagnostic qui obligera à penser les organisations pour répondre aux attentes des financeurs et être capable de s'adapter très rapidement, tant le cadre réglementaire pourrait évoluer. L'expérimentation des tableaux de bord partagés énoncés plus haut vont en ce sens. L'IGAS, dans son rapport de 2012, ainsi que la CNSA<sup>155</sup> recommandent cette flexibilité du point de vue de l'adaptation des agréments et des autorisations pour la fluidité des parcours. L'évolution du triptyque Tarification-Autorisation-Planification que développent JF.BAUDURET et M.JAEGER est à observer

---

<sup>154</sup> Projet de réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, 28p, disponible sur internet : [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr)

<sup>155</sup> Rapport CNSA, 2012, Promouvoir la continuité des parcours, 144p, disponible sur internet : [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

précisément tant il fera évoluer le contexte d'intervention. Ainsi, ma conduite de changement s'inscrit dans un ensemble réglementaire prenant en compte une réalité actuelle qui permet la conduite de changement et des évolutions futures. Toutes ces évolutions contribuent à une expérience qui permet de construire des compétences en matière d'adaptation. Ce sera une force, une capacité adaptative pour le futur. Le développement de cette capacité d'adaptation s'inscrit d'ores et déjà dans une stratégie à plus long terme.

### **3.2.2 Mobiliser une stratégie de gestion des ressources humaines**

L'ensemble du projet mobilisera toutes les dimensions des ressources humaines. La nouvelle configuration des projets de services et d'établissements avec les modifications des agréments impliquera des ajustements notables sur le plan de la gestion des ressources humaines. Le premier volet à analyser est l'ensemble des ressources dont je dispose au niveau des fonctions. De ce point de vue, il n'y a pas de changement majeur dans les caractéristiques de métiers et donc pas de besoin de recrutements spécifiques pour développer le projet. Le second volet, et c'est le plus conséquent, touche aux mouvements des ressources humaines puisque l'adaptation de l'offre impacte les projets d'établissements et services, les effectifs d'enfants accueillis et les modalités d'accompagnements proposées. Par conséquent, l'adaptation de l'offre impliquera des changements sur :

- la constitution des plateaux techniques dans leurs caractéristiques de métiers et d'effectifs
- l'affectation des professionnels dans les établissements et services. Cela va induire une mobilité des professionnels
- les pratiques, ce qui va réinterroger les compétences nécessaires au regard de l'accompagnement d'une nouvelle population ou l'évolution des accompagnements à partir de nouveaux dispositifs
- le plan de formation va, par conséquent, être lui aussi activé

C'est donc un aspect très conséquent du projet de changement. Il impliquera un redéploiement des moyens existants associé à un processus de reclassement. Pour cela, je m'appuierai sur la GPEC qui fait déjà l'objet d'un accord d'entreprise. A partir d'une négociation avec les syndicats représentés, et dans la perspective du CPOM, il fera l'objet d'un avenant qui viendra préciser les modalités et les critères de reclassement des salariés, les procédures ainsi que les mesures d'accompagnement. Un espace de communication et de régulation sera opérationnel à partir d'une commission de suivi, dont je fais parti, et composée de la Directrice Générale, du Directeur des Ressources Humaines, de trois délégués syndicaux et du secrétaire du CE.

D'un point de vue général, une telle adaptation est aussi envisageable compte tenu des mouvements à l'échelle de l'ensemble des établissements de l'association. Plusieurs leviers et opportunités conjoncturels permettront de proposer un reclassement et d'engager ce projet. Ils sont au nombre de trois :

- les mouvements au sein même de ce projet
- la création d'une nouvelle structure dans le secteur adulte MARPAHVIE<sup>156</sup> dont l'ouverture est prévue en 2016
- les effets de départ en retraite à l'échelle de l'association et également au sein des structures concernées par le changement.

Ces trois leviers permettent de proposer une solution pour chaque salarié concerné par l'adaptation de l'offre. Un travail de synthèse<sup>157</sup> à partir de la GPEC associative m'a permis d'analyser les mouvements prévisionnels du domaine. Deux grands axes sont à travailler. En effet, il faut d'abord procéder à une étude en terme strictement comptable. Il apparait un différentiel entre la configuration actuelle et le projet à horizon 1<sup>er</sup> janvier 2018. Cela concerne 0.5 ETP de secrétariat, 0.5 ETP d'aide-soignant, 3 ETP d'éducateur spécialisé, 1.5 ETP d'Aide Médico-Psychologique, 1 ETP d'Educateur Technique Spécialisé, 2.25 ETP d'agent d'entretien et 3 ETP de surveillant de nuit. Cette première approche « comptable » met en évidence que 7 niveaux de fonction sont concernés. Le tableau<sup>158</sup> montre les mouvements RH qui peuvent s'opérer sans que cela produise des préjudices en matière d'emploi. Pour autant, ce niveau d'analyse n'est que « comptable ». Il importe donc de développer une stratégie d'accompagnement de ces mouvements, notamment parce qu'ils touchent beaucoup de fonctions. La véritable problématique devient donc l'accompagnement RH de ce mouvement et la question de sa temporalité.

Compte tenu de la profondeur de la restructuration, la stratégie dans cette gestion des ressources humaines consistera, dans un premier temps, à s'adresser à tous les salariés du domaine en leur proposant les postes à pouvoir, fonction par fonction, et service par service. Cette étape représentera une étape diagnostique qui permettra d'identifier le positionnement des professionnels au regard des nouvelles perspectives. Il me permettra d'avoir une appréciation quantitative et qualitative sur l'écart entre le projet et la projection des professionnels. Il me fournira de précieux indicateurs sur les intentions précises de chaque professionnel afin d'engager ensuite toutes les actions nécessaires pour que cette transition s'effectue dans un climat social construit. Ce sera un outil d'aide à la décision pour traiter les situations problèmes inhérentes à des problématiques singulières. Cette

---

<sup>156</sup> Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Handicapées Vieillissantes

<sup>157</sup> Annexe 9 : Eléments de synthèse – Evolution des plateaux techniques en lien avec la GPEC

<sup>158</sup> Ibid

démarche est conçue pour anticiper toutes les marges de manœuvre RH possibles et ne pas prendre le risque d'en occulter, ce qui pourrait avoir des incidences sur l'emploi. Elle vise aussi à bien se saisir des problématiques professionnelles individuelles et à assurer une transition qualitative pour les enfants accompagnés actuellement et pour ceux qui seront admis plus tard. Les professionnels pourront formuler trois vœux. Le mouvement RH s'opérera sur une temporalité de trois ans, en lien avec la baisse des effectifs des enfants sur les IME Barbès de Bourges et hors-les-murs de Vierzon. Dès lors qu'une opportunité se présentera dans un des établissements de l'association, elle sera proposée par écrit à tous les professionnels qui correspondent à la fonction. Pour cela, les entretiens annuels seront extrêmement précieux et faciliteront le suivi qualitatif dans le vécu du changement, accompagneront les changements de postes, anticiperont des besoins de formations qui seront nécessaires compte tenu du changement de population. A cet égard, une programmation de stage interne sera proposée dans les IME de St Amand et Vierzon et pour toutes les fonctions. En effet, ces établissements accueillent la population qui sera celle de l'IME Barbès de Bourges, ce qui donnera à chaque professionnel un support d'expérience et de représentation leur permettant de se projeter et de se positionner pour les propositions qui leur seront faites. La perspective d'autres stages, notamment dans le secteur adulte, sera ouverte et travaillée avec mes collègues directeurs de l'association. Les stages seront programmés sur une période d'une à deux semaines selon les fonctions, à la suite desquels un cadre de direction effectuera un entretien pour recueillir un retour d'expérience. Toute cette méthode peut s'envisager dans la mesure où les besoins en plateaux techniques vont eux aussi baisser et devraient permettre un glissement progressif sur les trois années qui viennent. Je développerai cet aspect dans le chapitre sur la planification car elle demandera un suivi précis et à différents niveaux.

### **3.2.3 Se positionner dans une convergence tarifaire**

La dimension financière d'un projet de direction constitue un point essentiel, particulièrement dans le cadre de la signature du CPOM. Elle constitue en réalité un enjeu majeur dans la construction des réponses aux besoins des usagers et dans une perspective de développement que je considère comme « *entrepreneuriale* ». Sans entrer dans les détails financiers puisque, comme je l'ai indiqué<sup>159</sup> les IME et le SESSAD ne sont pas les seuls dans le CPOM, ce qui relativise un certain nombre de données, il est utile néanmoins d'apporter des éléments significatifs sur ce plan. Si le CPOM prend tout son sens dans sa globalité, il est tout de même possible de dire objectivement que la part notable du changement dans ce nouveau contrat est attachée à ce projet d'adaptation de

---

<sup>159</sup> Figure 1 : Modélisation des établissements PEP18 et du CPOM, p20

l'offre. D'abord, il me semble important de donner quelques éléments d'ordre général sur la négociation, puis je donnerai quelques éléments sur l'évolution des budgets et des coûts à la place.

Comme je l'ai précisé plus haut, la négociation du contrat s'est opérée dans le cadre d'une dotation limitative de l'ARS. Dans son ensemble, le nouveau contrat a impacté tous les établissements mais dans des mesures différentes. Les aspects de la convergence tarifaire ont été particulièrement étudiés, avec des nuances selon les établissements et leurs caractéristiques. En effet, certains sont dans la convergence, d'autres non, compte-tenu de leur spécificité d'accueil sur le département (IME polyhandicap ouvert sur 365 jours) ou de développement de places (autisme). Néanmoins, l'adaptation la plus conséquente touche le Domaine Extra-Muros et son impact sur le plan budgétaire s'avère plus conséquent. Cet aspect budgétaire coïncide avec les politiques publiques. En effet, si les attentes de « désinstitutionnalisation » sont fortes du point de vue du processus inclusif, elles le sont aussi dans une réalité économique qui a été très importante et au cœur de la négociation du nouveau contrat. L'axe économique du modèle intégrateur est un vecteur de ce nouveau paradigme.

Ainsi, l'évolution budgétaire est notable<sup>160</sup> puisque l'adaptation de l'offre, à l'échelle du domaine, implique une réduction budgétaire proche de 17% entre la situation en 2014 et le début de 2018. S'agissant des coûts à la place, la situation initiale des établissements et services était satisfaisante avec des coûts inférieurs aux coûts moyens régionaux. Cependant, comme je l'ai expliqué en première partie, cette donnée reste à relativiser, dans la mesure où les IME Barbès de Bourges et hors-les-murs de Vierzon ont présenté de plus en plus une activité se rapprochant d'un SESSAD. A terme, le projet permet à la fois d'adapter l'offre tout en restant dans le respect de la convergence tarifaire, et même en dessous, à l'exception de l'IME de St Satur qui sera au-dessus. Cette particularité s'explique par la combinaison de plusieurs facteurs qui limitent les marges de manœuvre dans la réduction des coûts : une petite structure avec 20 enfants, qui produit un effet « volume » peu favorable à la réduction des coûts, une excentration sur le territoire qui limite les mutualisations, une situation rurale qui demande des moyens de transport plus conséquents qu'en milieu urbain. Le dépassement de 10.7% du coût moyen pour cet IME est très largement compensé par les situations de tous les autres services ou établissements qui sont en dessous avec le SESSAD à -12.2%, l'IME Barbès à -9.2% et le CAMSP à -0.7%. Globalement le budget est inférieur de 6.8% par rapport à un calcul sur le coût moyen régional.

---

<sup>160</sup> Annexe 10 : Budgets et coûts à la place

En conclusion sur ce volet financier, le projet d'adaptation correspond non seulement au besoin de la population sur le territoire mais il entre aussi dans les attentes de convergence tarifaire des politiques publiques. C'est un indicateur favorable puisque le rapport coût/prestation est un indicateur de qualité et de performance. Je rappelle toutefois, que des nuances sont à retenir compte tenu du fait que le CPOM inclut d'autres établissements de l'association.

### **3.2.4 L'environnement architectural : de nouveaux besoins**

Cet aspect mérite un point d'attention particulier puisqu'à l'échelle du Domaine Extra-Muros, le projet de changement nécessitera des modifications importantes. Il pose la problématique de la gestion immobilière dans un environnement qui comprend une fermeture, une transformation avec l'accueil d'un nouveau public et l'extension d'un service. Dans le contexte que je viens de présenter, et à partir d'une synthèse du parc immobilier, je vais devoir prendre des décisions importantes à trois niveaux :

- les locaux de Vierzon et leur avenir puisque l'IME fermera
- le besoin de nouveaux locaux pour le développement du SESSAD Départemental
- le changement de population à l'IME Barbès de Bourges et les besoins en équipements structurels et matériels dans cet établissement.

Pour les autres établissements et services, des réhabilitations ont été menées ces dernières années. Leurs locaux correspondent aux besoins de la population qu'ils accueillent, il n'y a donc pas de modifications majeures. En ce qui concerne l'IME hors-murs de Vierzon, les locaux en location seront restitués. La partie « propriétaire » est composée de deux grandes bâtisses « bourgeoises » situées à proximité du centre-ville de Vierzon. L'une d'entre elles est pour partie occupée par le CE et pourra lui être attribuée en totalité. Le CE est dans cette requête depuis plusieurs mois. Dans ce contexte de restructuration, propice aux tensions sociales, ce sera une option pertinente. L'autre bâti est une demeure habitable qui présente un intérêt sur le plan commercial. C'est un bâtiment en très bon état, bien situé, avec du terrain. Il a une dimension globale qui correspond à un usage privé possible. En revanche, sur le plan de l'accueil public, il présente une problématique majeure car il n'est pas accessible. La configuration du bâti impliquerait des travaux conséquents et techniquement complexes pour qu'il puisse le devenir. Ainsi, la vente de ce bâti pourra être pertinente, notamment parce qu'elle n'est pas exploitable pour l'accueil de public. Cela permettra, dans une période économique tendue, de renforcer le FRI <sup>161</sup>et d'avoir une assise favorable à l'investissement, donc au

---

<sup>161</sup> Fond de Roulement d'Investissement

financement de projets futurs. Cela réduira aussi le patrimoine immobilier ancien qui est coûteux en charges et en investissements pour rester aux normes. De plus, ce bâtiment ne sera plus nécessaire pour répondre aux besoins de la population accueillie, sur cette zone du département.

Pour le SESSAD, le besoin de locaux lié à son extension sera à considérer dans le champ locatif. Néanmoins, l'inscription dans l'environnement induit de moindres besoins puisque l'accompagnement des enfants et adolescents s'opère de façon significative dans les différents milieux de vie. Le service dispose déjà de locaux sur l'ensemble du département. Son inscription dans l'environnement a permis d'établir des conventions d'occupation de bien public à titre gratuit avec les mairies qui mettent à disposition des locaux. Cette dynamique est à soutenir car elle répond bien aux missions d'un SESSAD et présente un intérêt économique significatif. Sur le plan structurel, ce qui m'intéresse particulièrement à présent est l'IME Barbès de Bourges puisqu'il nécessitera les aménagements les plus conséquents. C'est un établissement qui ne correspond pas aux besoins spécifiques des enfants qu'il accueillera. Une réhabilitation est indispensable.

### **Problématique de l'IME Barbès à Bourges**

L'IME de Bourges est implanté dans l'ancienne école primaire de « Barbès » dont il a gardé le nom. Il est constitué d'un vaste ensemble de locaux cossus, datant des années 1900. Depuis plusieurs années, ceux-ci ont été aménagés et sont globalement en bon état. A ce jour, l'IME permet l'accueil de 65 enfants, adolescents et jeunes adultes. La moitié d'entre eux est en milieu scolaire le plus souvent. Ces enfants viennent à l'établissement pour des soins, des rééducations et le mercredi pour les activités socio-éducatives. L'autre moitié est dans une approche pré-professionnelle avec une présence importante dans l'établissement mais aussi dans une dynamique externe par le biais des stages. Parmi les 65 places, 15 sont avec un internat réparti sur deux pavillons nommés « Malakoff » et « Rodin ». Les deux sont en location auprès de propriétaires privés. A ce jour, il y a une faible demande d'internat, seules 8 places sont occupées. Il est à noter que cet IME est fortement tourné vers l'environnement et développe beaucoup de ses activités sur l'extérieur. L'IME dispose aussi d'un espace dans le cadre d'une école, « Les Bouillets » à Bourges, pour des activités socio-éducatives. Si l'hypothèse d'une nouvelle construction peut être posée dans le cadre de cette transformation d'agrément, notamment du fait de l'ancienneté des bâtiments de l'IME, il apparaît néanmoins des arguments fondamentaux qui étayent la décision pour une réhabilitation architecturale. D'abord, l'emplacement géographique situe l'établissement au « cœur de la cité » avec toutes les commodités, services, commerces, accès routier, bus etc. Toute l'argumentation que j'ai développée jusque-là, appuyée sur la loi du 11 février 2005,

m'amène vers ce type de décision qui présente des atouts inclusifs essentiels pour les enfants accueillis et leurs parents. Ensuite, l'hypothèse d'une nouvelle construction entraînerait une excentration. En effet, une prospection récente pour les locaux du SESSAD à Bourges a montré qu'il n'y a aucune possibilité immobilière de cette envergure à moins de s'éloigner. Par ailleurs, l'usage des locaux est encadré par une convention d'occupation du domaine public, à titre gratuit, jusqu'en 2030 avec la Mairie de Bourges. Des investissements et travaux ont été financés depuis plusieurs années. Le choix d'une réhabilitation est aussi celui de garder l'avance inhérente à des investissements déjà réalisés dans le passé, et de se maintenir dans une logique de maîtrise du patrimoine, inscrite dans la stratégie associative. La gratuité sur l'occupation des locaux est un atout. C'est une vision sur l'avenir qui sécurise les financements, donc les dispositifs. C'est aussi une maîtrise des risques dans une contrainte économique forte. Enfin, l'IME est un établissement en conformité et dans un état globalement satisfaisant, qui permet d'envisager l'avenir dans une démarche de qualité.

### **De nouveaux besoins au regard de la nouvelle population accueillie**

Si le nouveau projet d'établissement viendra préciser la conception de l'accompagnement, il est possible d'anticiper dès à présent le type d'équipements dont l'IME aura besoin pour l'accueil d'enfants et adolescents déficients intellectuels moyens-sévères. Le développement d'espaces variés et adaptés en intra-muros est incontournable. Actuellement, c'est un point faible de l'établissement car il y a un écart entre les besoins et l'existant. Par ailleurs, les deux pavillons « Malakoff » et « Rodin », utilisés pour l'internat, ne peuvent pas être transformés et ne seront pas adaptés à la nouvelle population. L'accueil en internat n'est pas prévu dans mon projet, les contrats de location pour ces équipements seront donc interrompus. En revanche, les locaux, « Les Bouilllets », en hyper centre-ville et dans l'enceinte d'une école peuvent être préservés avec les mêmes arguments inclusifs. Ils sont adaptés et sont mis à disposition dans le cadre d'une convention d'occupation de bien public, à titre gratuit.

Au total, ce qui apparaît de façon prédominante, c'est le niveau insuffisant d'équipement à l'IME Barbès. Sur ce plan, des investissements et transformations sont à prévoir. Des ajustements par modification des affectations de salles permettront de s'adapter aux besoins. Il s'agit donc de saisir l'opportunité pour redonner de la cohérence à l'organisation spatiale de l'IME. Comme je l'ai exposé en première partie, la fragilité de la population qui sera accueillie avec notamment des entraves dans l'accès à la pensée formelle, implique une structuration fine pour que les enfants puissent se repérer et être en sécurité dans tout l'établissement. Le problème des étages doit être réglé, l'affectation des bâtiments redéfinie. Une première hypothèse de projet architectural étudiée avec un

architecte sera travaillée en lien avec le projet d'établissement. La dimension architecturale est un axe essentiel dans la qualité de l'accueil et de l'accompagnement. La juste adaptation architecturale au regard des besoins de la population procure une qualité de vie pour ceux à qui elle est destinée, une qualité de travail pour les professionnels. Elle relève donc d'une véritable conception qui prend en compte ces éléments qualitatifs dans un système contraint du point de vue de la réglementation et de son financement. La dialectique qualité-efficience est à l'œuvre.

### **3.3 Le plan d'action, sa planification et ses indicateurs d'évaluation**

La conduite du changement va s'opérer dans la temporalité du CPOM 2015-2019. L'échéance maximale pour la mise en œuvre du projet est prévue au 31 Décembre 2017. Pour chercher à rendre compte le plus clairement possible de la globalité des actions engagées, de leur planification et de leurs indicateurs d'évaluation, je propose une présentation sous forme de tableau figurant en annexe<sup>162</sup>. Le projet comprend quatre objectifs stratégiques déclinés à partir de quatre grandes actions : la transformation de l'IME de Bourges (Action 1), l'extension du SESSAD (Action 2), l'adaptation de l'IME de St SATUR (Action 3) et la fermeture de l'IME Hors les Murs de Vierzon (Action 4). La mise en œuvre de chacune des actions ne présente pas la même temporalité car elle ne mobilisera pas les mêmes moyens. Il est néanmoins nécessaire de les mettre en cohérence car elles présentent une interdépendance. Leur réalisation est sous-tendue par de nombreuses autres actions que j'ai développées en seconde partie avec des aspects transversaux et spécifiques pour les établissements et les services. Chaque action présente des caractéristiques propres.

- **Action 1** : elle a la particularité d'associer une transformation d'agrément sans fermeture avec une écriture de projet, une réhabilitation structurelle et un mouvement RH important.
- **Action 2** : le développement du SESSAD s'opérera plus rapidement et permettra de donner une dynamique RH. Il implique une actualisation du projet et une réorganisation au regard de l'extension avec « l'entrée » de nouveaux métiers dans l'équipe.
- **Action 3** : l'adaptation de l'agrément de St Satur consiste essentiellement à produire une adaptation du projet.

---

<sup>162</sup> Annexe 13 et 14 : Organigramme–Synthèse-Planification-Evaluation du projet

- **Action 4** : la fermeture de l'IME hors-les-murs sera à mettre en cohérence avec la sortie des jeunes, les réorientations. L'axe RH sera très sensible compte tenu de la fermeture.

### 3.3.1 L'accueil des enfants et des adolescents

Au-delà du tableau présenté en annexe,<sup>163</sup> je souhaite développer plus précisément cet aspect central du projet. Pour l'IME Barbès de Bourges, une problématique de transformation d'agrément sans fermeture se pose. Tous les jeunes actuellement présents devront être sortis de l'établissement au 31 décembre 2017. Par ailleurs, je n'effectue plus d'admissions d'enfants dans le cadre de l'agrément « déficience intellectuelle légère ». Je vais donc devoir harmoniser une situation qui combinera un accueil décroissant d'enfants et adolescents avec la mise en œuvre d'un changement de fond sur la même période. La problématique d'accueil consiste donc à maintenir une qualité d'accompagnement pour les enfants présents actuellement, tout en menant ces changements qui permettront une qualité d'accueil pour les nouveaux entrants. J'ajoute que le « déclin » des effectifs, les mouvements des équipes liés à la restructuration, complexifient déjà la dynamique institutionnelle. Les conditions de changement devront donc être minutieusement planifiées et organisées pour tenir cet objectif de qualité. Pour cela, j'ai regardé le mouvement d'effectifs des enfants sur les trois ans qui viennent, puisqu'il influe directement sur l'évolution de la conduite de changement. Je distingue deux axes dans les mouvements de sortie. Le premier est le mouvement des sorties inhérent à l'échéance des 20 ans des adolescents et jeunes adultes accueillis. Le second concerne les réorientations déjà engagées et l'ancienneté des notifications. Certains enfants sont en attente de réorientation vers un autre établissement, ce qui constitue un mouvement de sortie qu'il faut prendre en compte. Je suis en mesure d'estimer la période de leur sortie. Le troisième concerne les réorientations à construire dans le cadre des projets personnalisés. Aussi, j'ai regardé le lieu de scolarisation. En effet, les enfants et adolescents scolarisés dans les établissements scolaires sont beaucoup moins présents dans l'établissement, avec des modes d'accompagnement plus ambulatoires, ce qui constitue un levier puisque cela influe sur l'encadrement, les besoins d'équipements. Le croisement de ces axes permet de révéler précisément les besoins et donne des indicateurs sur la temporalité du changement. Je précise que certains enfants sortiront en dehors de ces critères. En adoptant la même démarche pour l'IME hors-les-murs de Vierzon, il apparaît que l'adaptation de l'offre pourra s'opérer à échéance et que la fermeture de l'IME de Vierzon se produira probablement avant la date butoir. Le « déclin » des effectifs va permettre des marges de manœuvre pour la mise en œuvre de tous les

---

<sup>163</sup> Annexe 11 : Mouvement des effectifs sur les IME de Bourges et hors-les-murs de Vierzon

nouveaux projets. La gestion immobilière, et notamment la réhabilitation de l'IME Barbès de Bourges, sera harmonisée avec l'évolution des effectifs. Compte tenu de la conséquence des travaux, j'ai réalisé un plan de charge spécifique pour cet établissement.<sup>164</sup>

### **3.3.2 Les mouvements des professionnels et leur temporalité**

L'ensemble de ces paramètres montre :

- une fermeture possible de l'IME de Vierzon avant l'échéance de fin d'année 2017
- une baisse significative et relativement rapide des effectifs de l'IME Barbès de Bourges
- la possibilité d'effectuer l'extension du SESSAD plus tôt.

Avec les opportunités de reclassement qui sont d'ores et déjà proposées aux professionnels, les mouvements RH pourront s'harmoniser avec l'adaptation de l'offre. Il sera donc possible d'entrer dans le projet et d'apporter les réponses aux besoins dans de meilleurs délais que celui du 31 Décembre 2017. C'est une perspective positive pour la réussite du projet de changement, un point de repère pour tous en matière de stabilité.

La période qui couvre la fin d'année de 2015 et toute celle de 2016 sera donc particulièrement active dans tous les domaines. La temporalité des mouvements RH sera en lien avec l'évolution des projets des enfants et des adolescents. Le processus de sortie et d'orientation sera donc le pivot de toute la dynamique des mouvements RH. Aussi, elle sera liée à l'avancée des nouveaux projets de services et d'établissements, en particulier celui du SESSAD. Enfin, cette dynamique sera nourrie de toutes les opportunités de reclassement qui se présenteront durant ces deux années, et telles que je les ai identifiées à partir de la GPEC.<sup>165</sup>

Par conséquent, la gestion du temps à ce niveau du projet est un aspect éminemment sensible. Elle représente un facteur clé de réussite pour toute la conduite de changement. Ma planification et mes indicateurs d'évaluation présentés en annexe<sup>166</sup> me permettront d'en avoir une maîtrise. La « juste » temporalité de cette période de changement aura une incidence dans les dynamiques d'équipes, sur le climat social en général.

---

<sup>164</sup> Annexe 12 : Plan de charge pour la réhabilitation de l'IME de Barbès à Bourges

<sup>165</sup> Annexe 9 : Evolution des plateaux techniques en lien avec la GPEC

<sup>166</sup> Annexe 14 : Planification et indicateurs d'évaluation du projet de changement

### **3.3.3 La mobilisation pour l'écriture des projets d'établissements**

Comme je l'ai développé plus haut, l'écriture d'un projet d'établissement et sa méthodologie permet un processus positif qui produira une dynamique favorable à la conduite de changement. C'est aussi une condition pour élaborer les réponses d'accompagnements auprès des usagers et de leurs parents. La mobilisation des équipes sur ce travail sera donc essentielle et dans une temporalité qui sera, là-aussi, liée à tous les facteurs que j'ai évoqués dans les chapitres précédents.

A partir des caractéristiques spécifiques à chaque structure, j'ai hiérarchisé ce travail en trois temps distincts :

- le premier pour le SESSAD avec sa spécificité « Pro »
- le second pour l'IME de St Satur avec une actualisation du projet existant
- Enfin le troisième pour l'IME Barbès avec son nouvel agrément.

Cette hiérarchisation prend en compte l'évolution des services dans leur temporalité d'accueil des usagers et dans leur composante RH. Je retiens le délai de six mois préconisé par l'ANSEM pour l'élaboration et l'écriture d'un projet d'établissement ou de service.

Le SESSAD a une particularité puisque son projet est très récent. Un avenant sur l'aspect de l'accompagnement des 16-23 ans sera proposé. Pour que son extension s'opère plus rapidement, et parce que l'équipe est en grande partie déjà constituée, j'ai décidé la mise en œuvre rapide d'un COPIL. Je l'ai fixé sur l'année 2015. L'IME de St Satur présente quant à lui moins de contraintes dans l'ensemble des actions à conduire. L'actualisation de son projet pourra ainsi être mise en œuvre durant le premier semestre 2016. Enfin, à l'IME Barbès de Bourges, ce travail ne pourra s'engager qu'à partir du moment où les équipes seront reconstituées, soit l'année 2017. L'ensemble de ces actions est inclus dans ma planification figurant en annexe<sup>167</sup>.

### **Conclusion de la troisième partie**

Tous les aspects de la mise en œuvre du projet en montrent la complexité. L'atteinte des objectifs du projet de changement en dépend fondamentalement. Elle implique tous les niveaux des organisations, chacun ayant une incidence sur les autres. Les aspects de la mise en œuvre demanderont donc beaucoup de cohérence et de cohésion. La déclinaison de mon plan d'action à travers une planification avec ses indicateurs d'évaluations va en ce sens. La réussite de la mise en œuvre sera un enjeu de direction.

---

<sup>167</sup> Annexe 14 : Planification et indicateurs d'évaluation du projet de changement

## Conclusion

Si ce projet constitue le contexte de ma direction donc celui de ma pratique professionnelle, ce travail exploratoire m'a amené à prendre toute la mesure de la responsabilité qui le transcende. Il met en relief l'éthique des responsabilités qui fondent l'action du directeur, dans la conduite d'une intervention sociale qu'il mène avec les ressources qui l'entourent. La combinaison des forces individuelles est une voie puissante capable de produire une force collective, pour construire le changement. Toute la compétence du directeur se trouve dans la mobilisation et l'orchestration de ces ressources au service d'un projet ancré dans un environnement sociétal.

La hauteur de ce changement institutionnel est à envisager comme une expérience qui constituera une force collective dans cette nouvelle culture, avec de nouvelles pratiques dans l'environnement médico-social. C'est aussi une action sur les représentations, donc un mouvement vers une société inclusive. Nous sommes vraisemblablement dans une temporalité institutionnelle où le processus continu de « désinstitutionnalisation » n'en est qu'à ses débuts. La recherche d'une cohésion avec tous les acteurs de l'environnement permettra de poursuivre en ce sens pour être capable de s'adapter à nouveau.

Ce CPOM ouvre un horizon jusqu'en 2019 avec un « cap » de transformations qui donne une certaine lisibilité sur les cinq années à venir. Néanmoins, j'aurai à analyser continuellement l'évolution des besoins des enfants et adolescents dans un environnement très incertain et pour construire à nouveau des réponses. Ce travail, dans son contexte de formation et de pratique professionnelle, m'a permis de développer un socle conceptuel et méthodologique qui étayera ma conduite de changement et le développement de projets futurs.

Ce mémoire représente aussi une forme de synthèse d'un ensemble de connaissances construites tout au long du processus de formation. Le concept de formation du CAFDES, constituera une référence dans mon contexte d'intervention. Il structure ma posture de directeur et nourrit mon ambition à répondre aux évolutions des besoins des personnes accompagnées, dans une recherche d'anticipation et de vision de l'avenir. Par-là, je veux être à la hauteur d'une éthique de la responsabilité qui engage des actions et des conséquences. En l'occurrence, il s'agit d'actions et de conséquences sur des sujets : enfants, adolescents, parents et professionnels. Je pense que c'est toute la difficulté dans l'exercice de la fonction et l'existence du directeur. C'est aussi ce qui en fait toute la richesse.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

- AUTISSIER D, MOUTOT JM, *Méthode de conduite du changement, Diagnostic, Accompagnement et Pilotage*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 252p
- BATIFOULIER F, 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 494p
- BAUDURET JF, JAEGER M, 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoires d'une refondation*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 339p
- BORGETTO.M, LAFORE.R, *Droit de l'aide et de l'action sociale*, 8<sup>ème</sup> Edition, Paris : Montchrestien L'extenso éditions, 809p
- BROCA.R, 2013, *La déficience intellectuelle face aux progrès des neurosciences, repenser les pratiques de soin*, Lyon : Chroniques sociale, 313p
- CASTEL R, 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Collection folio Essais, Paris : Gallimard, 813p
- DUBET F, 2002, *Le Déclin de l'institution, L'épreuve des faits*, Paris : Seuil, 421p
- DUBET F, 2010, *Les places et les chances, repenser la justice sociale*, La république des idées, Paris : Seuil, 119p
- DUCALET P, LAFORCADE M, 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Ed Seli Arsalan, 272p
- GACOIN D, 2010, *Conduire des projets en action sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 260p
- GARDOU C, 2014, *Handicap une encyclopédie des savoirs-Des obscurantismes à de nouvelles lumières*, Sous la direction de GARDOU, Eres, Toulouse, 469p.
- GARDOU C, 2013, *La société inclusive, parlons-en !*, Toulouse : Erès, 170p
- GIBELLO B, 2009, *L'enfant à l'intelligence troublée*, Paris : Dunod, 230p
- LEFEVRE P, 2006, *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*, Paris : Dunod, 563p
- LOUBAT JR, 2013, *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 217p
- MARCELLI D COHEN D, 2012, *Enfance et psychopathologie*, 9<sup>ème</sup> édition, Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, 672p
- MOINE A, SORITA N, 2015, *Travail social et territoire, concept, méthode, outils*, Rennes : Presses de l'EHESP, 248p
- STICKER HJ, 2013, *Corps infirmes et sociétés*, Collection idem, Paris : Dunod, 330p
- VAGINAY.D, 2005, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, Toulouse : Erès, 190p

VILLE E, FILLION E, RAVAUD JF, 2014, *Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politique et expérience*, Louvain-La-Neuve : De Boeck, 255p

### **Ouvrages consultés :**

AUBERT N, GRUERE J-P, JABES J, LAROCHE H, ENLART S, 1991, *Management, aspects humains et organisationnels*, Paris : PUF, 656p

BOUTINET JP, 2015, *Anthropologie du projet*, Quadrige manuels, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : PUF, 441p

CAMBERLEIN P, 2011, *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*, Paris, 3<sup>ème</sup> édition Dunod, 498p

CROZIER M, FRIEDBERG E, 1977, *L'acteur et le système*, Collection Point Essai, Paris : Le seuil, 500p

FOULCAULT M, 1976, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Collection Tel 9<sup>ème</sup> édition, Paris : Gallimard, 700p

GARDOU C, 2013, *Fragments sur le handicap et la vulnérabilité, pour une révolution de la pensée et de l'action*, Collection Connaissances de la diversité, Toulouse : Erès : 2013, 261p

GOFFMAN E, 1975, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris : Les éditions de minuit, 175p

GARDOU C, POIZAT D, *Désinsulariser le handicap, quelles ruptures pour quelles mutations culturelles ?*, Toulouse : Erès, 356p

JOHNSON G, WHITTINGTON R, SCHOLLES K, FRERY F, 2011, *Stratégique*, 9<sup>ème</sup> édition, Paris : Pearson, 670p

LOUBAT, 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 391p

PAUGAM S, 1996, *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris : La découverte, 582p

ROUSSEAU JJ, 1966, *Emile ou de l'éducation*, Paris : Garnier Flammarion, 629p

### **Articles :**

E.BERRIOS G, 2001, « Retard mental et psychiatrie : une histoire conceptuelle », *Revue Européenne du handicap mental*

CALVEZ M, Mai 2010, « *La liminalité comme cadre d'analyse du handicap* », HAL, p1, disponible sur internet : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00483461/document>

LAFORE R, Janvier-Février 2008, Droit et pauvreté : « Les métamorphoses du modèle assistanciel français », *Revue de Droit Sanitaire et Sociale*, N°1

LAFORE R, Mai-Juin 2013, « L'IME, un révélateur des politiques d'action sociale et de leur évolution », *Les cahiers de l'actif*, N°444/445

JAMET F, 2<sup>ème</sup> trimestre 2003, *La nouvelle revue de l'AIS*, N°22

LOUBAT JR, Mai-Juin 2013, « Les IME questionnés par la logique de parcours et la désinstitutionnalisation », *Les cahiers de l'actif*, N°444/445

STIKER HJ, 2007, « Pour une nouvelle théorie du handicap. La liminalité comme double », *L'Esprit du temps, Champ psy* 1, n° 45, <http://www.cairn.info/revue-champ-psycho-somatique-2007-1-page-7.htm>

### **Revues consultées :**

« Actif », disponible sur internet : [www.actifedition.com](http://www.actifedition.com)

« Direction », disponible sur internet : [www.direction.fr](http://www.direction.fr)

### **Rapports :**

BLANC P, Mai 2011, « La scolarisation des enfants handicapés », 64p, disponible sur internet : [www.ladocumentation française.fr](http://www.ladocumentation.fr)

CAMPION CL, Avril 2014, « Réussir 2015 », 112p, disponible sur internet : [www.ladocumentation française.fr](http://www.ladocumentation.fr)

PIVETEAU D, Juin 2014, « Zéro sans solutions », 95p, disponible sur internet : [www.social-santé.gouv.fr](http://www.social-santé.gouv.fr)

Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, Novembre 2014, Feuille de route, Projet de réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, 28p, disponible sur internet : [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr)

Rapport CNSA, 2012, Promouvoir la continuité des parcours, 144p, disponible sur internet : [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

Etablissements et services pour personnes handicapées, offre et besoins, modalités de financement, 2012, IGAS, disponible sur internet : [www.igas.gouv.fr](http://www.igas.gouv.fr)

### **Textes internationaux :**

Traité d'Amsterdam, 2 Octobre 1997, Journal Officiel, n°C340 du 10 novembre 1997, 156p, disponible sur internet : [www.europa.ue.fr](http://www.europa.ue.fr)

Convention de l'ONU sur le droit des personnes handicapées, disponible sur internet : [www.un.org](http://www.un.org)

Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, 1948, ONU, disponible sur internet : [www.un.org](http://www.un.org)

Convention internationale des Droits de l'Enfant, 1989, New York, disponible sur internet : [www.admin.ch](http://www.admin.ch)

Recommandation du Comité des ministres du Conseil de l'Europe n°C/Rec [2010] 2 du 3 février 2010 relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité, disponible sur internet : [www.cfhe.org](http://www.cfhe.org)

Résolution sur l'intégration sociale des personnes handicapées, 1981, UE, disponible sur internet : [www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)

Résolution ResAP, 2005, sur la protection des adultes et enfants handicapés contre les abus, Conseil de l'Europe, disponible sur internet : <https://wcd.coe.int>

### **Traités médicaux :**

American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical Manual of mental disorders – DSM IV, Américan Publishing, 2005

OMS, 1980, Classification Internationale du Handicap

OMS, 2001, Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

### **Lois et ordonnances :**

Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapé, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finance, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel du 3 janvier 2002, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal Officiel du 2 février 2005, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Ordonnance n° 2005-1477 du 1 décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux., disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

### **Décrets :**

Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, JORF n°247 du 24 octobre 2003 page 18112 texte n° 5, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Décret n°56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, Journal Officiel du 25 Mars 1956, p2875 à 2879, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Décret n°2006-422 du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

### **Circulaires**

Circulaire DGAS/SD 5B n° 2006-216 du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements, Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales n° 2006/6 p. 136-142, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Circulaire N°DGCS/SD5C/2013/300 relative à la mise en oeuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Circulaire de la DACG n°2007-06 du 27 mars 2007 relative à la présentation synthétique des dispositions de droit pénal et de procédure pénale de la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

### **Schémas et plans :**

SROMS Région Centre 2012-2016, disponible sur internet : <http://www.ars.centre.sante.fr>

PRS Région Centre 2012 – 2016, disponible sur internet : <http://www.ars.centre.sante.fr>

PTS du Cher 2012-2016, disponible sur internet : <http://www.ars.centre.sante.fr>

PRIAC de la Région Centre 2012–2016, disponible sur internet : <http://www.ars.centre.sante.fr>

### **Autres :**

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Direction générale de l'offre de soin, 2012, « Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM », 92p, disponible sur internet : <http://www.sante.fr>

### **Enquête :**

Diagnostic EN – MDPH-ARS du Cher, Novembre 2013

### **Site internet :**

<http://www.ars.centre.sante.fr>

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

<http://www.anap.fr>

<http://www.legifrance.gouv.fr>

### **Filmographie :**

TRUFFAUT F, 1970, *L'enfant sauvage*, Les films du Carosse

---

## Liste des figures et tableaux

---

**Figure 1** Etablissements et services des PEP18

**Figure 2** Les ESMS pour enfants dans le département du Cher

**Tableau 1** Evolution des attentes des usagers

**Tableau 2** Etablissements médico-sociaux pour enfants dans le Cher

**Tableau 3** Services médico-sociaux pour enfants dans le Cher

**Tableau 4** Synthèse au regard du diagnostic

---

## Liste des annexes

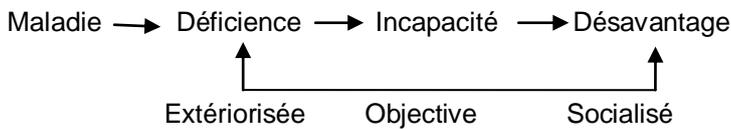
---

- Annexe 1** Modélisation du CIH, CIF et PPH
- Annexe 2** Plateaux techniques en 2015
- Annexe 3** Synthèse - Diagnostic externe
- Annexe 4** Synthèse - Diagnostic interne
- Annexe 5** Un système de coopération au service du projet personnalisé
- Annexe 6** Modélisation de la méthodologie de projet : une dynamique de co-construction
- Annexe 7** Matrice – Diagnostic du projet personnalisé
- Annexe 8** Repères méthodologiques pour l'élaboration des PE-PS
- Annexe 9** Eléments de synthèse - Evolution des plateaux techniques en lien avec la GPEC
- Annexe 10** Budgets et coûts à la place
- Annexe 11** Mouvement des effectifs sur l'IME de Vierzon et Barbès de Bourges
- Annexe 12** Plan de charge pour la réhabilitation de l'IME Barbès de Bourges
- Annexe 13** Organigramme du projet
- Annexe 14** Planification et indicateurs d'évaluation du projet de changement

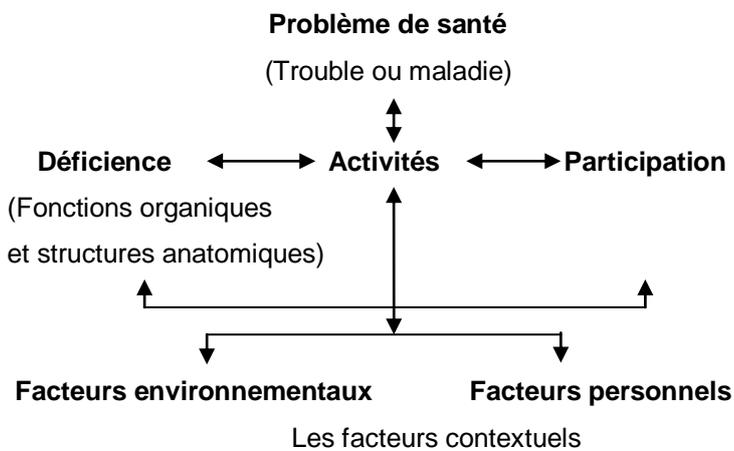
## Annexe 1 : Modélisation du CIH, CIF et PPH<sup>168</sup>

« Dans le contexte de la santé<sup>169</sup> :

### Le CIH



### Le CIF



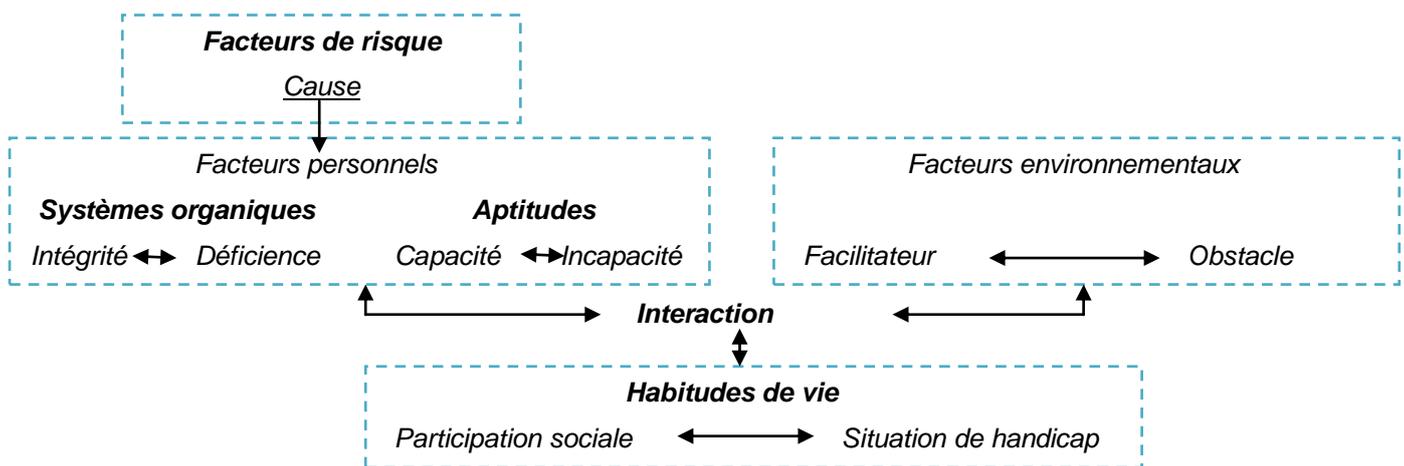
**Les fonctions organiques** désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques). Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telles que les organes, les membres et leurs composantes. Les déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante.

**Une activité** désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Les limitations d'activités désignent des difficultés qu'une personne rencontre dans l'exécution de l'activité.

**La participation** désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle. Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.

**Les facteurs environnementaux** désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie ».

« **Processus de Production du Handicap (PPH), modèle explicatif des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne** ».<sup>170</sup>



<sup>168</sup> JAMET F, 2<sup>ème</sup> trimestre 2003, La nouvelle revue de l' AIS, N°22, p169

<sup>169</sup> VILLE E, FILLION E, RAVAUD JF, 2014, *Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politique et expérience*, Louvain-La-Neuve : De Boeck, p97

<sup>170</sup> FOUGEYROLLAS P, 2010, *Le funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*, Québec, Presses de l'université Laval in VILLE E, FILLION E, RAVAUD JF, 2014, *Introduction à la sociologie du handicap, Histoire, politique et expérience*, Louvain-La-Neuve : De Boeck, p97

## Annexe 2 : Plateaux techniques en 2015

Plateau technique – Ratio d’encadrement – Référence nationale

	Plateau technique en ETP	Ratio d’encadrement	Référence nationale
IME Bourges et son antenne à St Satur	37.3	0.44	0.65
IME Hors Les Murs Vierzon	12.4	0.4	0.65
SESSAD	19.5	0.25	0.28
CAMPS	10.72		

Répertoire des métiers pour le Domaine Extra-Muros

Dans l’ensemble des IME	Directeur / Directeur Adjoint / Chef de Service Educateur Spécialisé / Educateur Technique Spécialisé / Moniteur Educateur / Conseiller en Insertion Professionnel / AMP Médecin psychiatre / Psychologue / Orthophoniste / Psychomotricien / Aide- soignant Agents de service / Agents d’entretiens / Agents administratifs
	Directeur / Directeur Adjoint / Chef de Service Educateur Spécialisé Médecin psychiatre / Psychologue / Orthophoniste / Psychomotricien Agents de service / Agents d’entretiens / Agents administratifs
SESSAD	Directeur / Directeur Adjoint / Chef de Service Educateur Spécialisé Médecin psychiatre / Psychologue / Orthophoniste / Psychomotricien Agents de service / Agents d’entretiens / Agents administratifs
CAMSP	Directeur Educateur Spécialisé – Educateur de jeunes enfants Médecin pédiatre / Pédopsychiatre / Psychologue / Orthophoniste / Psychomotricien Agents de service / Agents d’entretiens / Agents administratifs

### Annexe 3 : Synthèse diagnostic externe

Indicateur : favorable  Moyen  Alerte 

Selon le modèle de Pestel<sup>171</sup>

#### Le macro-environnement

Menace - Opportunité

Nous sommes dans une temporalité politique où l'Etat se réforme de façon continue, ce qui ouvre une zone d'incertitude pour notre secteur.				
La réduction des déficits publics impacte les financements ARS dont nous dépendons.				
Les effets de la loi 2002, 2005 et 2009 modifient la place des personnes en situation de handicap dans la société, et par conséquent celle des ESMS. Le processus global de « désinstitutionnalisation » est largement engagé. C'est une menace à court terme, une opportunité à moyen terme.				
Le triptyque planification-autorisation-financement réduit considérablement les marges de manœuvres des ESMS. Il implique un besoin d'adaptation rapide, de réactivité.				
L'évolution de la réglementation générale, du droit du travail et des systèmes d'information dématérialisés intensifie nos obligations et renforce le besoin de ressources en expertise.				

#### La demande

Le dépistage précoce du handicap.				
Le développement de la scolarisation, l'insertion professionnelle et l'insertion sociale des enfants et adolescents en situation de handicap.				
L'adaptation de l'offre des prises en charge aux personnes présentant des situations complexes de handicap, dont l'autisme. Les IME sont remis en cause dans leur configuration actuelle.				
Besoin de place en IME sur le département pour les enfants dont le handicap est plus lourd (Déficience moyenne –sévère et enfants autisme)				

#### L'environnement stratégique

La dotation en établissement dans notre département est supérieure à la moyenne de la Région Centre et de la France.				
Il y a un besoin de développer les dispositifs d'accompagnements à la formation professionnelle pour les adolescents en situation de handicap.				
Les PEP du Cher sont dans un environnement concurrentiel même s'il représente un opérateur important sur le territoire.				

<sup>171</sup> JOHNSON G, WHITTINGTON R, SCHOLLES K, FRERY F, 2011, *Stratégie*, 9ème édition, Paris : Pearson, p57

## Annexe 4 : Synthèse diagnostique interne

Indicateur : favorable



Moyen



Alerte



Faiblesse - Force

### L'activité

L'IME Barbès de Bourges et l'IME hors les murs de Vierzon n'ont quasiment plus de liste d'attente.				Alerte
A contrario le SESSAD présente de grandes listes d'attente.				Favorable

### Situation financière

Les coûts à la place sont dans la moyenne nationale.				Favorable
Les établissements présentent tous une situation financière saine. Les FRI, FRE et FRNG normatifs permettent de dégager une trésorerie positive.				Favorable

### Les ressources techniques

Les locaux du SESSAD-CAMSP ont été réhabilités. Tous ces services sont conformes aux normes en vigueur. Leur aménagement correspond à la population accueillie.				Favorable
Il existe une vétusté dans certains locaux de l'IME HLM Vierzon et dans une moindre mesure à l'IME de Bourges.				Moyen
Les matériels techniques, informatiques, automobiles, bureautiques sont en location, ce qui permet un niveau d'équipement global très qualitatif.				Favorable

### Les ressources humaines

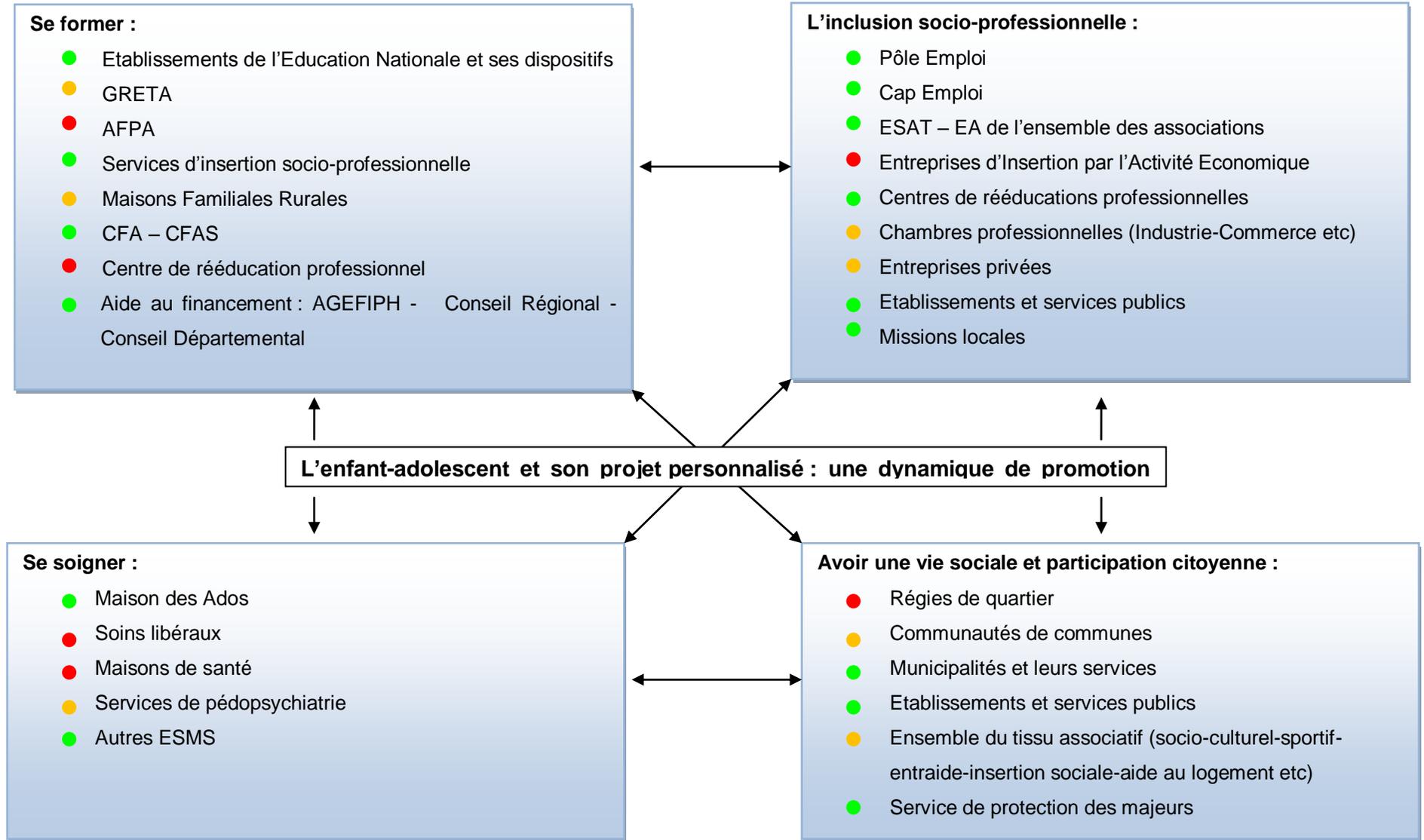
L'ensemble des plateaux techniques montre que les professionnels sont qualifiés, expérimentés.				Favorable
Le taux de présentéisme montre une certaine stabilité dans les établissements et services.				Favorable
Une forte ancienneté est observée. C'est une ressource en termes de compétences. C'est un risque au niveau d'un départ massif en retraite et des RPS.				Moyen
Nous manquons d'orthophonistes. Le manque de médecins spécialistes sera une difficulté à moyen terme.				Alerte

### Les ressources managériales et organisationnelles

La mutualisation des moyens humains et matériels à l'échelle de l'association permet la mobilisation de ressources variées.				Favorable
Le développement de la dimension « Siège » a permis de développer des fonctions ressources, de l'expertise.				Favorable

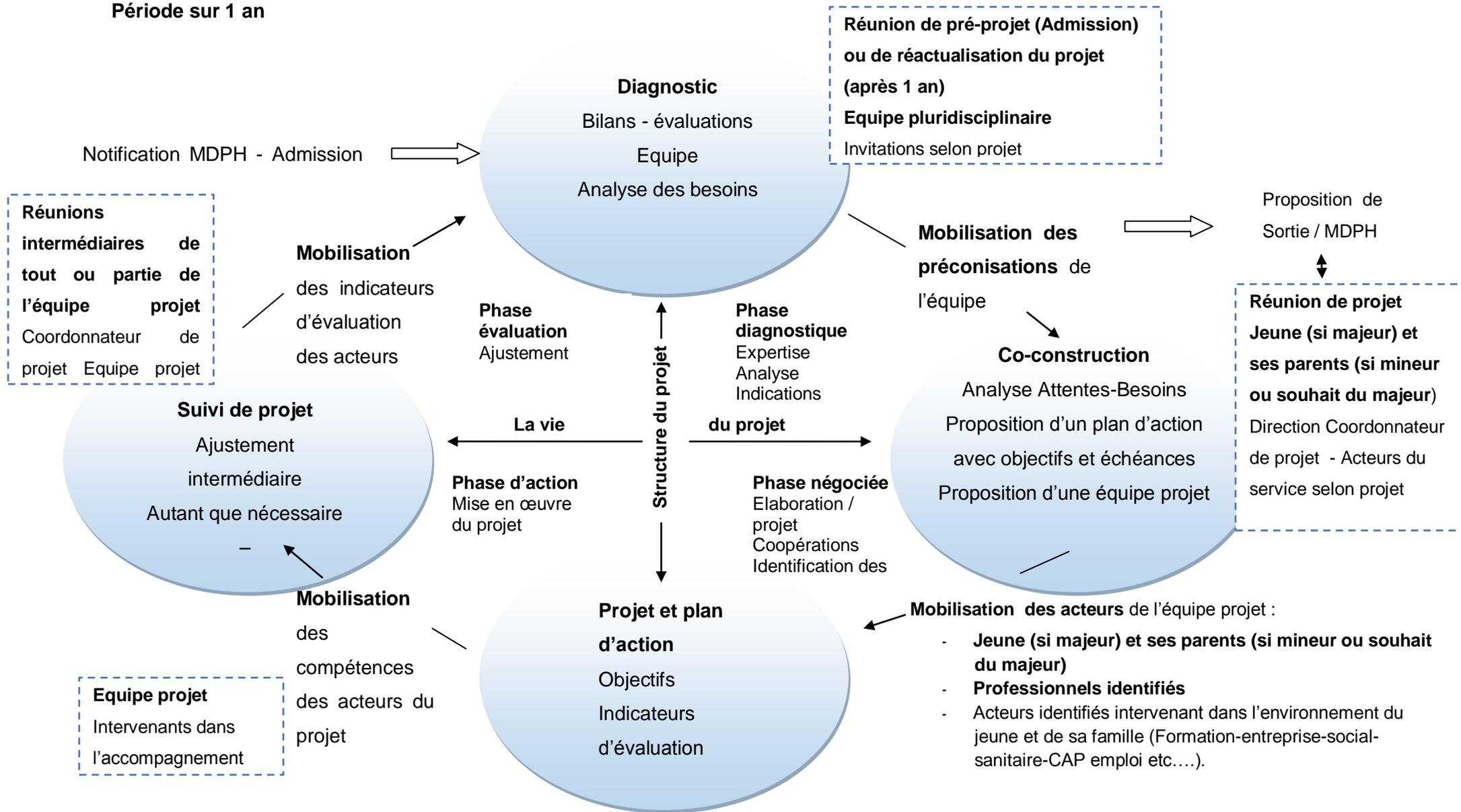
## Annexe 5 : Un système de coopération au service du projet personnalisé et pour la promotion des parcours

● Coopération active    ● Coopération existante à renforcer    ● Coopération à construire



## Annexe 6 : Modélisation de la méthodologie de projet : une dynamique de co-construction

Période sur 1 an



## Annexe 7 : Matrice diagnostic du projet personnalisé

Axes		Forces	Fragilités	Besoins
La dynamique interne : Le jeune et ses capacités	<b>Développement</b> Médecins-Psychologues- rééducateurs			
	<b>Sociabilité</b> Médecins-Psychologues- rééducateurs- ES –ETS			
	<b>Formation et insertion professionnelle</b> CIP-ETS			
Axes		Ressources	Les freins	Besoins
La dynamique externe : Le jeune et son environnement	<b>Familial</b> ES-AS			
	<b>Socio-culturel</b> ES-AS			
	<b>Formation et insertion Professionnelle</b> CIP-ETS-Enseignant			

Appui sur les référentiels et outils d'évaluation des professionnels dans leurs spécificités

## Les attentes de l'enfant-adolescent et de sa famille

Axe		Recueil des attentes	Ecart Besoins - Attentes
Les attentes	<b>Personnel</b>		
	<b>Socio-culturel</b>		
	<b>Formation - Insertion professionnelle</b>		

Fiches actions RBPP Recueil des attentes et projet personnalisé – Littérature

## Annexe 8 : Repères méthodologiques pour l'élaboration des PE-PS

### Rôle

#### Fixe le cadre :

Référence à l'ANESM et aux RBPP  
 Références réglementaires  
 Echéances  
 Lien avec les évaluations internes et externes  
 Conditions d'organisations  
 Conditions d'accès à l'information  
 Présentation au CA – Validation  
 Présentation à l'autorité de tarification

### Indicateurs ANESM sous formes de mots clés :

- Ethique-Valeurs- Culture-Vision
- Missions-Cœur de métier- -Légitimité-Identité
- Diagnostic - Besoins
- Savoirs faire - Compétences
- Réponses – Projet personnalisé - Plan opérationnel
- Environnement : Réglementaire – Stratégique – Coopérations
- Gestion-Evaluation-Qualité-Performance

**Direction**

**PE-PS**

**COPIL**

**Groupes de travail**

### Indicateur pour la planification

Réunions plénières  
 Constitution COPIL  
 Réunion COPIL  
 Réunion Groupes de travail  
 Formalisation  
 Validation du PE-PS  
 Planification du projet de changement

### Rôle

#### Organise et régule le processus :

De production du PE-PS à partir d'une méthode qu'il élabore  
 Fixe et suit un échéancier  
 Organise les thèmes de travail  
 Détermine les supports de travail selon les thèmes  
 Détermine un rédacteur

### Composition :

Animé par la Directrice de développement  
 1 représentant par fonction  
 Appui sur la RBPP

### Rôle

#### Le groupe produit sur un thème :

Explore les thématiques spécifiques  
 Produit des écrits  
 Utilise des modes de travail variés en fonction du thème

## Annexe 9 : Eléments de synthèse– Evolution des plateaux techniques en lien avec la GPEC

	2015				2018					
	Barbès et St Satur	HLM Vierzon	SESSAD	Total / Fonction	Barbès	St Satur	SESSAD	Total / Fonction	Variations / Fonctions	
<b>Cadres administratifs</b>										
Directeur	0,4	0,2	0,2	0,8	0,4	0,2	0,2	0,8	0	1 départ en retraite en 2016 - Recrutement
DA/CDS	2	1	1	4	1	1	2	2	0	1 départ en retraite en 2017 - Recrutement
Secrétaire	3,85	0,75	1,55	6,15	1,5	1,6	2,55	5,65	0,5	1 départ en retraite 2016
Comptable	0,4	0	0,35	0,75	0,4	0	0,35	0,75	0	
<b>Médical</b>										
Médecin	0,5	0,1	0,4	1	0,3	0,1	0,6	1	0	
Psychologues	2,0	0,5	2,5	5	0,75	0,5	3,75	5	0	
IDE Rééducateurs	3,75	0	4	7,75	2	1,1	5,4	8,5	0,75	Proposition d'extension de temps au temps partiel
Aide-soignant	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0	0,5	Reclassement : 3 postes / Pôle adultes en 2017
<b>Educatif et social</b>										
Educateur spécialisé	6,75	3	7	16,75	2	1,75	10	13,75	3	2 départs en retraite et 2 postes / Pôle adultes en 2016
Moniteur éducateur	1,75	1,5	0	3,25	2	1,75	0	3,75	0,5	Proposition d'extension de temps / temps partiel
AMP	4	1,5	0	5,5	4	0	0	4	1,5	6 postes / pôle adultes : 4 en 2016 et 2 en 2017
Assistante sociale	0,4	0,1	0,5	1,0	0,1	0,4	0,5	1	0	
ETS-CIP	2,5	0,5	0	3	0	0	2	2	1	1 départ en retraite en 2017
Art thérapeute	0	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0,5	Recrutement
<b>Logistique</b>										
Agent d'entretien	6,5	2,25	2	10,75	4	1,5	3	8,5	2,25	3 postes / Pôle adultes : 1 en 2015, 1 en 2016 et 1 en 2017
Surveillant de nuit	2	1	0	3	0	0	0	0	3	5 postes / Pôle adultes : 1 en 2015, 2 en 2016 et 2 en 2017
<b>Total</b>	<b>37,3</b>	<b>12,4</b>	<b>19,5</b>	<b>69,2</b>	<b>18,95</b>	<b>9,9</b>	<b>30,35</b>	<b>59,2</b>		

➔ Solutions RH en lien avec la GPEC

Hors CAMSP / Pas de mouvement

## Annexe 10 : Budgets et coûts à la place (en Euros)

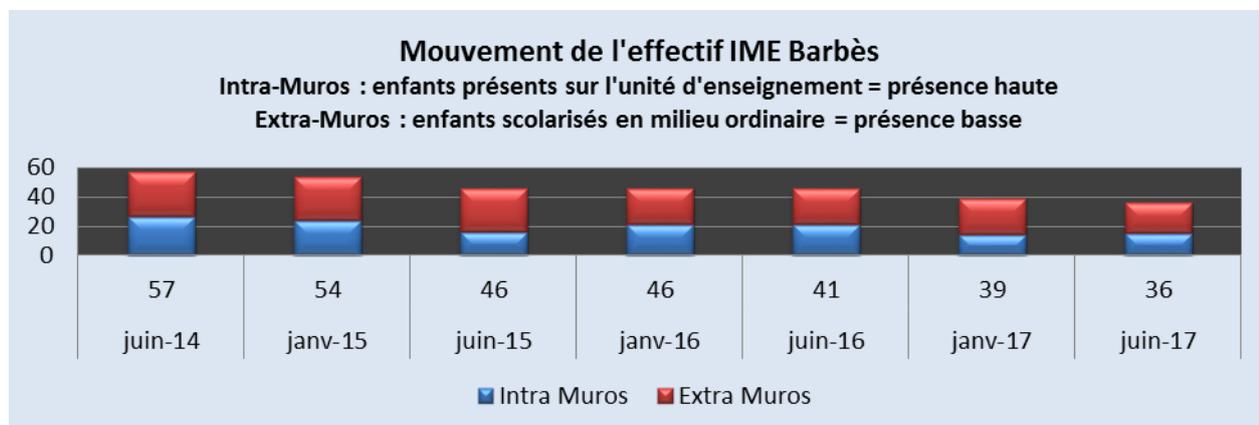
	Budget exécutoire				
	2014	2015	2016	2017	2018
SESSAD	1 218 787	1 346 158	1 365 006	1 376 255	1 941 090
IME HLM Vierzon	824236	793 154	807 447	797 555	0
IME BARBES	2686094	2 430 136	2 469 968	2 430 221	1 210 046
IME ST SATUR	0	0	0	0	655 850
CAMSP	791985	793 298	789 586	784 141	787 499
<b>Total DEM</b>	<b>5 521 102</b>	<b>5 362 746</b>	<b>5 432 007</b>	<b>5 388 172</b>	<b>4 594 485</b>

	Evolution des coûts à la place			Variation
	Coût Moyen ARS	2015	2018	
SESSAD	18 419	16 827	15 950	<
IME HLM Vierzon	29 613	26 438	x	x
IME BARBES	44 420	28 590	40 570	<
IME ST SATUR	29 613	x	32 436	>
CAMSP	8350	8350	8 150	<

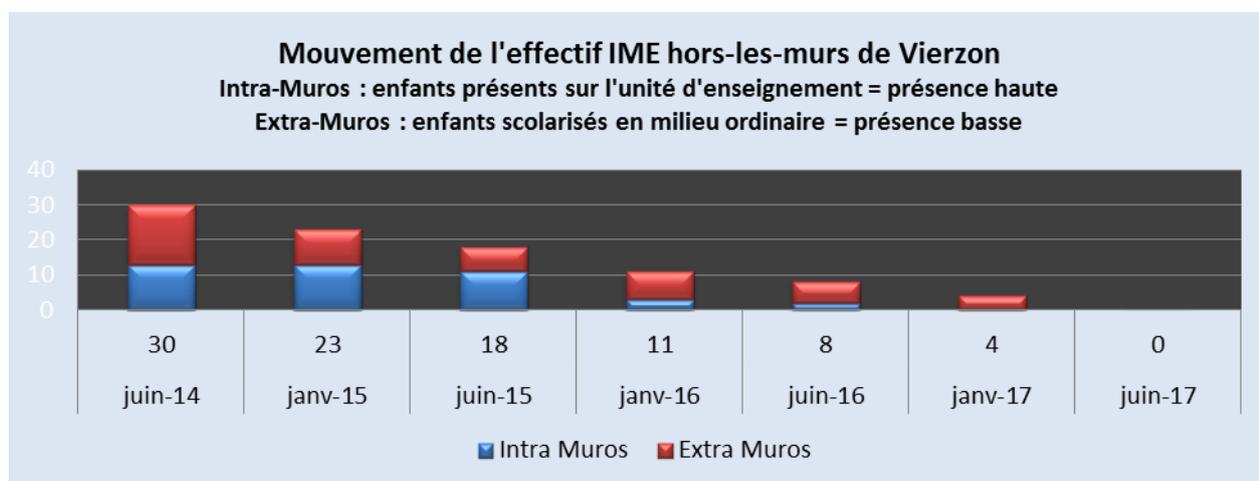
	Budget convergent		Budget CPOM 2	Variation
	Budget convergent	Nbe places		
SESSAD	2 210 280	120	1 941 090	< 12,2%
IME BARBES	1 332 600	0	1 210 046	<9,2%
IME ST SATUR	592 260	20	655 850	>10,7%
CAMSP	793 250	95	787 499	<0,7%
	<b>4 928 390</b>		<b>4 594 485</b>	<6,8%

## Annexe 11 : Mouvement des effectifs sur l'IME de Vierzon et Bourges

### Graphique 1



### Graphique 2



## Annexe 12 : Plan de charge pour la réhabilitation de l'IME de Bourges

2015



- Inventaire des matériels et des besoins précis
- Pré-Projet d'étude avec le cabinet d'architecte
- Présentation et association des équipes
- Présentation au CE / CHCT / DP
- Présentation au CVS
- Dépôt du permis de construire
- Procédure d'appel d'offre
- Rupture du contrat de location du pavillon Rodin début 2015

2016



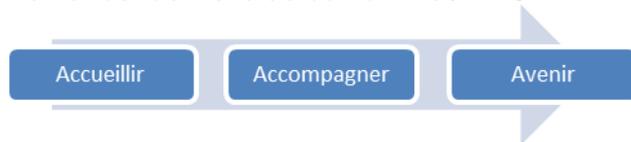
- Début des travaux par tranches  
Réunions de chantier par trimestre / CHSCT et pour chaque fin de tranche  
Pré-réception des travaux en fin de tranches
  - Janvier 2016 à Juin 2016  
Tranche 1 : bâtiment 2
  - Juin 2016 à septembre 2016  
Tranche 2 : Bâtiment 1
  - Septembre 2016 à Décembre 2016  
Tranche 3 : Bâtiment 4
- Rupture du contrat de location du pavillon Malakoff en juin 2016

2017



- Janvier 2017 à Juin 2017  
Tranche 4 : Bâtiment 3
- Demande d'une commission de sécurité / Mairie de Bourges
- Déclaration de l'achèvement des travaux
- Demande de visite de conformité / ARS

2018



- Inauguration / Ouverture du nouvel établissement

Cette phase correspond à toute l'élaboration du projet. 2015 sera une année cruciale, combinant la méthodologie de projet, la logistique et les ressources humaines. Cette étape sera déterminante pour le bon déroulement de la réhabilitation.

L'étude de nos effectifs et des besoins en locaux correspondants, permet de dire qu'à partir de janvier 2016, nous pourrons fermer le bâtiment 2. Les travaux du bâtiment 1 où se trouvent la restauration et l'administration seront effectués sur la période de vacances. Le bâtiment 4, peu utilisé, ne pose pas de problème par rapport à l'accueil et il y a des sanitaires dans les autres bâtiments. Enfin, nous n'aurons plus besoin d'équipement d'internat.

A partir de 2017, la majorité des enfants sera en milieu scolaire. Peu seront présents dans nos locaux, ce qui nous permettra d'engager les travaux dans ce bâtiment. La salle du « Bouillet » sera utilisée.

**Marge de sécurité : 6 mois**

## Annexe 13 : Organigramme et synthèse du projet de changement

### Organigramme projet de changement

Niveau	Fonction	Actions
<b>Stratégique</b>	Directrice Générale	CPOM global
	Directeur de Domaine	Management / Adaptation DEM
<b>Communication</b>	Directrice Générale & Directeur de Domaine	ARS – MDPH – IEN - CE Idem par délégation DG – Familles / Professionnels
	DRH DAF Directrice développement Directeur Technique	GRH Contrôle gestion COFIL PE-PS Réhabilitation – Logistique
<b>Conduites projets</b>	Directeur Domaine	PE-PS
	Directeur Adjoint	Projet personnalisé
	Chef de service	Projet personnalisé
<b>Groupes de travail</b>	Equipes	PE-PS

### Synthèse du projet de changement

Axe stratégique	Etablissement ou service	Actions	Echéance CPOM Prévisionnelle
<b>Transformation de l'offre de service</b>	IME Barbès	Changement agrément	<b>31 Décembre 2017</b>
			Juin 2017
<b>Extension de l'offre de service</b>	SESSAD Départemental	Extension de place et développement d'une spécificité SESSAD pro	<b>31 Décembre 2017</b>
			Progressive à partir de Janvier 2016
<b>Adaptation de l'offre de service</b>	IME St St Satur	Adaptation de l'agrément	<b>31 Décembre 2017</b> 1er semestre 2016
<b>Fermeture</b>	IME hors-les-murs de Vierzon		31 Décembre 2017 Juin 2016

**ANNEXE 14 Planification et indicateurs d'évaluation**
**Action 1**
**Objectif stratégique : transformer l'IME Barbès de Bourges**

Champ d'action	Objectif spécifique	Actions	Planning						Indicateurs de suivi <b>Indicateurs de résultat</b>	Pilote Référents			
			2015		2016		2017				2018		
			1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>eme</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>eme</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>eme</sup> semestre			1 <sup>er</sup> semestre		
<b>Communication</b>	Conduire le changement	Réunions et Instances officielles Ecrites	CVS – DP – CHSCT – CE- Réunion expression tout au long de la conduite du changement ARS – MDPH – IEN sur évolution du changement Communication individualisée						<ul style="list-style-type: none"> <li>Comptes rendus</li> <li><b>Climat social</b></li> </ul>	<b>Directrice générale</b> <b>Directeur</b> DRH			
<b>Usagers</b>		Tableaux bords sur mouvement- Mise en O. Méthodologie de projet personnalisé	Construire l'orientation pour une sortie de l'IME – Suivi de l'évolution des effectifs						<ul style="list-style-type: none"> <li>Sorties</li> <li>Admissions</li> <li><b>Orientations</b></li> </ul>	<b>Directeur adjoint</b> Chef de service			
<b>Projet personnalisé</b>	Mettre en œuvre les orientations et les admissions		EPE/TR MDPH		EPE/TR MDPH		EPE/TR MDPH						
<b>Ressources humaines</b>	Opérer la transition RH	Mise en O. du plan RH	Mouvement RH – Stages – Entretiens individuels - Formation			Nouvelle équipe				<ul style="list-style-type: none"> <li>Comptes rendus</li> <li>T.B suivi impact</li> <li><b>Réalisation</b></li> </ul>	<b>Directrice G.</b> <b>Directeur</b> DRH		
<b>Projet établissement</b>	Formaliser nouvelles conceptions	Mise en O. Méthodologie de projet				Constitution COPIL Ecriture			<ul style="list-style-type: none"> <li>Echéance</li> <li>Fiches méthodo.</li> <li><b>Formalisation</b></li> </ul>	<b>Directeur</b> Directrice développement			
<b>Gestion administrative</b>	Obtenir autorisation	Demande après PE				Autorisation Visite de conformité			<ul style="list-style-type: none"> <li>Echéance</li> <li><b>Autorisation</b></li> </ul>	<b>Directeur</b>			
<b>Gestion immobilière et logistique</b>	Réaliser la réhabilitation sans fermeture	Mise en œuvre plan réhabilitation			Réhabilitation des locaux – Ajustement des besoins logistiques		Visite de sécurité		<ul style="list-style-type: none"> <li>Echéances</li> <li><b>Réalisation</b></li> </ul>	<b>Directeur</b> Directeur technique			
<b>Gestion financière</b>	Tenir les objectifs du CPOM	Actions Réglementaires et CPOM	Comité et dialogue de gestion		Comité et dialogue de gestion		Comité et dialogue de gestion		<ul style="list-style-type: none"> <li>Tableaux bords</li> <li><b>Résultats</b></li> </ul>	<b>Directeur</b> Directrice financière			

**ANNEXE 14** Planification et indicateurs d'évaluation **Action 2** Objectif stratégique : **Extension du SESSAD**

Champ d'action	Objectif spécifique	Actions	Planning						Indicateurs de suivi Indicateurs de résultat	Pilote Référents	
			2015		2016		2017				2018
			1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>ème</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>ème</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>ème</sup> semestre			1 <sup>er</sup> semestre
<b>Communication</b>	Conduire le changement	Réunions et Instances officielles Ecrites	DP – CHSCT – CE- Réunion expression tout au long de la conduite du changement ARS – MDPH – IEN sur évolution du changement Communication individualisée						<ul style="list-style-type: none"> <li>Comptes rendus</li> <li><b>Climat social</b></li> </ul>	Directrice générale Directeur DRH	
<b>Usagers</b>									<b>Directeur adjoint</b>		
<b>Projet personnalisés</b>	Mettre en œuvre les admissions	Méthodologie de projet personnalisé		EPE/TR MDPH		EPE/TR MDPH		EPE/TR MDPH		<ul style="list-style-type: none"> <li>Admissions</li> <li><b>Orientations</b></li> </ul> Chef de service	
<b>Ressources humaines</b>	Opérer la transition RH	Mise en O. du plan RH	Mouvement RH Entretiens	Nouvelle équipe						<ul style="list-style-type: none"> <li>Comptes rendus</li> <li>T.B suivi impact</li> <li><b>Réalisation</b></li> </ul> Directrice G. Directeur DRH	
<b>Projet établissement</b>	Formaliser nouvelles conceptions	Mise en O. Méthodologie de projet		Constitution COFIL Ecriture						<ul style="list-style-type: none"> <li>Echéance</li> <li>Fiches méthodo.</li> <li><b>Formalisation</b></li> </ul> Directeur développement	
<b>Gestion administrative</b>	Obtenir autorisation	Demande après PE		Autorisation Visite de conformité						<ul style="list-style-type: none"> <li>Echéance</li> <li><b>Autorisation</b></li> </ul> Directeur	
<b>Gestion immobilière et logistique</b>	Réaliser la réhabilitation sans fermeture	Mise en œuvre plan réhabilitation	Recherche locaux location							<ul style="list-style-type: none"> <li>Echéances</li> <li><b>Réalisation</b></li> </ul> Directeur technique	
<b>Gestion financière</b>	Tenir les objectifs du CPOM	Actions Réglementaires et CPOM	Comité et dialogue de gestion		Comité et dialogue de gestion		Comité et dialogue de gestion			<ul style="list-style-type: none"> <li>Tableaux bords</li> <li><b>Résultats</b></li> </ul> Directeur Directrice financière	

**ANNEXE 14** Planification et indicateurs d'évaluation **Action 3** Objectif stratégique : **Adapter l'IME de St Satur**

			Planning						Indicateurs de suivi <b>Indicateurs de résultat</b>	Pilote Référénts	
Champ d'action	Objectif spécifique	Actions	2015		2016		2017				2018
			1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>eme</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>eme</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>eme</sup> semestre			1 <sup>er</sup> semestre
<b>Communication</b>	Conduire le changement	Réunions et Instances officielles Ecrites	CVS – DP – CHSCT – CE- Réunion expression tout au long de la conduite du changement ARS – MDPH – IEN sur évolution du changement						<ul style="list-style-type: none"> <li>Comptes rendus</li> <li><b>Climat social</b></li> </ul>	<b>Directrice générale</b> <b>Directeur</b> DRH	
<b>Usagers</b>		Tableaux bords sur mouvement- Mise en O. Méthodologie de projet personnalisé								<ul style="list-style-type: none"> <li>Admissions</li> </ul>	<b>Directeur adjoint</b> Chef de service
<b>Projet personnalisés</b>	Mettre en œuvre les orientations et les admissions		EPE/TR MDPH		EPE/TR MDPH			EPE/TR MDPH			
<b>Ressources humaines</b>	Opérer la transition RH	Mise en O. du plan RH									
<b>Projet établissement</b>	Formaliser nouvelles conceptions	Mise en O. Méthodologie de projet			Constitution COPIL Ecriture					<ul style="list-style-type: none"> <li>Echéance</li> <li>Fiches méthodo.</li> <li><b>Formalisation</b></li> </ul>	<b>Directeur</b> Directrice développement
<b>Gestion administrative</b>	Obtenir autorisation	Demande après PE			Autorisation Visite de conformité					<ul style="list-style-type: none"> <li>Echéance</li> <li><b>Autorisation</b></li> </ul>	<b>Directeur</b>
<b>Gestion immobilière et logistique</b>	Réaliser la réhabilitation sans fermeture	Mise en œuvre plan réhabilitation									
<b>Gestion financière</b>	Tenir les objectifs du CPOM	Actions Réglementaires et CPOM	Comité et dialogue de gestion		Comité et dialogue de gestion			Comité et dialogue de gestion		<ul style="list-style-type: none"> <li>Tableaux bords</li> <li><b>Résultats</b></li> </ul>	<b>Directeur</b> Directrice financière

**ANNEXE 14** Planification et indicateurs d'évaluation **Action 4** Objectif stratégique : **Fermer l'IME hors-les-murs de Vierzon**

			Planning					Indicateurs de suivi <b>Indicateurs de résultat</b>	Pilote Référents		
Champ d'action	Objectif spécifique	Actions	2015		2016		2017			2018	
			1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>eme</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>eme</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre				2 <sup>eme</sup> semestre
<b>Communication</b>	Conduire le changement	Réunions et Instances officielles Ecrits	CVS – DP – CHSCT – CE- Réunion expression tout au long de la conduite du changement ARS – MDPH – IEN sur évolution du changement Communication individualisée					<ul style="list-style-type: none"> <li>Comptes rendus</li> <li><b>Climat social</b></li> </ul>	<b>Directrice générale</b> <b>Directeur</b> DRH		
<b>Usagers</b>		Tableaux bords sur mouvement- Mise en O. Méthodologie de projet personnalisé	Construire l'orientation pour une sortie de l'IME – Suivi de l'évolution des effectifs					<ul style="list-style-type: none"> <li>Sorties</li> <li><b>Orientations</b></li> </ul>	<b>Directeur adjoint</b> Chef de service		
<b>Projet personnalisés</b>	Mettre en œuvre les orientations et		EPE/TR MDPH		EPE/TR MDPH		EPE/TR MDPH				
					Fin Processus Sortie						
<b>Ressources humaines</b>	Opérer la transition RH	Mise en O. du plan RH	Mouvement RH – Stages – Entretiens individuels - Formation					<ul style="list-style-type: none"> <li>Comptes rendus</li> <li>T.B suivi impact</li> <li><b>Réalisation</b></li> </ul>	<b>Directrice G.</b> <b>Directeur</b> DRH		
<b>Projet établissement</b>											
<b>Gestion administrative</b>	Obtenir autorisation				Démarche fermeture			<ul style="list-style-type: none"> <li>Echéance</li> <li><b>Fermeture</b></li> </ul>	<b>Directeur</b>		
<b>Gestion immobilière et logistique</b>	Réaliser la fermeture				Vente locaux - gestion moyens logistiques			<ul style="list-style-type: none"> <li>Echéances</li> <li><b>Réalisation</b></li> </ul>	<b>Directeur</b> Directeur technique		
<b>Gestion financière</b>	Tenir les objectifs du CPOM	Actions Réglementaires et CPOM	Comité et dialogue de gestion		Comité et dialogue de gestion		Comité et dialogue de gestion	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tableaux bords</li> <li><b>Résultats</b></li> </ul>	<b>Directeur</b> Directrice financière		

**CHESNEAU**

**Bruno**

**Novembre 2015**

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : Institut du Travail Social de Tours**

**Favoriser l'inclusion des enfants et adolescents déficients intellectuels en  
adaptant l'offre de service en IME-SESSAD**

**Le CPOM comme levier stratégique pour promouvoir la continuité des  
parcours et répondre à de nouveaux besoins sur le territoire**

**Résumé :**

L'évolution macro-environnementale a fondamentalement modifié la conception de l'accompagnement des enfants et des adolescents déficients intellectuels dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Porté par le droit, les textes supranationaux et nationaux, le rapport de l'individu à la société a changé. L'individualisation et la « désinstitutionnalisation » sont devenues des axes centraux dans les processus d'intervention sociale.

Ainsi, les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 ont ouvert de nouvelles perspectives aux personnes en situation de handicap intellectuel modifiant aussi leurs attentes et la commande publique. C'est un nouveau paradigme à partir duquel les réponses aux besoins devront être élaborées.

Dans ce contexte et celui d'une négociation de CPOM, le diagnostic de deux IME et du SESSAD des PEP18 a mis en évidence une inadéquation entre l'offre et la demande. Le manque de solutions d'accompagnement pour les enfants dont le handicap est le plus « lourd » sur le département du Cher, et la forte attente inclusive de ceux dont le handicap est moindre, constituent une problématique d'adaptation de l'offre pour répondre aux besoins des enfants et adolescents déficients intellectuels.

Une adaptation par la transformation des agréments et des projets des IME- SESSAD permettra de construire de nouvelles réponses. Les IME proposeront des solutions d'accompagnements aux enfants dont le handicap est le plus « lourd ». Le SESSAD, par son extension en nombre de places et le développement d'une spécificité SESSAD Pro, construira des propositions d'accompagnement ambulatoire pour ceux dont le handicap est plus « léger ». L'inclusion, le parcours et le territoire seront les concepts mobilisés au service du projet personnalisé.

Ce projet implique une conduite de changement conséquente puisqu'elle génèrera une restructuration. Elle sera étayée par un projet managérial et constituera un plan de progrès qui aura pour cadre un nouveau CPOM. Celui-ci viendra répondre aux besoins des enfants et adolescents déficients intellectuels sur le territoire du Cher.

**Mots clés :**

**Inclusion, parcours, territoire, désinstitutionnalisation, IME, SESSAD, déficience intellectuelle, projet, coopération, CPOM, conduite de changement.**

*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.*