

LA RESTRUCTURATION D'UN INTERNAT EN IME

**UNE OPPORTUNITÉ DE CHANGEMENT POUR OPTIMISER LA
PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS ET
ADOLESCENTS**

Julie GUILLOTTE

2016

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier les enfants et adolescents de l'Institut Médico-Educatif (IME) Bernard Laurent de l'Association de Parents et d'Amis de Personnes en Situation de Handicap (APAPSH) de Gournay en Bray sans qui ce projet n'aurait pu être aussi riche et dynamique du fait de leur participation et leurs réflexions notamment dans le cadre du Conseil de la Vie Sociale (CVS) et des échanges quotidiens.

Je remercie, également, Mesdames et Messieurs membres du conseil d'administration, Monsieur le président de l'APAPSH d'avoir répondu à mes questionnements quant aux diverses actions de l'Association depuis sa création mais, également de la confiance qu'ils m'accordent depuis toutes ces années.

Je remercie, ensuite, M. Cartier Christian-Yves, Directeur des établissements de l'APAPSH, Mme Aze Florence, responsable administrative des établissements et Mme Nos Virginie, secrétaire de direction ainsi que l'ensemble de mes collaborateurs de l'IME et du Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD) pour m'avoir soutenue au fil de ce parcours de formation.

De même, les partenaires rencontrés au fil de ma formation ont tous contribué, chacun avec une empreinte plus ou moins forte, à enrichir la professionnelle que je suis actuellement. Je remercie l'équipe engagée de l'Association du Pré de la Bataille de Rouen : Mme Lion Sophie, directrice générale, M. Vassout Laurent, Directeur des Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ; celles de l'Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) Noury et Gilles Martin de Buchy et de La Feuillie : M. Le Mestre Christophe, directeur ; tous des professionnels qui m'ont accueillie en toute transparence et qui ont su se rendre disponibles pour contribuer à ma formation ; mais aussi, les membres de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui m'ont accordé de leur temps.

Je ne peux omettre M. Wattier Jean François pour sa guidance au fil de ce cheminement et mes collègues de promotion qui ont amplement contribué à ma formation de par leur partage d'expériences engagées et leur soutien indéfectible, bienveillant et authentique.

Enfin, je terminerai par mes proches qui ont rendu possible cette disponibilité sans faille pour le Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou de Service (CAFDES).

Sommaire

Introduction	1
1 UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ : L'INSTITUT MÉDICO-ÉDUCATIF DE MONTROTY	5
1.1 Le contexte de création de l'association	5
1.1.1 Une initiative personnelle : naissance de l'association et de ses établissements	5
1.1.2 Le projet associatif	7
1.2 La présentation de l'IME et son évolution	8
1.2.1 Le contexte institutionnel et fonctionnel de l'IME.....	8
1.2.2 Le site de Montroty et sa situation géographique sur le territoire	9
1.2.3 Le public accueilli	10
1.2.4 Le personnel de l'IME.....	11
1.3 L'état des lieux de la situation actuelle de l'IME et son internat	13
1.3.1 Le diagnostic de l'IME face aux nouveaux enjeux des ESSMS.....	13
1.3.2 Les spécificités de l'internat	16
1.3.3 La qualité de service à l'internat et ses impacts	17
1.3.4 Les enjeux et les risques identifiés de cette offre de service	19
1.4 L'émergence d'un questionnement	19
2 UNE CULTURE INSTITUTIONNELLE DE TYPE « VOCATIONNEL » DANS UN ENVIRONNEMENT EN MUTATION	22
2.1 Un regard historique sur la notion du handicap	22
2.1.1 Le handicap mental et la déficience intellectuelle	22
2.1.2 Le regard international sur le handicap : quelle prise en charge ?	27
2.1.3 L'institution légitimée malgré la recommandation de désinstitutionnalisation .	29
2.1.4 La notion d'internat : évolutions et innovations à suivre.....	33
2.2 L'environnement évolutif des IME : impacts sur l'IME Bernard Laurent..	36
2.2.1 L'évolution du contexte législatif et réglementaire en matière d'accompagnement.....	36
2.2.2 ...Qui amène à une évolution du mode de compréhension des personnes...	38
2.2.3 Des attentes et des exigences des pouvoirs publics vis-à-vis des IME : Quelques pistes	38

2.2.4	Des évaluations du secteur : les évaluations internes et externes pour les ESSMS. Quels résultats pour l'IME ?.....	40
2.2.5	Et une gouvernance réinterrogée par toutes les mouvances du secteur	42
2.2.6	La fonction de direction, elle aussi, en évolution.....	44
2.2.7	Une synthèse et des adaptations à envisager	45
3	UNE RÉPONSE NÉCESSAIRE : ÉVOLUTION DU PROJET DE SERVICE DE L'INTERNAT	47
3.1	Une restructuration dynamique	47
3.1.1	Les enjeux conduisant à une stratégie managériale centrée sur l'amélioration du projet	48
3.1.2	L'élaboration du projet de service.....	52
3.1.3	Les objectifs de la restructuration du service	53
3.1.4	Les modalités de mise en œuvre du projet de restructuration.....	54
3.1.5	Le management du projet de service	56
3.1.6	Le déroulement et la programmation du plan d'action	58
3.2	La conduite de la restructuration du service d'internat du fait du troisième pavillon	64
3.2.1	L'opérationnalité des orientations managériales pour la conduite du plan d'action : direction(s) à suivre pour le projet.....	64
3.2.2	La communication institutionnelle : vectrice d'adhésion et de réussite	66
3.2.3	La participation du collectif IME : stratégie impactant les usagers et l'établissement	68
3.3	L'évaluation du projet.....	70
3.3.1	Les indicateurs d'évaluation.....	70
3.3.2	Analyse des premières évaluations de mise en œuvre managériale du projet	71
3.3.3	Perspectives pour l'avenir du projet.....	72
3.3.4	L'analyse de ma pratique de direction dans la conduite de ce changement	75
	Bibliographie	83
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APAPSH : Association de Parents et d'Amis de Personnes en Situation de Handicap

APEI : Association de Parents et d'Amis d'Enfants Inadaptés

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CA : Conseil d'Administration

CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou de Service d'intervention sociale

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCH : Code de la Construction et de l'Habitation

CCN : Convention Collective Nationale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CE : Comité d'Entreprise

CEE : Communauté Économique Européenne

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CLIS : CLasse pour l'Inclusion Scolaire

CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

CNCPH : Conseil National Consultatif de Personnes Handicapées

CNR : Crédit Non Reconductible

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

COPIL : COmité de PIlotage

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DACQ : Démarche d'Amélioration Continue de la Qualité

DARDE : Document d'Analyse des Risques de Défaillances Energétiques

DP : Délégué du Personnel

DUD : Document Unique de Délégation
DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
EE : Évaluation Externe
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EI : Évaluation Interne
ERP : Établissement Recevant du Public
ES : Éducateur Spécialisé
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESSMS : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ETP : Équivalent Temps Plein
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
GEVA : Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation de la personne handicapée
GOLC : Groupement Opérationnel Local de Coopération
GOS : Groupe Opérationnel de Synthèse
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GRH : Gestion des Ressources Humaines
HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point
HAS : Haute Autorité de Santé
HID : enquête Handicap, Incapacité, Dépendance
HPST : (loi) Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IME : Institut Médico-Éducatif
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRP : Instance de Représentation du Personnel
ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONFRIH : Observatoire National de la Formation, la Recherche et l'Innovation sur le Handicap
ONU : Organisation des Nations Unies
PACQ : Plan d'Amélioration Continue de la Qualité
PAG : Plan d'Accompagnement Global
PE : Projet d'Établissement
PFS : Plateforme coopérative et territorialisée de Services
PMR : Personne à Mobilité Réduite
RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

RH : Ressources Humaines

SEES : Section d'Éducation et d'Enseignement Spécialisés

SERAFIN-PH : Services et Etablissement : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile

SIPFPro : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

SSI : Système de Sécurité Incendie

SWOT : Strengths (Forces), Weaknesses (Faiblesses), Opportunites (Opportunités), Threats (Menaces)

TSA : Troubles du Spectre Autistique

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

UNAPEI : Union Nationale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs Amis

UPI : Unité Pédagogique d'Intégration

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux

UE : Union Européenne

Introduction

De grandes institutions telles que l'Organisation des Nations Unies (ONU), le Conseil de l'Europe, le Conseil des Ministres des États membres, la CNSA¹ s'engagent pour promouvoir les droits des enfants et notamment des enfants vulnérables.

Le secteur social et médico-social s'inscrit dans de profondes mutations dans un contexte économiquement contraint. L'essentiel est la dynamique de fond qui sous-tend ces mutations, à savoir, la volonté de permettre à tous de recevoir l'accompagnement indispensable et nécessaire en fonction de ses besoins et attentes.

L'ensemble des mesures prises ces 15 dernières années participe à la rénovation du secteur social et médico-social, notamment la loi du 2 janvier 2002², la loi du 11 février 2005³, la loi de 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST)⁴ et la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016⁵.

L'évolution des contextes encadre celle des pratiques au sein de notre secteur engagé pour une amélioration de la condition des personnes en souffrance, en attente de protection, d'éducation, de projets de vie.

Il convient de réaffirmer que le secteur évolue et que chacun des acteurs y contribue, chaque jour, au fil des projets d'établissements et de services qui sont réactualisés, des actions d'amélioration de la qualité qui sont posées et évaluées.

Le secteur change en adéquation avec l'évolution de la société, des besoins identifiés, des moyens alloués, des injonctions qui lui incombent. Il innove sans cesse, répond à de nombreux enjeux économiques, de qualité de service, d'emplois et de conditions de travail. C'est pourquoi, il se munit de nouveaux outils, de nouvelles compétences. Les IME doivent pouvoir suivre ces changements nécessaires.

Parallèlement, la CNSA poursuit ses réflexions sur la scolarisation, la tarification (projet de réforme SERAFIN-PH⁶), le système d'information et l'effectivité de l'orientation et son suivi.

A l'IME Bernard Laurent⁷, le projet d'établissement se veut souple, en constante recherche de réponses adaptées et individualisées en adéquation avec les moyens dont l'établissement dispose.

¹ La CNSA a été fondée par la loi du 19 février 2005

² Loi 2002 du 2 janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale

³ Loi 2005 dite loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap

⁴ Loi 2009-879 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST)

⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁶ SERAFIN-PH : Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées

⁷ Établissement géré par l'APAPSH de Gournay en Bray en Seine Maritime

Pour effet de la loi de 2005, l'IME a vu un élargissement de son accueil avec des profils très hétérogènes, des besoins divers. Il accueille toujours des enfants et adolescents déficients intellectuels moyens ou sévères avec ou sans troubles associés, y compris avec autisme. Le public cumule souvent les difficultés et a de plus en plus une problématique forte d'inadaptation à l'interaction avec l'environnement proche. Un grand nombre d'enfants est confié à la protection de l'enfance. D'autres sont issus du milieu sanitaire ou du milieu scolaire. Malgré la loi 2005, il est encore observé des sorties de l'école à l'issue ou en cours de maternelle jusqu'au terme des dispositifs d'Unité Locale pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) école et collège. L'évolution est à la hausse pour les jeunes avec des troubles psychiques et des Troubles du Spectre Autistique (TSA).

L'offre de service en internat en IME participe à la réponse aux besoins du public.

Malgré cela, les conditions d'accueil sont remises en cause.

Dans un premier temps, les locaux sont pointés comme exigus du fait des problématiques des usagers. Les chambres ne permettent plus le respect de l'individualité. Une trop grande promiscuité est dénoncée, celle-ci ne permettant pas d'endiguer la majoration des troubles.

L'accueil du public en internat n'est plus de qualité satisfaisante.

Dans un second temps, il apparaît que la personnalisation des projets n'est pas efficiente et systématique du fait d'un collectif prégnant et du contexte d'intervention.

Il est alors indispensable d'inscrire la notion de souplesse et de collaboration dans les modalités d'accueil existantes et à venir. C'est ainsi que la notion de parcours, de projets personnalisés prendront tout leur sens.

Il convient de redéfinir les actions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques de l'internat en lien avec les exigences du secteur et des nouvelles notions évoquées précédemment sans perdre de vue les motivations premières : la réussite des usagers à leur projet de vie et leur épanouissement.

Cette redéfinition passe par la réaffirmation de la pertinence de l'accompagnement en internat au vu des besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis. Un internat doit être contenant mais aussi être ouvert, partenarial et ayant comme objectif l'éducation, le soin, les relations à la famille. Il doit permettre l'accession à l'autonomie, l'insertion et à la citoyenneté.

L'internat doit délivrer des prestations répondant à des besoins ciblés avec la MDPH, le jeune et sa famille. L'équipe devra évaluer régulièrement afin de réajuster, si nécessaire, et légitimer ou non la nécessité de poursuivre ce mode de compensation qui s'ajoute à l'accompagnement spécifique offert en externat médico-éducatif.

Ma mission, en tant que directrice, est de garantir une meilleure qualité d'accueil, de conduire l'évolution du projet de service (et donc du projet d'établissement), de piloter le changement, d'amener les équipes à poursuivre leur mission tout en s'adaptant aux évolutions.

Il s'agira de s'interroger sur les modalités d'organisation à mettre en œuvre pour garantir le respect, la qualité de service, la sécurité de chacun, la personnalisation de l'accompagnement et pour répondre aux attentes actuelles du secteur tant sur le plan législatif que financier.

J'exerce au sein de cette association et occupe le poste de directrice adjointe de l'IME et du SESSAD. Pour la conduite de ce projet, je me positionne en tant que directrice de l'IME, soit d'un service d'externat et d'un service d'internat de semaine. Je reprends la direction de cet établissement après l'autorisation de construction d'un troisième pavillon avec un effectif de 35 salariés (30.79 ETP⁸).

Après une analyse globale de la situation, nous verrons que ce changement impulsé par la construction d'un troisième pavillon d'internat, passe par la réorganisation du service et la réécriture collective de son projet. Ceci constitue une réelle opportunité pour l'IME et la réactualisation future de son Projet d'Établissement (PE) en lien avec les évolutions et les nouvelles attentes du secteur, conformément aux recommandations de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements de santé et Services Médico-sociaux (ANESM).

Il m'importe de saisir l'opportunité de cette construction pour repositionner l'établissement au cœur de sa mission en lien avec le contexte actuel. Je vais mobiliser les équipes pour qu'elles appréhendent ce contexte et les enjeux existants.

Tout ceci me permettra aussi d'insuffler une nouvelle gestion des compétences des équipes en place.

Il s'agit d'une opportunité de réactualiser le projet d'une institution par l'angle d'entrée de l'accompagnement en internat.

Ce projet s'inscrit pleinement dans les enjeux d'une direction d'organisation sociale et médico-sociale⁹, plus particulièrement dans ce cas, en valorisant un système d'offre de services en lien avec le projet, la réponse aux besoins du public et la promotion des ressources humaines.

⁸ ETP : Equivalent Temps Plein

⁹ Des enjeux tels que P. Lefèvre les évoquent : identification des politiques sociales, appropriation des lois cadres, intégration de réforme spécifique ; dynamiser le système de direction ; contribuer au développement associatif ; s'engager dans une action territoriale, concevoir et organiser un établissement ; gérer et administrer

Dans une première partie, je présenterai l'établissement, le public accueilli ainsi que l'organisation actuelle. Une analyse du contexte sera ainsi effectuée, tout comme l'identification des points d'appui et ceux à renforcer afin de bien identifier les enjeux liés à l'évolution des profils, des attentes et du contexte, spécifiquement pour l'offre d'internat.

Cette évolution sera mise en perspective dans une seconde partie avec l'évolution du secteur, celle de l'IME dans son inscription aux territoires. Des notions clés en lien avec le handicap, l'accompagnement en internat, les attentes du législateur en termes d'inclusion, de citoyenneté et de désinstitutionnalisation seront définies.

L'analyse du contexte global de l'établissement, de son fonctionnement et son environnement réglementaire aboutiront en troisième partie à la présentation d'une offre de service dispensant des réponses adaptées aux besoins des enfants et adolescents accueillis en internat éducatif à l'IME. Je présenterai la conduite managériale et organisationnelle de la co-construction de ce nouveau projet de service dans sa globalité.

1 UN ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ : L'INSTITUT MÉDICO-ÉDUCATIF DE MONTROTY

1.1 Le contexte de création de l'association

1.1.1 Une initiative personnelle : naissance de l'association et de ses établissements

A) L'histoire de la création des structures

En 1971, une première section d'accueil des « Papillons blancs » est fondée au cœur de la commune de Gournay en Bray. Celle-ci est destinée à l'accueil de jour d'enfants handicapés de Gournay en Bray et des cantons voisins sous forme de halte-garderie.

Cette initiative de parents et d'amis est suivie par la constitution de l'Association de Parents et d'amis d'Enfants Inadaptés (APEI). Les statuts définitifs, en référence à la loi de 1901 et reconnue d'utilité publique, sont déposés à la sous-préfecture de Dieppe et publiés au Journal Officiel du 16 mai 1974. L'association a reçu l'appui financier du Lyons Club et le soutien de la municipalité grâce à l'engagement personnel de M. Bernard Laurent. Il est alors premier président de l'association.

Un premier accueil de jour est instauré le 30 septembre 1974 à Gournay en Bray, rue Georges Heuillard et 20 enfants y sont pris en charge.

En décembre 1976, l'association acquiert une propriété à Montroty, près de Gournay en Bray. L'IME « Arc en ciel » ouvre ses portes le 3 janvier 1977. Puis une extension de 20 à 40 places de l'externat, et la création d'un internat de 21 places à Montroty sont autorisées par décret en date du 6 janvier 1977. De nouveaux locaux sont inaugurés en 1984, après une mise en conformité avec la réglementation en vigueur¹⁰ en matière d'accueil d'enfants handicapés. L'établissement est alors de 45 places dont un internat de 24 places.

Avec le temps, la question de l'orientation des pensionnaires de 20 ans et plus se pose. La réalisation d'un foyer-Atelier est entreprise en septembre 1988 et son implantation au cœur de Gournay en Bray répondra aux attentes des familles d'une vingtaine d'adultes. Une seconde structure d'accueil pour adultes voit le jour en janvier 1999 dans le même objectif de répondre aux besoins d'aide, d'accompagnement de jeunes adultes.

L'association adhère depuis 2005 à l'Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS) pour du conseil, de la formation et de la représentation à l'échelon national.

¹⁰ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 et les annexes XXIV.

En mai 2011, sur décision du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Haute Normandie, une modification de l'agrément de l'IME a lieu. Considérant la suractivité régulière constatée depuis plusieurs exercices, l'ARS régularise l'agrément et décide de porter la capacité de 45 places à 52 places réparties en 24 places d'internat et 28 places de semi-internat.

En juin 2012, un contentieux aboutit à la désaffiliation de l'association à l'UNAPEI. L'association était rattachée au réseau d'établissements semblables fédéré par l'Union Nationale des APEI de France (UNAPEI). Le Conseil d'Administration (CA) refuse le paiement d'une cotisation à la place, à charge des APEI, en supplément de l'adhésion classique. Le CA estime qu'il s'agit d'une surtaxe. Une nouvelle dénomination est alors étudiée en CA. Diverses propositions ont été faites jusqu'à trouver un accord unanime pour cette qualification des personnes en situation de handicap. L'appellation choisie est l'Association de Parents et d'Amis de Personnes en Situation de Handicap (APAPSH). Ce choix politique, notamment des membres parents du CA, contribue à affirmer que, malgré le handicap de leurs enfants, ils n'étaient pas inadaptés. Le 18 juillet 2012, l'Association de Parents et d'amis d'Enfants Inadaptés devient l'APAPSH.

Un changement de statut a lieu auprès de la sous-préfecture de Dieppe¹¹, avec ce nouveau titre, Association de loi 1901¹², aujourd'hui d'intérêt général à vocation sociale et médico-sociale à but non lucratif.

Le terme « *en situation de handicap* » n'avait pas été retenu par les législateurs. Dans son rapport de 2011, Jean Pierre Chossy¹³ écrit qu'« *on est en situation de handicap lorsque l'instant est passager, provisoire, face à son environnement* ». Nous verrons plus loin ce que ce rapport expose pour cette notion de « *en situation de handicap* ».

En 2014, le SESSAD est créé avec une capacité d'accompagnement de 15 places, capacité qui sera amenée à évoluer au fil des ans en fonction des besoins. Le SESSAD couvre un territoire relativement large. Ce service est créé sous réserve d'un budget de fonctionnement contraint. Des moyens en ressources humaines de l'IME sont redéployés (0.10 ETP de directeur, 0.10 ETP de directrice adjointe, 0.036 ETP de médecin psychiatre et 0.10 ETP de comptable), et le partage des locaux est favorisé.

A ce jour, l'APAPSH gère un IME d'une capacité autorisée de 52 places pour un accueil effectif de 56, d'un foyer atelier de 28 places dont 18 avec hébergement, d'un foyer de vie avec hébergement de 28 résidents et d'un SESSAD de 15 places. L'association emploie 80 salariés (62.2 ETP) et accompagne 125 enfants, adolescents et adultes.

¹¹ La décision a été prise le 19 juin 2012.

¹² Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association.

¹³ Rapport « Passer de la prise en charge... à la prise en compte », Novembre 2011.

B) Le Conseil d'Administration de l'APAPSH

En 1990, le Conseil d'Administration de l'association se composait de 5 membres (3 parents et 2 amis dont le président d'association actuel¹⁴). Le CA s'accroît rapidement en 1993 et passe à 13 membres (11 parents et toujours 2 amis).

A ce jour, le CA est constitué de 17 membres (14 parents, 3 amis dont le président actuel, et un ancien directeur des établissements de l'APEI).

Parmi les 14 parents composant actuellement le CA, 11 ont été élus entre 1993 et 1996. La composition du conseil est donc stable, une grande majorité est âgée de 65 à 80 ans. Il s'agit essentiellement de parents ayant participé aux débuts de l'association.

La réflexion sur le renouvellement du CA est abordée régulièrement.

Les actions de l'association et de ses établissements s'inscrivent dans cette logique historique.

1.1.2 Le projet associatif

Le but de l'association est de créer des établissements et services spécialisés pour enfants et adultes handicapés intellectuels afin d'assurer leur éducation, venir en aide à leurs familles.

« Les valeurs de l'APAPSH : une éthique fondée sur des valeurs humanistes, l'aide, la solidarité, la dignité, le respect de la singularité de chaque parcours de vie, l'exercice des droits fondamentaux commun à l'expression d'une vie intime et citoyenne harmonieuse, mâtinée d'un supplément d'âme forgée d'attentions soignantes »¹⁵.

En février 2014, le Premier Ministre a annoncé que l'engagement associatif serait la Grande Cause Nationale pour 2014. Il souhaite ainsi *« sensibiliser les français aux enjeux de cet engagement au service des autres, qui, depuis la loi de 1901, constitue une chance pour notre pays et un pilier de notre modèle social et républicain »¹⁶* : Une satisfaction pour l'APAPSH et ses collaborateurs.

Rappelons que le projet associatif, dont le siège social se situe dans les locaux de l'IME, est bâti sur un socle de valeurs républicaines fortes déclinées au moyen de vecteurs simples et modestes des parents, familles et amis. L'idée de base est immuable : il s'agit *« d'aimer, d'accueillir, d'éduquer, de soigner, de scolariser et d'intégrer »¹⁷* dans le champ de l'accompagnement dévolu aux structures de soins dont l'APAPSH est gestionnaire.

L'engagement de l'APAPSH est d'apporter des réponses adaptées au sein d'une communauté éducative stimulante à ces attentes légitimes d'épanouissement, de sérénité morale, de reconnaissance, d'éducation, de rayonnement culturel diversifié, d'une vie sociale et citoyenne.

¹⁴ Le président fondateur est M. Bernard Laurent, le second est resté 2 mois en exercice puis le président actuel a été élu.

¹⁵ Extrait du projet associatif 2015-2020.

¹⁶ Extrait du projet associatif 2015-2020.

¹⁷ Extrait du projet associatif APAPSH 2015-2020.

Les professionnels de l'APAPSH contribuent ainsi à « *conforter une sécurité matérielle, de la bienveillance pour prospective dans le devenir de chacune des personnes accueillies, à chaque étape de la vie jusqu'à l'accompagnement du vieillissement au sein des structures* »¹⁸.

Les objectifs 2015-2020 de l'APAPSH sont « *de pouvoir répondre aux enjeux de la refonte du secteur social et médico-social sans banaliser ou désincarner ce qui scelle l'esprit pionnier du mouvement associatif solidement implanté. La démarche qualité en œuvre, la capacité d'innovation de la politique associative entreprenante sur le territoire du Pays de Bray, ont toujours répondu aux difficultés rencontrées* »¹⁹.

1.2 La présentation de l'IME et son évolution

1.2.1 Le contexte institutionnel et fonctionnel de l'IME

L'IME Arc en ciel a été renommé en 2014, lors de la célébration de ses 40 ans de fonctionnement. Il se nomme désormais : « IME Bernard Laurent » afin d'honorer la mémoire de son fondateur et président d'honneur.

L'IME s'inscrit donc, à la fois, dans la logique et l'esprit de la loi dite de 1975²⁰, loi fondatrice du système médico-social, et dans celles plus actuelles, de la loi du 02 janvier 2002²¹ et de la loi du 11 février 2005²².

Le fonctionnement de l'IME est autorisé, en référence à l'article premier des annexes XXIV²³, pour recevoir en mixité des jeunes âgés de 6 à 20 ans, déficients intellectuels moyens et profonds, avec ou sans troubles associés y compris l'autisme.

L'IME est implanté en zone rurale au sein du village de Montroty de 207 habitants situé à 8 km de Gournay en Bray (chef-lieu de canton de 6500 habitants), traversé par la route nationale 31 reliant l'est à l'ouest. L'activité économique est très tournée vers l'élevage et les productions laitières, la chimie et un équipementier de ceinture de sécurité automobile.

L'IME a pour mission d'accueillir, soigner, éduquer, former, insérer les enfants et les adolescents souffrant d'un handicap mental. Il n'est pas une école et l'entrée en IME n'est pas une fin en soi.

¹⁸ Extrait du projet associatif APAPSH 2015-2020.

¹⁹ Extrait du projet associatif APAPSH 2015-2020.

²⁰ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (abrogée par de nombreuses ordonnances et la loi de 2005).

²¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

²² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

²³ **Annexes XXIV, XXIV bis et ter au décret du 9 mars 1956, modifiées et remplacées par décret n°89-798 du 27 octobre 1989, fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux**, depuis abrogées par le décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004²³ et intégrées au Code de l'action Sociale et des Familles (CASF, art. D312-11 et suivants).

Selon chaque situation, tout projet est révisable et aménagé selon les besoins spécifiques de chaque personne. Le public accueilli et les missions de l'établissement sont définis dans le projet d'établissement et le livret d'accueil de l'IME.

Les objectifs consistent en une recherche de stimulation des potentialités des usagers dans plusieurs domaines : la cognition, la socialisation, la communication, la santé, les relations avec la filiation, une plus grande autonomie, un épanouissement et une insertion sociale.

A ce jour, l'IME comprend un internat de semaine de 24 usagers pour une capacité autorisée de 24 places et en externat, 32 pour une capacité autorisée de 28 places, soit 56 enfants en mixité pour une capacité totale autorisée de 52 places. Un sureffectif à 54 (soit plus 2 jeunes en externat) a été accepté par l'ARS pour financer le poste du chargé d'insertion. De plus, depuis 2016, l'entrée de 2 jeunes avec TSA porte l'accueil effectif à 56. L'IME est ouvert environ 209 jours par an.

La durée moyenne de prise en charge est de 5 ans et demi (donnée calculée lors de l'évaluation externe de 2013). L'accompagnement le plus long, à ce jour, fut celui d'un jeune Gabriel (porteur d'une délétion chromosomique, diabétique, orphelin, déficient intellectuel), entré à l'âge de 5 ans et demi, sur dérogation, et sorti à 21 ans suite à la rupture de son accompagnement par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Le financement s'opère par prix de journée fixé par l'organisme de tarification, l'Agence Régionale de Santé. En 2015, pour les enfants externes, il est de 151,46 € et pour les internes de 169,46 €. Ce prix de journée est versé par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

1.2.2 Le site de Montroty et sa situation géographique sur le territoire

L'IME se situe sur une propriété de 10 532 m², à proximité de l'église et de la place du village. L'association est propriétaire de l'IME (terrain), de deux champs, de la ferme pédagogique et de terrains pour les foyers adultes²⁴.

L'IME est rarement identifié comme une institution médico-sociale du fait de l'aspect « habitat traditionnel » extérieur des trois premiers bâtiments. À ce jour, le premier abrite le pôle administratif, le siège social de l'APAPSH et une partie de l'équipe médico-psychologique.

Le second est un logement de fonction et le troisième, une lingerie. Près de ces maisons traditionnelles restaurées, des bâtisses plus massives et modernes ont été construites (salle à manger, cuisine centrale, pavillons d'internat dont le troisième sera achevé en octobre 2016, pôle d'externat avec classes et ateliers, bâtiment technique et petit gymnase).

²⁴ ANNEXE 1 : Le plan du site.

L'accès principal se fait par la place. Un second accès, situé dans le bas du village, permet l'entrée des transports et des livraisons. L'IME est situé totalement à l'est du département. Il est éloigné des grandes villes et des autres IME.

Il est important de pouvoir maintenir voire développer une offre de service diversifiée pour répondre à ce territoire isolé²⁵. Cette position peut être, à la fois une force pour l'association, seule sur ce territoire, mais aussi, un point faible au sens où les partenaires sont éloignés, d'où la nécessité d'être ouvert sur l'extérieur et extrêmement mobile.

1.2.3 Le public accueilli

Les usagers externes sont transportés, chaque jour, par les véhicules de l'IME et les internes, chaque lundi et vendredi.

Ils sont originaires des cantons de Gournay en Bray, de Forges les Eaux (28 km), de Neufchâtel en Bray (46km), de l'agglomération rouennaise (47km) jusque Elbeuf sur Seine (70km) et aussi du secteur d'Aumale (60km) et de l'Eure. Le plus proche des externes est domicilié à 500 mètres, des internes à 3 kilomètres et le plus éloigné des externes est à 47 km et des internes à 117 km.

Les usagers ne peuvent être admis à l'IME qu'à réception d'une notification de la MDPH²⁶ signifiant les modalités d'accueil : accueil de jour, internat de semaine, accueil partiel ou à temps complet. Nous travaillons avec 3 départements et les MDPH ne procèdent pas de la même façon. Certaines laissent le choix de la modalité d'accueil à l'établissement quand d'autres l'imposent.

La saisine de la MDPH (loi du 11 février 2005) est faite par la constitution d'un dossier d'évaluation de la demande de prise en charge en établissement, soit par les familles, les représentants légaux ou ayants droit. Elle peut être relayée par l'enseignant référent de secteur de la MDPH pour la constitution du projet personnalisé de scolarisation.

A réception de la notification d'orientation, le protocole d'admission peut débuter en collaboration avec l'utilisateur et sa famille (ou ayants droit).

Une visite d'établissement est effectuée avec la direction adjointe. Une rencontre de la famille avec le médecin-psychiatre et une de l'utilisateur avec un psychologue sont fixées.

Enfin, lors d'un troisième temps, une période d'observation, d'immersion en groupes de vie éducatifs est mise en place, une journée pour les externes et deux journées avec nuitée pour les internes, en veillant au rythme de l'enfant et donc à l'aménagement à souhait de cette période d'immersion.

Pour le public accueilli, en application des dispositions de la loi 2002-2, les modalités d'accueil sont définies dans le contrat de séjour, établi et signé dans les 15 jours de l'entrée.

²⁵ ANNEXE 2 : La carte du territoire.

²⁶ Notification sur décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) du département de résidence.

Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement ainsi que la charte des droits et des devoirs sont remis à l'utilisateur et sa famille.

A son admission, un référent éducatif est désigné pour garantir la cohérence de l'accompagnement pluridisciplinaire et la bonne conduite du projet individualisé, ainsi qu'un psychologue, référent du dossier et de l'accompagnement famille.

La participation de l'utilisateur (avis et proposition) est représentée par le Conseil de la Vie Sociale.

1.2.4 Le personnel de l'IME

A) Le personnel

Comme le précise l'organigramme²⁷, le personnel est constitué de 2 équipes éducatives, 1 équipe médico-psychologique, 1 équipe de services généraux (administratif, restauration, lingerie, transport, entretien).

Depuis mai 2016, l'IME bénéficie d'un renfort d'1.5 ETP d'Éducateur Spécialisé pour l'accueil de deux jeunes adolescents porteurs de TSA (ES en Contrat à Durée Déterminée²⁸ en Crédit Non Reconductible (CNR) pour un an). Je vais établir un diagnostic²⁹ sur l'accueil du public avec TSA au sein de l'IME pour tenter de pérenniser ces postes, voire les accroître et ainsi garantir une meilleure qualité d'accueil de ce public.

Lors de leur embauche, tous les professionnels reçoivent individuellement le règlement intérieur, la fiche de la fonction éducative, le livret d'accueil et leur fiche de poste. De plus, un « kit d'accueil »³⁰ est mis à leur disposition pour lecture.

L'équipe éducative se compose de 16 membres (sans compter le renfort d'1.5 ETP) dont 14 diplômés. Tous bénéficient d'un Contrat à Durée Indéterminée (CDI).

La formation continue est ouverte à tous et régulièrement utilisée. Ces deux dernières années, la formation a été axée sur les TSA et la communication non verbale dans un souci d'adaptation des pratiques aux besoins des usagers.

L'an prochain, les formations seront plus ciblées sur la gestion de crises et des comportements problématiques ainsi que sur les écrits professionnels.

Un climat social serein est perceptible (pas de plainte, pas de conflit, faible rotation du personnel et de la direction, satisfaction du personnel d'exercer au sein de l'établissement exprimée notamment dans les évaluations internes et externes) en lien avec le cadre verdoyant, les moyens et la créativité possible dans les supports d'activité.

²⁷ Annexe 3 : L'organigramme de l'association.

²⁸ Contrats à Durée Déterminée (CDD) à terme précis pour un accroissement temporaire d'activité lié à la prise en charge d'enfants en situation spécifique (TSA) sur demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de la commission des situations critiques de la MDPH

²⁹ En lien avec l'Instruction n° DGCS/SD3B/CNSA/2015/369 du 18 décembre 2015 relative à l'évolution de l'offre médico-sociale accueillant et accompagnant des personnes avec troubles du spectre de l'autisme.

³⁰ Kit d'accueil contenant projet d'établissement, règlement intérieur, livret d'accueil, rapport d'activité et une fiche leur indiquant où se procurer divers documents tels évaluation interne, externe, document unique, notes de service, registre des délégués du personnel, affichage réglementaire, fiches de poste...

Ces moyens permettent notamment la mise en place de projets éducatifs, thérapeutiques divers, et une liberté d'exercice dans la limite de la légitimité des actions posées et leur objectif en lien avec l'épanouissement des enfants et adolescents.

B) L'Instance de Représentation du Personnel (IRP)

Les délégués du personnel (DP) sont élus en référence à la loi (entreprise de moins de 50 salariés), des réunions se tiennent mensuellement et des échanges peuvent être provoqués à la demande des DP ou de la direction. Il peut être abordé des sujets institutionnels dans le cadre de ces réunions notamment le plan de formation (signé par les DP), le calendrier de fonctionnement (validé par les DP) ainsi que les modifications qui pourraient survenir et ce qui touche à la vie de l'établissement.

Les notes de service et d'informations sont mentionnées au cahier et par voie d'affichage. Il n'existe pas de section syndicale dans l'entreprise.

En 2017, l'APAPSH va procéder à la mise en place d'un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et d'un Comité d'Entreprise (CE) car le seuil de 50 salariés est dépassé. A ce jour, ce sont les DP qui assument ces fonctions.

C) L'organisation

Sur le plan structurel, si l'on tente de situer l'organisation de l'IME par rapport à la « *carte classique de toute organisation* » selon H. Mintzberg³¹, on s'aperçoit que son mode de structuration évolue lentement. L'évolution de l'IME se situe principalement dans le fait qu'une équipe de direction soit identifiée ; par le fait qu'une collaboration avec des conseillers techniques soit en place (avec l'URIOPSS, association réseau depuis 2005 et un cabinet conseil juridique depuis 2015) ; par l'existence d'une mutualisation des services logistiques (la ferme équestre depuis 1997 avec les foyers pour adultes de l'association et les locaux avec le SESSAD depuis 2014) et enfin par la création du poste de chargé d'insertion et coordinateur de projets.

Ces évolutions sont pointées par D. Gacoin sur une « *carte des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux* »³² (ESSMS) des années 2000/2010. Il s'avère donc que ces évolutions ont lieu plus tardivement à l'IME Bernard Laurent.

³¹ *Les cahiers de l'Actif*, n° 388/389, septembre/octobre 2008, La Grande Motte, p60.

³² *Les cahiers de l'Actif*, n° 388/389, septembre/octobre 2008, La Grande Motte, p64.

1.3 L'état des lieux de la situation actuelle de l'IME et son internat

1.3.1 Le diagnostic de l'IME face aux nouveaux enjeux des ESSMS

A) Les constats

Les ESSMS voient leur environnement évoluer et se trouvent confrontés à de nombreux enjeux dont il est primordial de prendre conscience pour tout développement de l'organisation :

-Sur le plan économique :

Une pluralité et une complexité des modes de financement apparaissent avec des incitations au regroupement, à la coopération, les démarches prévisionnelles sous-jacentes au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), la mutualisation voire la fusion-absorption, d'où un développement de formes de concurrence, un contexte contraint et une rationalisation des coûts. L'ARS incite l'association à établir un CPOM alors que le conseil départemental pour les foyers adulte le déconseille. Une réflexion associative est en cours car les réglementations autour du CPOM deviendront officielles dès le 1^{er} janvier 2017.

L'IME a mis en place l'ensemble des outils de la loi 2002-2, malgré cela, une généralisation de leur utilisation reste à renforcer. Le projet d'établissement doit être réécrit de façon plus formalisée en précisant ce qui est réalisé au sein de la structure et les objectifs sur les années à venir, comme le préconise l'évaluation externe et l'impose l'ARS dans le renouvellement de l'autorisation.

-Sur le plan de la qualité de service :

Des exigences légitimes plus fortes voient le jour en matière de qualité, de transparence en lien avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), de sécurité avec les politiques de gestion des risques. Les normes d'hygiène et de sécurité des locaux se développent. Les préconisations d'individualisation des prestations du fait d'une hétérogénéité croissante des publics et un alourdissement des pathologies et troubles s'accroissent. On assiste à un allongement de l'espérance de vie (d'où des difficultés en matière d'orientation adulte en lien avec une offre restreinte) et une augmentation de la demande de soins.

-Sur le plan de la pérennité de l'action en lien avec le débat sur la désinstitutionnalisation :

Comme l'explique Francis Batifoulier³³, il convient de préciser ce qui est entendu par la désinstitutionnalisation. « *Il ne s'agit pas de la fin des institutions mais bien plus de la nécessaire diversification des modèles d'accompagnement* ».

³³ Batifoulier Francis, Refaire de l'institution un enjeu majeur du directeur, Revue Direction(s), n°141, avril 2016.

Il doit être privilégié, si possible, le domicile du bénéficiaire et la création de structures résidentielles à taille humaine. Il est nécessaire de prendre conscience des potentialités antagonistes de l'institution à savoir, potentiellement aliénante et émancipatrice. Pour cet ancien directeur, l'institution qu' « *il s'agit de déconstruire n'est pas dans les murs, mais dans les esprits* ».

Il s'agit de surmonter ce risque de déliaison sociale pour les personnes vulnérables.

Pour cela, l'institution doit être en mesure de leur donner les moyens « *sur mesure si besoin* » d'intégrer ou de réintégrer la société, en accédant notamment, à la santé, à la scolarité, à la liaison sociale, à l'assurance, à un travail...

La pérennisation de l'offre de service d'internat offert par l'IME sur le territoire doit être assurée.

-En matière de sécurité ³⁴:

Des réunions référents santé au travail sont en place une fois par trimestre. Des formations en matière de gestes et postures ont lieu et un dispositif de prévention des risques psycho-sociaux est en cours depuis 2008 mais renforcé depuis ces deux dernières années. Ces instances sont en place mais l'optimisation de celles-ci réclamerait du temps supplémentaire qui ne peut être libéré à ce jour sans pénaliser l'accompagnement des usagers.

Les visites de sécurité sont régulières et conformes à la réglementation.

-En matière d'accessibilité ³⁵:

Conformément aux normes d'accessibilité des Établissements Recevant du Public (ERP) et locaux d'habitation indiquées dans les dispositions réglementaires inscrites au Code de Construction et de l'Habitation (CCH)³⁶, les bâtiments devraient être aménagés pour accueillir ou permettre le séjour des personnes à mobilité réduite.

Un diagnostic « accessibilité des ERP aux personnes handicapées » a été établi avec la société SOCOTEC (organisme de contrôle) en octobre 2012.

-En matière de performance :

En juin 2016, l'IME a répondu aux injonctions de l'ANAP, dans un délai de 30 jours, et rempli obligatoirement 70% des indicateurs du tableau de bord. La Seine Maritime fait partie des départements pilotes devant participer à la collecte dès 2016. Pour cela, j'ai demandé à mes collègues de se dégager environ une semaine de temps de traitement pour cette collecte. J'ai vérifié, validé et complété les éléments à la suite de leur travail.

³⁴ ANNEXE 4 : Le diagnostic technique de l'IME.

³⁵ ANNEXE 4 : Le diagnostic technique de l'IME.

³⁶ Articles 111-18-2 et 111-7 du CCH modifiés par les lois n°91-663 du 13/07/91 et 2005-102 du 11/02/05.

Les informations attendues ont été remplies à 100%. Ce système de collecte d'informations va avoir la capacité de produire de la transparence, de l'équité pour se comparer avec d'autres structures.

La performance, selon l'ANAP, fait référence au concept de performance en santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les 43 indicateurs ont vocation à faire ressortir la performance des ESSMS. Elle est évaluée à l'égard de trois thématiques : le service rendu à l'utilisateur, les conditions de travail des professionnels et « *le 3^{ème} pilier si les deux premiers fonctionnent, la question de l'efficacité économique avec le benchmark³⁷* » soit l'efficacité et l'utilisation des ressources humaines et financières. Cette évaluation de la performance orientera les négociations CPOM à venir ainsi que les dialogues de gestion.

-En matière d'évolution des profils accueillis :

Concernant l'hétérogénéité des situations, je peux dresser un profil rapide de l'origine du public accueilli en internat. Quelques spécificités apparaissent légitimant la prestation d'accompagnement médico-social en internat en plus de l'accompagnement en externat. Cette analyse permet de dégager des besoins auxquels l'internat doit répondre et d'anticiper les besoins à venir. L'internat accueille 24 usagers. 6 sont issus du secteur pédopsychiatrique, 7 sont confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance et 5 bénéficient d'une intervention supplémentaire de travailleur social au sein du milieu familial. 14 sont sujets à des troubles du comportement importants, 6 sont sortis du système scolaire dit « ordinaire » et ont intégré l'internat pour des raisons familiales. La liste d'attente fait apparaître des besoins pour le public avec TSA ou des difficultés d'ordre psychiatrique.

Les pratiques professionnelles doivent s'adapter. Cette évolution accentue la nécessité de modifier l'accueil en internat. Un accompagnement privilégié est indispensable à l'évolution favorable des enfants et adolescents accueillis.

B) Les améliorations en cours et à venir

Depuis ce diagnostic, des travaux ont été effectués. Le troisième pavillon d'internat, aux normes d'accessibilité, permettra un accès aux Personnes à Mobilité Réduite (PMR). Il faut malgré tout tenir compte de notre public pour lesquels les impératifs de construction ne semblent pas toujours adéquats ou indispensables. Le sanitaire aux normes d'accessibilité apparaît trop haut selon les enfants. Le texte occasionne des mesures dérogatoires qui peuvent permettre d'adapter l'environnement à la réalité des besoins.

-Sur le plan de l'emploi :

Des difficultés risquent de survenir pour retrouver certaines qualifications sur le territoire rural sur lequel l'établissement se situe.

³⁷ De Christophe Douesneau, in Les cahiers de l'actif n°444/445, mai-juin 2013, p25-26.

Des départs à la retraite vont avoir lieu (d'où une attention quant à l'intégration de nouveaux professionnels, une gestion des turn-over, une politique de formation à prévoir et d'accueil de nouveaux salariés, des liens qualifications/compétences/travail à reconstruire).

1.3.2 Les spécificités de l'internat

A) L'état des lieux en termes d'équipement

L'internat se décompose en deux pavillons accueillant chacun 12 enfants, adolescents ou jeunes majeurs en mixité, actuellement âgés de 10 à 20 ans (agrément initial de 6 à 20 ans), dont la jeune Alice accompagnée au titre de l'amendement Creton³⁸. Les enfants et adolescents sont accompagnés par 6 professionnels (dont 5 formés) soit 3 sur chaque pavillon et une veilleuse de nuit (nuit debout). Les pavillons disposent de 4 chambres, ce qui implique des compositions allant de 1 à 4 par chambre. La composition est effectuée en fonction du sexe, de l'âge, des problématiques, des affinités, des besoins. Elle tend à être la plus satisfaisante possible mais le nombre actuel de chambrées ne permet plus d'avoir une composition idéale au vu des problématiques du public accueilli.

Les pavillons actuels disposent également d'une salle de bain (2 douches, 1 baignoire), d'une pièce commune abritant salle à manger et salon, d'une kitchenette, de 2 WC, d'une chambre/bureau/WC pour les professionnels et d'une véranda (pour les activités, la détente musicale, la lecture et l'informatique...).

Le respect de l'intimité est réinterrogé malgré les aménagements divers mis en place par l'équipe pour accompagner dans de bonnes conditions.

A proximité, le service d'internat peut disposer des locaux de l'institution : local d'activités et de bricolage, ferme pédagogique avec une section équestre, salle de jeux, salle sensorielle, gymnase ainsi que toute la nature environnante.

Les pavillons sont en bon état de sécurité et régulièrement entretenus. Ils sont chaleureux et ne présentent pas de vétusté excepté les huisseries. Le changement de celles-ci et des sols est prévu au plan d'investissement de 2017. Le renouvellement du mobilier des chambres aura lieu en 2016, après l'emménagement du troisième pavillon.

B) Le personnel de l'internat

Le service est actuellement organisé par horaires découpés. Les professionnels prennent leur service le matin pour 2 ou 3 heures, puis reviennent en fin de journée. Ils effectuent, une nuit par roulement tous les 15 jours (nuit non veillée, soit 2 éducateurs, un par pavillon) lors des congés d'ancienneté, de repos compensateurs ou heures de récupération de la veilleuse de nuit et éventuellement lors de formations ou arrêts maladie.

³⁸ Amendement Creton : L'article 22 de la Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 (Diverses mesures d'ordre social) a modifié l'article 6 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 et créé l'alinéa suivant dit "amendement Creton".

Mon analyse m'amène à la conclusion qu'il est indispensable de régulariser les horaires de travail dans le cadre du Code du Travail et le respect de la Convention Collective Nationale (CCN) de 1966. Ceux-ci n'ont pas été soumis à un accord professionnel valide. Seul un accord interne, depuis 2000 lors du passage aux 35H, entre les salariés DP et la direction permet une coupure de 10H entre 2 services au lieu de 11H règlementairement. L'amplitude journalière n'est pas respectée. Lors du remplacement de la veilleuse, les éducateurs ne disposent pas de temps suffisant de repos entre 2 services. Les horaires non conformes devront obligatoirement être régularisés. J'intégrerai cette donnée dans mon projet.

C) Le projet d'internat

Le projet actuel de l'internat est d'être un lieu d'accueil contenant, stable, apportant de solides repères pour reprendre ou acquérir une estime de soi, une confiance en ses compétences et stimulant l'ensemble des potentialités vers toujours plus d'autonomie et d'épanouissement. Il peut être aussi utilisé comme un lieu sécurisant en lien avec les services de l'ASE pour permettre un environnement serein dans lequel le développement personnel sera possible. Enfin, il peut être une offre de répit pour des parents (lorsque la spécificité du handicap que présente l'enfant ou l'adolescent est complexe et entrave le bien être de la cellule familiale), ou même une transition passagère vers une autonomie adulte et une amorce à la séparation avec les parents à l'horizon des 20 ans.

Ce diagnostic est à prendre en compte dans les actions à venir et la conduite du projet.

1.3.3 La qualité de service à l'internat et ses impacts

L'IME et son service d'internat offrent une qualité reconnue en matière de respect, de bienveillance, d'accompagnement de la personne quant à la gestion de ses troubles et quant au souci d'offrir des possibilités de projet après la sortie de l'IME.

Cette qualité est reconnue par l'ARS, les usagers et leur famille, nos partenaires, les professionnels de l'IME. Dans le rapport de l'évaluation externe, il est possible de lire des témoignages de parents attestant de pratiques de qualité : « *L'IME apporte beaucoup, à l'internat, ils travaillent même sur des choses que nous on n'ose pas* » ; « (...) *depuis qu'elle est à l'IME de Montroty, on remarque déjà beaucoup d'évolution, elle est plus calme, avant c'était un vrai tourbillon* » (...) ; « *avant elle était en Classe d'Inclusion Scolaire (CLIS), elle se tapait contre les murs (...) elle s'angoissait, ça l'énervait, l'IME sait adapter les choses à ses besoins* » ; « *les enfants se tiennent bien, ils sont polis, propres, posés* ».

Pour les partenaires, « *l'IME est un établissement sérieux dont la préoccupation première est l'accompagnement des jeunes. L'engagement des professionnels est remarqué par tous les partenaires qui ont l'habitude de travailler avec l'établissement* ».

Les professionnels pointent « *la remise en question en permanence avec la volonté d'adapter sans cesse les choses aux besoins des enfants, de trouver une solution aux problèmes rencontrés, la progression continue du cadre, la créativité de l'IME* »³⁹.

Toutefois, il est observé une croissance des profils avec troubles psychiques importants et crises clastiques, une émergence d'usagers ayant une problématique suite à un passé traumatique en lien avec des sévices sexuels nécessitant régulièrement une chambre individuelle ou à effectif restreint avec un espace individuel et intime.

Les pavillons, construits en 1984, ne sont plus adaptés pour accueillir 12 jeunes. Les pièces collectives sont aussi partagées par 3 professionnels et éventuellement un stagiaire. L'exiguïté des lieux entraîne une promiscuité complexe majorée pour les profils accueillis, la qualité de l'accueil est remise en cause.

Cependant, pour maintenir cette qualité en lien avec l'évolution des profils et des attentes actuelles, ces mêmes acteurs font apparaître une nécessité de repenser l'accueil des internes en matière de conditions d'hébergement et d'appropriations des exigences actuelles. La bientraitance, la bienveillance sont partagées par tous en lien avec les valeurs associatives et d'établissement. Malgré cela, les recommandations de l'ANESM sont peu connues dans leur contenu par les professionnels. La formalisation des pratiques reste délicate dans la gestion du temps de chacun. L'évaluation des besoins est peu formalisée, malgré les documents institutionnels existants, et ne débouche pas systématiquement, de façon efficiente, sur des actions permettant de répondre aux objectifs, fixés ou non, de façon précise et évaluable.

Le service d'internat fait partie de l'offre de service de l'IME. Il répond à une demande sociale, issue des politiques publiques au sens où il permet l'accueil de personnes handicapées. L'établissement est équipé pour compenser ce handicap. Cette mesure de compensation peut aussi émaner d'une demande parentale ou des services gardiens car la notification MDPH internat est notifiée avec leur accord ou sur leur demande. Cette offre de service répond à un besoin. La réponse offerte est qualitative et quantitative (la liste d'attente ne cesse de s'accroître pour cette modalité d'accueil).

Cette offre de service en internat impacte diverses parties du fonctionnement de l'établissement au niveau managérial : le projet d'établissement, la gestion des ressources humaines, la conduite du changement, le management, l'organisation du service, la Démarche d'Amélioration Continue de la Qualité (DACQ), l'aménagement des locaux, la sécurité et la protection, la gestion des finances et ses investissements.

³⁹ Extrait du rapport de l'évaluation externe de 2013, CREA Picardie, p22.

Par conséquent, il importe de prendre en compte l'ensemble de ces parties pour intervenir sur le projet de service dans le cas d'une éventuelle modification, innovation, réécriture...⁴⁰.

1.3.4 Les enjeux et les risques identifiés de cette offre de service

Ce projet de service d'internat s'intègre au projet d'établissement de l'IME et au cœur du projet associatif de l'APAPSH.

L'enjeu pour ce projet est donc d'identifier les besoins auxquels l'internat doit répondre quant à la compensation du handicap, besoins auxquels un accompagnement en externat ne peut répondre seul.

Mon analyse met en exergue une contrainte au pilotage de ce projet. Le projet de construction ayant été négocié par mon prédécesseur, j'hérite d'une donnée à inclure à l'étude du projet à savoir celle de la non négociation de moyens supplémentaires pour le personnel d'internat (groupe II⁴¹).

Les usagers accueillis en internat aux profils et aux besoins divers orientés par la MDPH, nécessitent la mise en place d'objectifs personnalisés. L'obsolescence des pavillons, tels qu'ils sont, était pointée, en raison de la spécificité des troubles des usagers accueillis et de la promiscuité. Pour nombre des usagers, les chambrées de 3 ou 4 accentuent leurs difficultés, génèrent des troubles ou créent un climat d'insécurité de devoir partager la chambre.

L'évaluation interne, puis l'évaluation externe soulignent l'importance de soutenir cette réflexion afin de renforcer le bien-être des enfants, adolescents et jeunes adultes. Il convient de soutenir l'autonomie, d'assurer le respect des droits et devoirs de chacun, de poursuivre l'engagement de tous vers un accompagnement de qualité, respectueux des besoins individualisés et spécifiques.

Les risques identifiés par mon prédécesseur étaient liés aux enjeux de la qualité d'accueil, à savoir une dégradation de cette qualité et le non-respect du droit à l'intimité. L'analyse de la situation suivante, en lien avec les mutations en cours, va me permettre d'enrichir cette réflexion, d'identifier d'autres enjeux et risques. Ceux-ci déboucheront sur une étude plus globale de l'offre de réponse en internat et sur les aménagements nécessaires à la réponse aux besoins du public.

1.4 L'émergence d'un questionnement

L'IME accueille des enfants, des adolescents présentant des situations complexes au sens où ils cumulent de multiples facteurs de fragilités et de vulnérabilités.

⁴⁰ ANNEXE 5 : Impacts et liens du projet d'internat avec le fonctionnement de l'établissement.

⁴¹ Groupe II : Dépenses afférentes au personnel (le groupe I étant les charges d'exploitation et le groupe III les charges de structure)

Pour autant, l'IME ne dispose pas d'un plateau technique pluri professionnel varié. Il ne dispose pas de chef de service, d'éducateur dit « volant ou remplaçant » pour assurer le remplacement des professionnels en congé, en formation, ou en rendez-vous extérieur. Un seul enseignant est détaché par l'Education Nationale.

Il ne dispose que d'un faible taux médical⁴². L'équipe ne comprend pas d'infirmier, d'assistant de service social, d'aide-soignant, de kinésithérapeute, de psychomotricien⁴³.

Pour autant, l'IME fait preuve d'un esprit d'équipe fort, d'une solidarité, d'une cohésion et d'un engagement volontaire auprès des usagers accueillis.

La satisfaction exprimée des usagers et des professionnels, à évoluer dans ce cadre et ce contexte, s'explique sans doute par le fait que tous participent à ce que l'établissement soit une institution. Une institution qui rassure, restaure, stabilise les comportements des uns et des autres, qui permette les identifications, la volonté de faire des efforts pour progresser et croire en un projet. Cette institution favorise l'évolution du public en tenant compte de leurs difficultés en affichant des valeurs de « partage », « *d'attitude authentiquement affective* »⁴⁴ telles que Stanislas Tomkiewicz l'expliquait pour les usagers victimes de carences affectives, situation d'une grande majorité des enfants et adolescents de l'IME. C'est bien cette attitude qui permet aux professionnels de l'IME d'inscrire les usagers en grande souffrance dans une dynamique évolutive et de reconstruction parfois vers un projet personnalisé. Elle permet à l'institution de jouer un rôle contenant, bienveillant et structurant.

L'établissement fonde aussi son accompagnement sur la théorie de D. Winnicott et plus particulièrement sur l'objet transitionnel. D'ailleurs, les recommandations de l'ANESM sur la bientraitance s'inspirent notamment du concept de personne « suffisamment bonne » de D. Winnicott.

L'IME est structuré de façon à répondre à son objectif principal, à savoir stimuler l'enfant dans toutes ses dimensions.

Dans une correspondance pour la société des Nations en 1932, dans une réponse de Freud à Einstein, Freud indique plusieurs voies pour lutter contre la guerre.

A l'IME, il ne s'agit aucunement de guerre. Il s'agit de conflits, de difficultés à dépasser, parfois très lourdes impliquant une grande souffrance chez les usagers à l'origine de troubles du comportement importants. Les voies indiquées par Freud sont : « *La première est celle de l'amour* » : « *tout ce qui instaure des liaisons de sentiment parmi les hommes ne peut qu'agir contre la guerre* ».

⁴² Médecin psychiatre à 0.25ETP.

⁴³ En référence à l'Art D312-21, D312-22 et D312-25 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

⁴⁴ Martin C., 2004, *Mauvais objet, mauvais sujet*, Edition Jeunesse et Droit, Paris, 176p.

« Une deuxième, celle des identifications, « tout ce qui instaure parmi les hommes des intérêts communs significatifs suscite de tels sentiments communautaires, des identifications » »⁴⁵. A l'IME, je dirai que tout ceci participe à ce que les uns et les autres surmontent les difficultés rencontrées.

Tous ces éléments recueillis sur le rôle de l'institution, l'évolution des attentes et des besoins, sur le service d'internat, et les moyens négociés pour conduire ce changement vont permettre d'amorcer la réflexion suivante :

Comment réorganiser le service éducatif d'internat à l'IME Bernard Laurent pour répondre à l'évolution des besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis, et aux attentes et exigences actuelles des politiques sociales ?

⁴⁵ Chambrier G., J.B. Paturet (2014), *Faut-il brûler les institutions*, Presses de l'EHESP, Rennes, p24.

2 UNE CULTURE INSTITUTIONNELLE DE TYPE « VOCATIONNEL » DANS UN ENVIRONNEMENT EN MUTATION

2.1 Un regard historique sur la notion du handicap

Le modèle français de solidarité est confronté à la réalité d'un monde qui a changé. Le contexte sociétal et d'utilisation des ressources engage une mutation. Le contexte économique de croissance faible ne facilite ni l'inclusion, ni l'insertion d'un public vulnérable, pour autant l'approche du handicap évolue dans ce sens.

Au sein de l'association dans laquelle j'exerce en tant que directrice d'établissement, tout était accompagné d'une volonté de s'engager de façon militante, voire « dévouée » au profit de l'accompagnement offert, des prestations en place.

La gouvernance fait en sorte que les professionnels soient non seulement engagés mais aussi concernés. C'est en cela, que je parle de culture de type vocationnel, au sens où, dès le recrutement, les professionnels capables, désireux de s'investir pour défendre la cause de l'association, à savoir, une meilleure prise en charge des personnes accueillies, sont recherchés. J'emploie le terme prise en charge car il y a encore, parfois une tendance, au motif de tenter d'offrir le « meilleur », de prendre en charge et non d'accompagner.

La culture institutionnelle de type vocationnel s'entend non pas au sens religieux du terme mais plus au sens d'une « *Inclination, penchant particulier pour un certain genre de vie, un type d'activité* »⁴⁶. On parle aussi de profession exercée par dévouement et désintéressement, d'avoir la vocation pour ce métier. Dans le travail social, Dubet évoque cette dimension « *vocationnelle* » en expliquant qu'il faut « *être fait* » pour ces métiers, que cette dimension participe « *de sa nature et de son histoire* »⁴⁷.

Un détour historique et descriptif de quelques notions va fournir des éléments de compréhension à ce type de culture en place.

2.1.1 Le handicap mental et la déficience intellectuelle

A) L'évolution de l'approche du handicap

De l'Antiquité à nos jours, la perception et les modes de prise en charge du handicap ont beaucoup évolué sur de nombreux points au niveau social mais aussi politique. D'une mise à l'écart de la population handicapée en raison d'une méconnaissance induisant de la peur, on passe à une citoyenneté qui prend corps avec l'affirmation de droits. A l'Antiquité, les personnes handicapées étaient exclues de la société, considérées alors comme des « impurs » ou des victimes de malédiction divine⁴⁸.

⁴⁶ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vocation/82353> (consulté le 06/07/16).

⁴⁷ Dubet F., 2002, *Le déclin des institutions*, Editions Seuil, Paris, p 234.

⁴⁸ <http://informations.handicap.fr/art-histoire-874-6026.php> (consulté le 5/06/2016).

Au Moyen-âge, les infirmes sont reconnus mais encore enfermés, dans les hospices notamment. Ce système d'enfermement va laisser place à la médecine et à de nouveaux courants de pensée.

Au siècle des Lumières (18ème), la raison, la science et le respect de l'humanité font apparaître de nouvelles idées sur le handicap. Philippe Pinel, notamment, invente la psychiatrie et des traitements doux pour des personnes déséquilibrées.

En France, le terme handicap est associé à l'ouverture des droits sociaux avec la notion d'assistance. Il apparaît dans la législation française avec la loi de 1957⁴⁹ sur le reclassement des travailleurs handicapés, puis la loi de 1975⁵⁰ en faveur des personnes handicapées, véritable premier grand dispositif législatif en matière de handicap.

En 1967, le rapport Bloch Lainé apporte une distinction entre les inadaptés et les handicapés et évoque la notion de chance présente dans la loi de 2005. Il les définit ainsi : *« sont inadaptés à la société dont ils font partie, les enfants, les adolescents et les adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvant des difficultés, plus ou moins grandes, à être et à agir comme les autres (...) »*. Ils sont *« handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières, par rapport à la normale ; celle-ci étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société »*.

Les lois de 1975 impulsent donc la reconnaissance et la prise en charge des personnes handicapées dans la société. La loi 75-535 met l'accent sur l'importance de la prévention (Art 2) et du dépistage, sur l'obligation éducative des jeunes (Art 4). Elle expose, déjà, la question de l'accessibilité des institutions publiques (Art 49) et le maintien dans un cadre de vie et de travail ordinaire chaque fois que possible (Art 6, 26 et Art 1 loi 75-534). Elle rappelle que la personne handicapée mentale est une personne à part entière et qu'elle bénéficie de l'ensemble des droits de tout citoyen. La question du handicap évolue au fil du développement associatif (loi 1901) et les établissements spécialisés pour l'éducation des personnes handicapées prennent leur essor. La problématique de l'environnement inadapté à la condition humaine et à la représentation de toutes ses différences apparaît.

Nous verrons plus loin que l'évolution législative va participer à l'évolution de la prise en charge du handicap, donc du handicap mental. Les lois de juillet 1987⁵¹, de 2002, 2005, 2009 réforment la loi de 1975 en instaurant une obligation d'emploi des travailleurs handicapés, en replaçant l'utilisateur au cœur du dispositif et en réaffirmant les notions d'égalité des chances, de participation, de citoyenneté.

⁴⁹ Loi 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel dans laquelle apparaît le terme de travailleur handicapé par la définition de la qualité de travailleur handicapé.

⁵⁰ Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales avec la création du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPPH).

⁵¹ Loi 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des personnes handicapées.

La recherche, la formation en lien avec le handicap se développent. En 2007 notamment, Philippe Bas, Ministre de la Santé et de la Solidarité, met en place l'Observatoire National sur la Formation, la Recherche et l'Innovation sur le Handicap (ONFRIH). Celui-ci a été créé par la loi 2005. De même, dans cette loi, le handicap est alors défini comme : « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (Art.2).

Cette définition abandonne donc toute référence à un caractère impur ou divin. Par contre, on note que les handicaps cognitifs et psychiques sont venus compléter les catégories existantes. On assiste alors à une augmentation de la qualification de handicap induite par l'application de la loi de 2005.

B) Définition de handicap et de la déficience intellectuelle : évolutions de ces notions

Rappelons que l'agrément initial de l'IME correspond à l'accueil d'enfants et adolescents, déficients intellectuels moyens et profonds avec ou sans troubles associés.

Il convient donc de préciser succinctement les distinctions entre handicaps mental, cognitif et psychique et les liens avec la déficience intellectuelle de notre agrément.

D'après l'enquête de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) : *Handicaps, Incapacités, Dépendance (HID)*, 700 000 personnes en France souffrent de handicaps intellectuels (difficulté d'apprentissage, du langage ou retard mental).

Selon l'UNAPEI, « *le handicap mental peut se définir comme la conséquence d'une déficience intellectuelle. Cette dernière peut être considérée comme une capacité plus limitée d'apprentissage et un développement intellectuel significativement inférieur à la moyenne. Il se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, etc.*

Le handicap cognitif n'implique pas de déficience intellectuelle mais des difficultés à mobiliser ses capacités.

Le handicap psychique est la conséquence de troubles psychiques invalidants. Comme le handicap cognitif, le handicap psychique n'implique pas de déficience intellectuelle. Il est caractérisé par une alternance d'états psychiques calmes ou tendus et par des difficultés à acquérir ou à exprimer des habiletés psychosociales, avec des déficits d'attention et des difficultés à élaborer et suivre un plan d'action. Il peut donc notamment se traduire par des angoisses, des troubles cognitifs (mémorisation, attention, capacités d'organisation, d'anticipation, adaptation au contexte de la situation) et des difficultés dans la relation à autrui et la communication ».

Le handicap apparaît alors comme la conséquence de la déficience.

Pour l'UNAPEI, « le handicap peut être défini pour un individu comme la conséquence de déficiences ou de troubles sur la réalisation d'activités ou sur la participation à la vie en société, dans un environnement donné ».

Ces définitions permettent d'avoir une représentation plus fine des besoins auxquels il doit répondre. Mais, il importe de dire que chaque situation est individuelle et que nombreuses sont celles où des déficiences, plus ou moins importantes, d'origines diverses, sont évaluées et des handicaps, plus ou moins importants, sont identifiés. Les situations en institution sont complexes, certaines cumulent divers déficiences et handicaps.

Je peux citer le cas de deux jeunes majeurs, Adrien et Alice, et de deux jeunes enfants, Elise et Soane, pour illustrer cette diversité des besoins⁵² :

-Adrien est accueilli à l'IME en externat. Il est atteint à la fois des syndromes de Down⁵³ et d'Angelman⁵⁴. Il est confié à la protection de l'enfance depuis sa naissance, né d'un père inconnu et d'une mère souffrant de schizophrénie. Il a connu plusieurs placements en famille d'accueil et évolue actuellement dans un groupe de jeunes majeurs préparant leur orientation vers un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM).

-Alice, 20 ans, elle aussi est confiée à la protection de l'enfance à l'âge de deux ans suite à des violences et atteintes sexuelles graves de plusieurs membres de sa famille et du voisinage. Elle est accueillie à l'IME à 16 ans en externat et en internat suite à de nombreuses ruptures de parcours et exclusions. Elle a été accueillie successivement dans plusieurs IME entrecoupés de séjours en unité psychiatrique, elle bénéficie d'un service d'accompagnement renforcé de l'ASE avec un accompagnement en logement individuel avec plusieurs éducateurs puis elle intègre notre établissement. A ce jour, elle prépare sa sortie vers un ESAT à mi-temps avec hébergement.

-Elise, 6 ans, est déscolarisée du fait de Troubles du Spectre Autistique importants. Elle bénéficiait d'un suivi en Centre Médico-Psychologique Pédagogique (CMPP). Elle est accueillie en externat à l'IME. Suite à la séparation du couple, il quitte son activité professionnelle et entre en situation de précarité. Sa maman, d'origine russe, exerce une activité d'assistante familiale mais se dit dépassée par les difficultés de sa fille et ne l'accueille que très ponctuellement avec l'aide de nourrices russes ne parlant pas français.

-Soane, 8 ans, accueilli à l'IME en externat et internat, est atteint du syndrome de Down. Sa famille bénéficie d'une mesure d'accompagnement en lien avec une précarité sociale et économique importante, des difficultés d'hygiène et de protection, des carences de soins constatées.

Cet échantillon montre l'hétérogénéité des situations de handicap et de déficience à l'IME et la spécificité de leurs besoins en lien avec des situations complexes.

⁵² Les prénoms des jeunes ont été modifiés pour ce document.

⁵³ Syndrome de Down ou trisomie 21.

⁵⁴ Syndrome d'Angelman : maladie neurogénétique caractérisée par un déficit sévère et des traits dysmorphiques.

En 2010, J. F Chossy, député de la Loire, a été chargé, par la secrétaire d'Etat de la famille et de la solidarité, d'une mission parlementaire visant à faire évoluer les mentalités et à changer le regard de la société sur les personnes handicapées.

Dans son rapport de 2011⁵⁵, il rappelle que comme le dit la loi de 2005 (art. 2) que « *l'environnement de la personne est effectivement un facteur à considérer parmi d'autres* ». Pour autant, « *on ne peut pas laisser croire par le jeu de la sémantique que c'est l'environnement qui crée le handicap* ». Il continue son rapport en disant qu' « *il faut partir du postulat que toute personne, quelles que soient ses différences, a toute sa place dans la société avec ses potentialités, il convient donc de la considérer non pas comme une personne en situation de handicap mais comme une personne handicapée en situation : d'aller à l'école, de chercher et trouver un emploi, d'emménager dans son logement, d'avoir une vie affective et sexuelle, d'obtenir un revenu décent, de pratiquer son sport favori, de s'exprimer culturellement, d'avoir accès à tout, de s'impliquer dans la vie sociale, d'égalité des droits, d'égalité des chances, de participation, de citoyenneté. Enfin, une personne handicapée en situation de vivre dignement la vie quotidienne* ».

A ce jour, des situations restent complexes et sans prise en charge. Des rapports, tel celui de M. Denis Piveteau, « *le zéro sans solution* ⁵⁶» amènent encore à légiférer pour des mesures permettant de résoudre les défauts d'accompagnement de certaines situations avec, notamment, le Plan d'Accompagnement Global (PAG) ⁵⁷ et le Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS), venant s'ajouter en Seine Maritime au Groupement Opérationnel Local de Coopération (GOLC) et aux commissions des situations critiques de la MDPH.

Au fil des siècles, l'évolution de la société aura marqué celle du secteur médico-social.

Concernant les déficiences intellectuelles, la CNSA a récemment édité une synthèse et des recommandations à la suite d'une expertise collective de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Cet ouvrage a pour vocation de partager l'explosion des connaissances récentes, tant sur les causes de la déficience intellectuelle que sur les processus cognitifs et adaptatifs sous-jacents, afin de mieux appréhender le fonctionnement des personnes ayant une déficience intellectuelle et d'envisager des stratégies adaptées d'apprentissage, d'accompagnement et de soutien.

Nous pouvons voir que la prise en compte des personnes handicapées évolue de façon encourageante. La société et les mentalités évoluent. D'une société d'exclusion puis d'assistance, nous sommes, à ce jour, dans une société qui se veut résolument inclusive.

⁵⁵ Rapport de J.F. Chossy, 2011, « *Passer de la prise en charge...à la prise en compte* ».

⁵⁶ Piveteau D., 2014, Rapport « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches.

⁵⁷ Loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 (article 9 : le Plan d'Accompagnement Global).

2.1.2 Le regard international sur le handicap : quelle prise en charge ?

Au niveau européen, les systèmes sociaux sont considérés de façon différente. En 1957, lors de la rédaction du traité fondateur de la Communauté Economique Européenne (CEE), les compétences confiées à la communauté ne concernent que très peu le social. Les États membres souhaitent garder leur propre autonomie en la matière.

Après soixante années d'existence, l'Union Européenne (UE) a su se doter de compétences sociales, structurées au fil des difficultés économiques rencontrées par les États membres afin de fournir des solutions adaptées au contexte de chacun des pays.

Parmi les cinq objectifs de la stratégie Europe 2020, figurent l'éducation, la pauvreté et l'exclusion sociale avec, entre autres, la promotion de l'inclusion sociale.

Des programmes communautaires sont mis en place et visent à une meilleure compréhension et prise en compte des difficultés, à développer la capacité de prévention des acteurs et à combattre ces problèmes. Ils participent à la promotion et la diffusion des bonnes pratiques telles que la recommandation en faveur de la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité⁵⁸.

La prise en charge du handicap a, de ce fait, évolué. Quelques mesures importantes peuvent en attester.

En 1975⁵⁹, la déclaration des droits des personnes handicapées a été adoptée par l'Organisation des Nations Unies.

La Classification Internationale des Handicaps (CIH) établie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1980⁶⁰ met en évidence différentes composantes du handicap : les déficiences, les limitations d'activités, les restrictions de participation.

Pour la Classification Internationale du Fonctionnement de 2001, le handicap est l'interaction chez des sujets présentant une affection médicale et des facteurs personnels et environnementaux.

A l'IME, les affections médicales rencontrées sont notamment l'hémiplégie, le syndrome de Down ou trisomie 21, les diverses délétions chromosomiques, le syndrome de Williams Beuren⁶¹, le syndrome de Di Georges⁶², le syndrome d'Angelman, le syndrome de Turner⁶³, l'épilepsie, la fœtopathie alcoolique, les difficultés lors de l'accouchement...Et pour les facteurs personnels et environnementaux, le public de l'IME peut avoir subi des carences éducatives, des faits de maltraitance, d'inceste, de viols, de surprotection, de carences

⁵⁸ Recommandation CM/Rec (2010) 2 du comité des ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité.

⁵⁹ 9 décembre 1975.

⁶⁰ La CIH remplacée en 2001 par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

⁶¹ Syndrome de Williams Beuren : maladie génétique rare facile à identifier dans l'enfance (microdélétion chromosomique).

⁶² Syndrome de Di Georges : Syndrome vélocardiofacial (délétion chromosomique congénitale).

⁶³ Syndrome de Turner : maladie chromosomique liée à l'absence complète ou partielle du chromosome X.

sociales, de méconnaissance de l'environnement quant aux besoins liés au handicap, à un défaut de scolarité, à la pauvreté...

En 1989⁶⁴, la charte sociale européenne du Conseil de l'Europe engage les États membres à prendre les mesures nécessaires en vue de garantir aux personnes handicapées l'exercice du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté (Art.15).

En 2003, le conseil de l'Union Européenne proclame « l'Année européenne des personnes handicapées ».

En 2006, la nouvelle convention sur les droits des personnes handicapées a été adoptée par l'ONU. En 2011, 147 pays sont signataires et 99 ratifications ont été obtenues.

Cette évolution mondiale permet notamment d'aller vers plus d'unification des lois et le développement de mesures en faveur du handicap.

L'OMS œuvre pour pouvoir améliorer l'accès aux services de santé des personnes handicapées. Elle soutient les États membres en ce sens et encourage les stratégies visant à faire en sorte que les personnes connaissent bien leurs propres affections et à ce que le personnel de santé soutienne et protège les droits et la dignité des personnes.

Le 3 février 2010, le comité des ministres du Conseil de l'Europe a adopté une recommandation relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité⁶⁵.

Elle n'a pas de caractère obligatoire mais ce texte recommande de ne plus placer les enfants handicapés en institution en privilégiant la vie au sein de la communauté, ce qui influence aujourd'hui les politiques publiques des États membres.

En 2011, l'OMS, associée à la banque mondiale, produit le rapport mondial sur le handicap, qui contribue à nous fournir des moyens (ou les actions recommandées).

Ces derniers visent à surmonter certains obstacles qui freinent ou empêchent l'accès aux soins, à la réhabilitation, à l'instruction, à l'emploi et aux services d'appui. Ils ont pour objectif de créer un environnement favorisant l'épanouissement des personnes handicapées.

Ces dernières années, les « *droits fondamentaux s'inscrivent dans un mouvement progressif de reconnaissance internationale...Les citoyens commencent, en effet, à faire valoir leur revendication d'accès aux systèmes de solidarité, ayant compris qu'ils construisent aussi un accès aux droits fondamentaux. Ces recours viennent périodiquement rappeler aux pays les engagements auxquels ils souscrivent dans le cadre de l'Union Européenne* »⁶⁶.

⁶⁴ 9 décembre 1989.

⁶⁵ Recommandation CM/Rec(2010)2 du Comité des Ministres aux États membres relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité. Comité des Ministres du Conseil de l'Europe. 3 février 2010.

⁶⁶ Rollier Y. 2008, *La force d'invention des institutions, intervenants, usagers*, n°388/389, Les cahiers de l'Actif, p40.

Tout ceci participe à l'évolution du regard en France sur l'accompagnement nécessaire et recommandé en matière de handicap.

2.1.3 L'institution légitimée malgré la recommandation de désinstitutionnalisation

A) Le concept de l'institution

Sur le plan étymologique, G. Chambrier explique que le concept de l'institution est riche et peut tantôt renvoyer au fait de « *se tenir debout* », « *à un pilier* » et tantôt à une « *fondation* » comme fondement d'une construction, à quelque chose de bien établi, « *fermement installé* », « *stable* »⁶⁷.

L'institution est donc fondée en lien à un objectif premier qui légitime sa création. Elle renvoie à de l'habité, à un lieu où la parole est donnée et permet aux habitants de cette institution de s'identifier en référence à l'éthique de l'institution. L'institution est empreinte des valeurs, de l'histoire et de la trajectoire parcourue. Pour autant, elle implique des formes paradoxales : dynamique et stable, contenante et ouverte, conflit et amour, structurante et aliénante.

G. Chambrier et J.B. Paturet⁶⁸ incitent à distinguer l'institution de l'établissement et de l'organisation même si ce n'est pas aisé. On observe souvent dans les discours l'amalgame entre les trois. Selon eux, « *l'institution régule les rapports de pouvoir entre ses membres : domination, hiérarchie, classes ; elle protège des effets d'aliénation (...). Les contre-pouvoirs participent de ces processus de régulation (...).*

*Les lois de 2002 et de 2005, par exemple, dans les établissements sociaux et médico-sociaux, obligent à mettre en œuvre un certain nombre de dispositifs pour que s'installent légalement ces contre-pouvoirs, en particulier celui des usagers et/ou de leur famille ou de leur représentant légal »*⁶⁹.

A l'IME, ces dispositifs sont en place et permettent de garantir ces contre-pouvoirs.

L'établissement est « *un espace* », dans lequel se déroule un certain nombre d'activités qui s'articulent « *autour de sa fonction sociale* ». En cela, ils démontrent que l'établissement est le lieu qui entoure et accueille alors que l'institution fait que l'on est ensemble dans l'établissement. « *Ce sont la somme des affects, des pulsions, des émotions, les flux énergétiques, les questions de recherche de sens autour de l' « être ensemble » qui fondent l'institution et la séparent de ce qui fait l'établissement* »⁷⁰.

Dans ce cheminement, il serait nécessaire de renommer le projet d'établissement en projet d'institution, même si la matérialité de l'établissement est évocatrice de ce que fait l'institution. C'est bien l'institution qui détermine les espaces de relation entre ses membres.

⁶⁷ Chambrier G., J.B. Paturet, op.cit., p41-45.

⁶⁸ Chambrier G., J.B. Paturet, op.cit., 137p.

⁶⁹ Chambrier G., J.B. Paturet, op.cit., p21.

⁷⁰ Chambrier G., J.B. Paturet, op.cit., p46.

Pour Boris Cyrulnik, « *une institution est structurée comme une personnalité, avance ses murs et des règlements qui matérialisent la pensée de ceux qui ont le pouvoir* »⁷¹.

L'établissement et l'institution ne s'inscrivent pas dans la même temporalité. Un établissement peut être bâti pour 20-30 ans alors que l'institution vit le temps de ses projets. C'est ainsi que ces auteurs parlent de trois temps pour l'institution : un premier pour « *l'élan* », un second pour « *la fatigue de l'élan* » et un troisième pour « *la relance* » et ainsi de suite selon ce cycle. A l'IME, nous serions alors dans la relance.

Un établissement récent peut contenir une institution en perte de vitesse alors qu'un établissement ancien peut abriter une institution dynamique et évolutive.

De même, l'institution perdure même si elle change d'établissement. Par contre, le projet institutionnel peut impacter sur la construction et l'agencement de l'établissement. C'est dans cette perspective que l'opportunité de construction d'un troisième pavillon d'internat va impacter l'institution qu'est l'IME.

Dans ce sens, l'institutionnalisation a bien pour but de rassembler, de réguler les rapports sociaux, de faire vivre ensemble, de restaurer du lien social, de transmettre des valeurs.

B) L'influence de la désinstitutionnalisation

Les politiques nationales sont sous l'influence grandissante des textes européens. L'Union Européenne, dans sa stratégie 2010-2020 en faveur des personnes handicapées, mais aussi le Conseil de l'Europe avec sa recommandation relative à la désinstitutionnalisation posent un nouvel enjeu pour l'accompagnement des enfants handicapés et les pratiques professionnelles.

Le Conseil de l'Europe souhaite permettre « *l'accès équitable à une santé appropriée de qualité et à des services qui répondent aux besoins de la population* »⁷².

Cette recommandation de 2010 rappelle « *la stratégie de cohésion révisée (2004), qui accorde une attention particulière aux groupes susceptibles de devenir vulnérables et prône une démarche inclusive, en mettant l'accent sur la réintégration active des citoyens et des groupes vulnérables* ».

La prise de connaissance de cette recommandation peut influencer l'évolution des pratiques professionnelles, c'est pourquoi je souhaite mettre en exergue certains passages qui feront cheminer la réflexion du projet lors des temps de travail avec l'équipe.

Dans le cadre général de cette recommandation notamment figure le point I) 1.6 :

⁷¹ Cyrulnik B., 2002, *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob, Coll. « Poches Odile Jacob », 218p.

⁷² Recommandation CM/Rec(2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité. Comité des Ministres du Conseil de l'Europe. 3 février 2010.

« Il incombe à l'Etat d'assister les familles de manière à ce qu'elles puissent élever leur enfant handicapé à la maison et, notamment, de réunir les conditions nécessaires qui leur permettront de mieux concilier vie de famille et vie professionnelle : l'Etat devrait, par conséquent, financer et mettre à leur disposition toute une gamme de services d'excellente qualité parmi lesquels les familles d'enfants handicapés pourront choisir diverses aides adaptées à leurs besoins ».

Le point III) présente une alternative au placement : *« Exceptionnellement (par exemple en cas d'abus ou de négligence), s'il est impossible que l'enfant vive dans sa famille ou dans une famille d'accueil, il conviendrait de le placer dans un cadre de vie de petite dimension, aussi proche que possible de l'environnement familial, en guise d'alternative au placement en institution ».* Dans un autre point, le VI, il est reconnu que *« certains enfants handicapés ont besoin d'une assistance accrue dans divers domaines (...) »* et qu'il faudra *« focaliser les compétences existantes sur les handicaps et les troubles graves, complexes ou rares, notamment ceux qui engendrent des besoins particulièrement difficiles à satisfaire ».*

Et enfin en V, la dernière recommandation est d' *« associer les enfants handicapés et leurs familles au processus de mise en place des services ».*

Ce processus est très prégnant pour les enfants et adultes avec autisme pour lesquels les modes d'accompagnement sur le territoire sont insuffisants et non adaptés à certains qui se voient obligés de partir en masse en Belgique pour bénéficier d'un accompagnement. Notre département ne finance plus les départs en Belgique, en justifiant que notre territoire dispose d'infrastructures suffisantes pour répondre aux besoins existants.

Ce discours de désinstitutionnalisation touche l'ensemble des personnes handicapées et incite à la diversification des modalités d'accompagnement par notre secteur. Il ne s'agit aucunement de la fin des institutions mais de leur modernisation pour répondre aux attentes légitimes actuelles et offrir une réponse à l'ensemble des situations et surtout aux situations les plus complexes (d'où une évolution à suivre les profils accueillis) tout en s'assurant de répondre à la vulnérabilité de chacun.

Cela ne veut pas dire non plus que les internats vont être fermés. L'internat ne doit pas être simplement une fin en soi. Il doit être un outil de réadaptation à l'environnement.

Comme le souligne Francis Batifoulier⁷³, *« si l'on veut être à la hauteur de ce projet qui ambitionne de refaire de l'institution, il va falloir s'engager dans un processus permanent de désinstitutionnalisation/ré-institutionnalisation. A savoir maintenir la dimension instituante de l'acte fondateur, faire ensemble du projet en n'excluant aucune partie prenante, s'inscrire dans un processus démocratique dans le respect de la différenciation des places ».*

⁷³ Batifoulier F., 2016, « Refaire de l'institution, enjeu majeur du directeur », Direction(s), n°141, p42-43.

Ce processus de désinstitutionnalisation est aussi prégnant pour le système public de santé, notamment en psychiatrie, où il s'agit de développer de nouvelles techniques d'interventions et de programme de soins au sein même de la communauté pour résoudre rapidement et efficacement des problèmes de santé et éviter des hospitalisations.

Le bilan relevé est mitigé. Si cela a permis à des patients de retrouver la liberté, le manque de préparation des intervenants, des patients eux-mêmes et de la communauté, le manque de moyens pour accompagner ce mouvement, entraînent aussi d'autres problèmes (impact financier et psychologique pour les familles, retour rapide après une sortie, rejet, exclusion, isolement, criminalisation).

C) Impact sur le programme institutionnel

Ce concept de désinstitutionnalisation influence l'évolution des pratiques actuelles au sein du contexte socioéconomique contraint que nous connaissons et représente un enjeu sociopolitique et économique de taille.

Nous devons intégrer, comme le démontre F. Dubet⁷⁴ que nous devons impulser au travers de ces mutations des « *figures institutionnelles plus démocratiques, plus diversifiées et plus humaines* ». Ces changements entraînent, pour Dubet, la décomposition du « *programme institutionnel* », à savoir « *un mode de socialisation...un type de relation à autrui* ».

Il explique que « *ce programme considère que le travail sur autrui est une médiation entre des valeurs universelles et des individus particuliers ; ...que le travail de socialisation est une vocation parce qu'il est directement fondé en valeurs ; ...que ce programme croit que la socialisation vise à inculquer des normes qui conforment l'individu et en même temps, le rendent autonome et « libre »* ».

Le déclin de ce programme institutionnel est lié à l'évolution du concept de liberté et de la professionnalisation du secteur et bien plus encore de la modernité.

Il explique que les militants deviennent des « *experts et ingénieurs sociaux* ». Dans les années 60, 70, le travail social était considéré à lui seul comme un programme institutionnel car il travaille avec la relation, qu'il est un « *technicien de la relation* ».

Ainsi, la vie en internat était considérée comme un moyen d'être un programme institutionnel à la disposition du travail social.

Le directeur doit rassurer ses équipes face à ce déclin, car selon F. Dubet, les « *nouveaux modes de socialisation fonctionnent, et peut être pas plus mal que du temps où le programme institutionnel commandait le jeu* ». Je dois participer et impulser de nouvelles perspectives prenant en compte toutes ces évolutions. « *Il nous faut impulser la subjectivation des individus sans être arc-bouté sur un principe non social, non justifiable et posé à priori* ». Il s'agit aussi d'une rupture à dépasser.

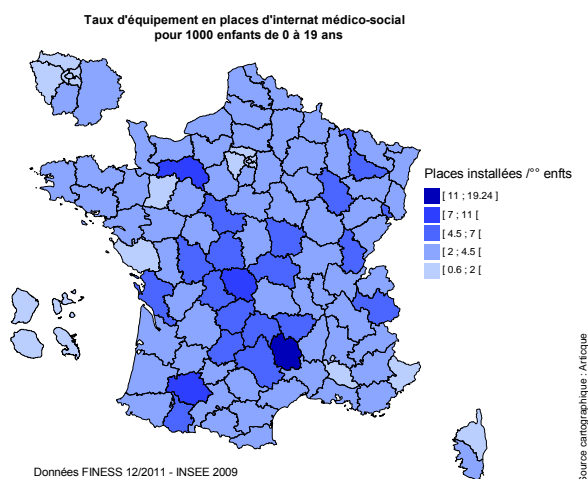
⁷⁴ Dubet F., 2002, *Le déclin de l'institution*, Paris, Editions du Seuil, 421p.

Ce virage impacte malgré tout l'ensemble du secteur social et médico-social et influence les politiques sociales. De ce fait, les projets, les pratiques professionnelles, notamment celles du directeur, doivent évoluer. La désinstitutionnalisation n'est pas incompatible avec l'offre de service en IME en Internat. Il doit être privilégié uniquement pour les situations complexes dont les objectifs de ce service vont permettre à l'utilisateur de s'inscrire dans un parcours de soin adapté, dynamique et évolutif.

2.1.4 La notion d'internat : évolutions et innovations à suivre

A) Apparition de ce mode d'accueil

La plupart des institutions dispose d'un internat mais l'accueil en semi-internat (ou externat) est de plus en plus souvent pratiqué. La répartition évolue régulièrement.



La notion d'internat spécialisé a été définie, en référence au secteur de la protection de l'enfance, en 1986 par P. Durning⁷⁵ comme un dispositif de suppléance familiale, s'effectuant pour diverses raisons. Il la définit comme « *l'action auprès d'un mineur visant à assurer les tâches d'éducation et d'élevage habituellement effectuées par les familles, mises en œuvre partiellement ou totalement hors du milieu familial dans une organisation résidentielle* ».

Après avoir été prédominante en France dans le secteur de l'enfance en difficulté, dans les années 60, la tendance s'inverse ensuite avec une préférence pour un maintien de l'enfant dans sa famille. Divers établissements, souvent en campagne, sont créés, en fonction de l'âge, des troubles, du sexe, du milieu social. En 1995, P. Durning distingue alors trois catégories de dispositifs : les internats spécialisés, les familles d'accueil et les structures intermédiaires et alternatives au placement.

⁷⁵ Cité par Fablet D., 2001, « Les métamorphoses de l'internat spécialisé : Transformations et créations institutionnelles », Les cahiers de l'Actif, n°306/307, p27-48.

Dans le secteur médico-social de l'enfance, on parle initialement des internats spécialisés du champ de l'enfance inadaptée, puis après la loi de 1975, des internats de l'enfance handicapée. Il fut le mode d'accueil le plus pratiqué étant perçu comme une « *solution miracle* » (57500 en 1985), puis « *objet tabou* »⁷⁶ en diminution (45000 en 1998⁷⁷).

En 2015, le nombre de places en internat en IME est de 20127 places pour 47785 places d'externat⁷⁸.

La modalité d'accueil en internat est présente majoritairement en IME. Les Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP) sont à la seconde place et possèdent 8062 places en internat.

La baisse des places d'internat a été inégale selon le type de handicap. Elle concerne davantage la déficience intellectuelle contrairement aux internats accueillant le polyhandicap.

Aujourd'hui, les enfants handicapés concernés par l'accueil en internat ne sont plus les mêmes que par le passé car les besoins et les attentes ont évolué. Les termes changent aussi, les lieux de vie, les lieux d'accueil apparaissent. L'internat est désormais mis en place sous forme de solution ouverte pour les enfants, adolescents et les familles, une opportunité de renforcer certains apprentissages concernant l'enfant (rééducation en lien au handicap), voire le jeune avec sa famille (relation intrafamiliale).

Les critiques qui perdurent sont de nature à dénoncer le collectif. Certes, il s'agit de projets individuels mais d'une vie en collectivité.

Les enfants et adolescents font partie d'un groupe, donc soumis à la vie de ce groupe. C'est pourquoi l'idée de développer des petites unités apparaît. Le soin est la dimension qui participe à légitimer cette modalité d'accueil.

Au fil des mutations du secteur, l'accueil en internat a dû innover. Les fonctionnements et les pratiques professionnelles en institution se sont modifiés. Les familles ont de plus en plus la possibilité d'être associées à la prise en charge éducative. L'utilisateur accueilli a de plus en plus la possibilité d'être acteur de son projet, il y est incité de façon adaptée.

Dans le CASF, sont indiquées les attentes envers l'IME mais il n'y a pas d'indication sur ce qui revient spécifiquement à l'internat.

La mission de l'internat participe donc bien évidemment à la mission de l'IME.

⁷⁶ Brizais R., 2001, « *L'internat, lieu de vie, lieu de soin* », Les cahiers de l'Actif, n° 306/307, p103.

⁷⁷ Fablet D., 2001, « Les métamorphoses de l'internat spécialisé : Transformations et créations institutionnelles », Les cahiers de l'Actif, n°306/307, p32.

⁷⁸ Chiffres de la CNSA qui vont être prochainement réactualisés.

B) Les attendus de cette prestation en IME

Malgré l'absence de motifs clairement formalisés justifiant la nécessité d'un internat pour les sujets handicapés, R. Brizais a pu en identifier certains :

-« *la forte spécialisation des interventions nécessaires au maintien et au développement de l'enfant, leurs fréquences...*

- *la difficulté compréhensible à voir assurer ces interventions par ces non-spécialistes que sont les parents...*,

- *le souhait, tout aussi légitime de ceux-ci de ne pas devenir les soignants de leur enfant,*

- *le souhait, tout aussi légitime, de ne pas confier leur enfant à une autre famille (d'accueil), pour ne pas courir le risque de confusion, d'autant si leur pratique parentale n'est pas en cause dans l'émergence du handicap de leur enfant,*

- *le désir d'offrir un support identitaire adapté pour un jeune handicapé en construction...*

La stimulation repose sur une vie collective aménagée chez des enfants dont le handicap entraîne une certaine fermeture sur soi dans un milieu trop constamment normal, en termes d'attentes et d'exigences... »⁷⁹.

Plus l'institution portera la nécessité d'évaluer en se fixant des objectifs, plus le projet sera porté et plus le travail avec les partenaires sera actif. L'internat permet de répondre à des besoins spécifiques, il faut pouvoir l'explicitier dans son projet pour faire perdurer cette offre et l'exploiter pour permettre aux enfants et adolescents de pouvoir bénéficier des avancées du secteur médico-social.

L'évaluation découle aussi de l'observation, et pour aider les professionnels à bien observer, il faut que le cadre soit bien organisé et structuré. La mesure de compensation en internat se surajoutant à celle de l'accompagnement en externat, mais elle ne sera pas forcément nécessaire sur la même durée.

La compensation internat peut prendre fin (si plus nécessaire) alors que la poursuite de l'accompagnement en externat l'est encore. Les objectifs doivent être singularisés. Ainsi, elle permettra à un plus grand nombre de bénéficier de cet accompagnement spécialisé plus global et permettra à l'enfant de poursuivre son évolution, chaque fois que possible, au sein de son milieu familial (ou famille d'accueil). L'utilisateur aura acquis des repères, des règles, aura accédé à une autonomie suffisante pour retourner au sein du milieu familial.

L'internat répond à des besoins spécifiques, cette offre doit pouvoir se poursuivre, son fonctionnement doit suivre les évolutions actuelles. La mesure de compensation que représente l'internat fait entièrement partie du paysage médico-social en cours de

⁷⁹ Brizais R., 2001, « *L'internat, lieu de vie, lieu de soin* », Les cahiers de l'Actif, n° 306/307, p107.

redéfinition. Nous devons expérimenter et proposer de nouveaux modes de réponses au sein de ce projet d'internat à l'IME aux enfants et à leur famille.

La redéfinition passera aussi par la prise en compte de l'évolution des profils qui incite à nous réinventer et à ajuster nos moyens⁸⁰.

2.2 L'environnement évolutif des IME : impacts sur l'IME Bernard Laurent

2.2.1 L'évolution du contexte législatif et règlementaire en matière d'accompagnement...

Les évolutions législatives et règlementaires ont lieu à la suite de l'évolution sociétale en matière de prise en charge des enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle.

Les politiques sociales ont également favorisé la promotion des droits des personnes, l'insertion, l'inclusion et l'intégration des personnes déficientes. Elles participent à la redéfinition de la place des personnes et de leur famille, au sein du secteur, au sein des établissements et services.

La loi du 30 juin 1975 n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées affirme le droit des personnes d'accéder aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population même si le terme d'intégration n'est pas encore utilisé.

Les circulaires du 29 janvier 1982 et du 29 janvier 1983 définissent le cadre d'une intégration scolaire.

Les décrets du 22 avril 1988 et du 27 octobre 1989 soulignent l'importance de combiner une éducation spécialisée et une scolarité.

En 1989, les annexes XXIV du décret n° 89-798 réaffirment la nécessité, chaque fois que possible, de la mise en œuvre d'une intégration sociale et scolaire des enfants. Les établissements ne doivent intervenir qu'en complément. La place de l'enfant dans son environnement est soulignée, la place de l'internat se modifie et ne doit survenir qu'à défaut de solutions de proximité. Le projet, dès ce moment, doit être personnalisé.

En 1989, une modification de la loi de 1975 (article 6) donne lieu à l'amendement Creton permettant de bénéficier d'une prise en charge en IME « *sans limite d'âge ou de durée* ⁸¹ ».

Dès la fin des années 1990 apparaissent les enjeux de la désinstitutionalisation. Le processus d'intégration scolaire se poursuit avec l'apparition des CLIS en 1991, les Unités localisées Pour l'Inclusion scolaire (UPI) en 1995, aujourd'hui appelées ULIS.

⁸⁰ Concernant l'hétérogénéité du public accueilli en internat, j'élabore une grille de recueil par âge, sexe, origine, handicap, date d'entrée, lieu de domiciliation, situation familiale, nature des besoins... j'établis un profil des usagers et mesure les évolutions. Ainsi, je peux pointer si des variables sont concomitantes. L'évolution du nombre d'usagers ayant des troubles psychiques est mesurée et quantifiée. De même, je constate que nombre d'enfants et d'adolescents de l'internat sont également confiés à l'ASE et bénéficient d'un accompagnement supplémentaire en lien avec leur situation familiale.

⁸¹ Article 6 de la loi du 30 juin 1975, alinéa dit « Amendement Creton » : I bis.

La loi du 2 janvier 2002 place ensuite la personne en tant qu'usager au cœur du dispositif.

Elle se veut respecter la volonté des personnes, garantir les droits des usagers citoyens et promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale. Elle instaure des procédures de pilotage du dispositif rigoureuses et plus transparentes en rénovant le lien entre la planification, la programmation, l'allocation de ressources, l'évaluation et la coordination. Elle nous impose la mise en place du projet d'établissement et d'outils en faveur de l'utilisateur.

Les établissements et les services peuvent s'engager avec les financeurs en introduisant les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (un article de la loi de financement de la sécurité sociale, pour 2015, prévoit la généralisation des CPOM dans les 5 ans à partir de 2017). Elle introduit une plus grande liberté autour de la notion d'établissement expérimental ou de double agrément.

La loi du 11 février 2005 a eu pour effet de replacer les familles au centre des décisions en mettant l'intégration notamment scolaire et la participation à la citoyenneté au centre des objectifs. Elle a aussi pour volonté de réaffirmer que l'enfant handicapé est un citoyen comme un autre et qu'il va à l'école avec ses camarades. Ceci constitue une pression sur l'école pour scolariser de plus en plus d'enfants handicapés dans l'établissement le plus proche de leur domicile.

On assiste à un développement des SESSAD qui participent à la transformation du dispositif et aussi la scolarisation des enfants en établissements sociaux et médico-sociaux (renforcé par la création des unités d'enseignement⁸²).

À ce jour, des places d'IME se transforment en place SESSAD⁸³.

Sur le plan international, la convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées (adoptée en 2006⁸⁴) établit des articles sur le droit sans discrimination et sur la base de l'égalité des chances à l'insertion scolaire tout au long de la vie, y compris la formation professionnelle ou continue. De même, les États doivent rendre des comptes à un comité des droits des personnes handicapées.

Enfin, la loi 2009-879 HPST traite la question du décloisonnement entre le sanitaire et le médico-social avec la création des ARS, élément fort permettant de dépasser les ruptures qui pouvaient exister entre ces deux secteurs, elle instaure aussi le principe de l'appel à projet et la notion de concurrence.

La recommandation relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés (2010) promeut les services de proximité grâce à une démarche globale.

⁸² Arrêté du 2 avril 2009 précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé.

Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements.

⁸³ Loi « Fourcade » du 10 août 2011 modifie certaines dispositions de la loi HPST, favorise cette transformation par une exonération de la procédure de l'appel à projets pour les transformations sans modification des publics accompagnés.

⁸⁴ <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>.

Toutes ces évolutions amènent à considérer autrement l'accompagnement des enfants handicapés.

2.2.2 ...Qui amène à une évolution du mode de compréhension des personnes...

Du fait de l'évolution sociétale, contrairement à ce qui était fait par le passé, aujourd'hui la compréhension des personnes se fait sur un mode global de la personne handicapée, en interaction avec le contexte dans lequel elle vit.

De ce fait, l'accompagnement ne doit plus se faire que sur un simple aperçu du déficit de la personne et de son manque d'habiletés. Il doit, dès lors, reposer sur une évaluation du soutien nécessaire à déployer pour promouvoir une qualité de vie satisfaisante et respectueuse des droits de tous. Ceci explique la notion de plan de compensation du handicap.

Les notions évoluent. A l'origine, on rencontrait celles de placement, de prise en charge, de pensionnaire. Actuellement, le secteur emploie celles de parcours, d'accompagnement, de référence et de coordination, de citoyenneté, d'inclusion, d'évaluation, de qualité, de partenariat mais aussi de rationalisation, d'indicateur, de nomenclature, de tableau de bord de performance...

L'évolution des concepts encadre celle des pratiques au sein de notre secteur engagé pour une amélioration de la condition des personnes en souffrance, vulnérables, en attente de protection, d'éducation, d'affection, de projets de vie.

L'IME doit pouvoir suivre ce mouvement. Il ne peut se contenter de la bienveillance professionnelle, de l'engagement de ses équipes.

Le projet de réforme de la tarification des ESSMS (projet de réforme SERAFIN-PH) pour personnes handicapées s'appuie sur des rapports tels celui de Laurent Vachey et Agnès Jeannet, le « *zéro sans solution* » de D. Piveteau. Il s'agit d'un chantier ambitieux qui accompagne les orientations de la politique du handicap qu'il m'importe de suivre. Cette réforme est un des vecteurs du changement de notre secteur.

Il apparaît, aujourd'hui, que l'organisation des établissements et services peut être pensée comme évolutive, ouverte, « *inclusive* », en lien notamment avec la désinstitutionalisation, la notion de parcours et de dispositif coordonné. Toutefois, il ne faut pas omettre les besoins de certaines personnes, pour qui, un cadre serein et stable est primordial. C'est pourquoi, je souhaite engager la redéfinition de l'offre de service en internat qui participe à la réponse aux besoins du public.

2.2.3 Des attentes et des exigences des pouvoirs publics vis-à-vis des IME : Quelques pistes

Les IME sont encore, à ce jour, les ESSMS pour enfants et adolescents handicapés les plus représentés.

Chaque ESSMS doit définir ses objectifs, ses modalités d'organisation et de fonctionnement dans son projet d'établissement, établi pour 5 ans.

Les attentes des pouvoirs publics sont d'assurer un parcours le plus organisé et personnalisé possible pour les personnes accompagnées. Une des difficultés majeures des personnes en situation de handicap réside dans le domaine relationnel et social.

L'IME doit donc permettre à la personne accompagnée d'être en mesure de nouer des relations sociales et d'accéder à une vie sociale. On parle de réponse la plus appropriée, de solution innovante. Par contre, cette possibilité aujourd'hui sort du cadre de l'institution sociale et médico-sociale. Ceci intègre plus l'extérieur de l'institution, et augmente le champ des possibles, même si, l'extérieur n'est pas encore toujours adapté aux besoins spécifiques de l'enfant handicapé.

Lors de la rencontre annuelle des IME à Biarritz, à laquelle j'ai assisté, l'avenir des IME était évoqué. Dans les actes de cette journée, la réflexion abordée est qu'« *il nous faut désormais inventer le modèle des IME du XXIème siècle* » :

« *Les IME comme « sas intégratif » des enfants « plus » handicapés que les autres ?*

Les IME comme « école de l'apprentissage » des jeunes handicapés avant l'entrée sur le marché du travail ?

Les IME, comme « structure d'éducation et de soins » permettant de préparer l'avenir en lien avec l'école, la ville et les acteurs du parcours de vie ?

Sans doute tout cela et plus encore.

Les IME de demain sont à réinventer pour répondre aux besoins nouveaux de la société »⁸⁵.

L'enjeu pour l'IME est de se diversifier afin de pouvoir être en capacité de répondre aux besoins du territoire, tout en se spécialisant pour y répondre au mieux (notamment pour accompagner les usagers ayant des troubles psychiques, des troubles du spectre autistique, et en matière d'insertion scolaire quand l'IME ne dispose que d'un enseignant pour 56 enfants). Tout ceci en permettant la personnalisation de l'offre de services.

C'est en ce sens que J.R. Loubat et M. A. Bloch abordent les notions de Plateformes coopératives et territorialisées de Services (PFS) vers lesquelles les ESSMS devraient aboutir. Cette évolution va être facilitée par la généralisation des CPOM.

Une institution, telle l'IME (voire une association, telle l'APAPSH) ne peut plus, seule, construire les réponses à toutes les situations rencontrées. Il est important de privilégier des réponses collectives territorialisées, construites avec les personnes concernées.

⁸⁵ Après les lois de 2002, 2005, 2009, les IME...Que sont-ils devenus ? Que vont-ils devenir ?, Les cahiers de l'Actif, n°444/445, 2013, La grande Motte, p7.

Le secteur voit arriver les CPOM de deuxième génération, les CPOM des 5P, à savoir Pluri annualité, Pluri établissements et services, Pluri financeurs, Parcours et Plateforme coopérative de Services.

On attend des directeurs l'étude de la mise en place de ces nouvelles organisations. En tant que directrice, je dois pouvoir inscrire l'IME dans ce cheminement de fonctionnement.

Avec l'ANAP, la question de performance des IME voit aussi le jour autour des précédentes notions d'organisation de parcours et de sa cohérence pour l'usager.

Les IME doivent prendre soin du public accueilli, puis lui apporter les outils, les moyens pour se réadapter, se réinsérer et lui permettre de vivre son parcours de vie au mieux dans une société que Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé (entre autres) veut « *inclusive* »⁸⁶.

La CNSA définit également des attentes, à savoir, le devoir de « *Conduire la personne handicapée vers une pleine participation dans notre société, en lui permettant d'accéder à une autodétermination comme le veut la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, qui suppose une formation complète des personnes dans les divers domaines qui vont permettre l'émergence de comportements adéquats sur le plan social* »⁸⁷.

Elle rappelle que l'autodétermination « *nécessite des habiletés et aptitudes chez une personne lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes indu* »⁸⁸. Elle préconise même des outils spécifiques à l'évaluation de cette autodétermination pour les éducateurs. Le projet de service de l'internat doit participer à cette capacité d'autodétermination et définir les moyens par lesquels les usagers pourront y accéder. Une réflexion sur ce concept sera nécessaire.

2.2.4 Des évaluations du secteur : les évaluations internes et externes pour les ESSMS. Quels résultats pour l'IME ?

Les évaluations internes et externes ont été instituées par la loi du 2 janvier 2002. L'ANESM, en 2007, a été créée par la loi de financement de la Sécurité sociale.

La volonté de l'ANESM a été d'accompagner les ESSMS dans la mise en œuvre de ces évaluations, c'est pourquoi elle élabore des recommandations.

Plus de 24000 établissements et services verront leur autorisation renouvelée le 4 janvier 2017, à condition que les résultats d'évaluation interne⁸⁹ aient été adressés aux autorités

⁸⁶ Propos réaffirmés lors de la 4ème conférence du handicap du 19/05/16.

⁸⁷ In Déficiences intellectuelles, expertise collective, Inserm, CNSA, 2016, p 39.

⁸⁸ In Déficiences intellectuelles, expertise collective, Inserm, CNSA, 2016, p 54.

⁸⁹ Les résultats sont communiqués à l'autorité, ayant délivrée l'autorisation, tous les 5 ans (ou selon CPOM) soit 3 EI sur un cycle d'autorisation de 15 ans.

de contrôle et de tarification avant le 31/12/2013 et le rapport d'évaluation externe avant le 31/12/2014. Ceci est le cas de l'IME.

Il a reçu son renouvellement d'autorisation et d'habilitation à compter du 4 janvier 2017 avec, pour injonction, la formalisation du PE en lien avec les recommandations de l'ANESM et l'amélioration de la sécurisation du circuit des médicaments.

Le calendrier des évaluations et les modalités de restitution des résultats ont été modifiés⁹⁰.

La démarche d'évaluation interne a débuté, dès 2006, au sein de l'IME. La Démarche d'Amélioration Continue de la Qualité est retracée dans le rapport d'activité.

Les équipes et le CVS ont décliné 7 items⁹¹ pour questionner les méthodes professionnelles avec le souci constant d'une démarche qualitative au service du bien-être, de l'épanouissement du public accompagné. L'évaluation interne s'est enrichie des recueils de questionnaires adressés aux familles/ usagers, associés à l'impulsion de cette dynamique. La conclusion de cette évaluation interne indique globalement une satisfaction générale perçue par les parties : personne accueillie, familles, professionnels.

Les axes d'amélioration à envisager se concentrent sur la communication tant du projet d'établissement de l'IME aux partenaires que sur la qualité de l'accueil à l'internat. De même, les modalités de participation des familles sont à réinventer, les écrits professionnels sont à optimiser. L'enseignement scolaire est à renforcer tant pour les familles que pour les professionnels. Une enseignante ne permet pas d'offrir un enseignement à tous.

Du côté des familles, les insatisfactions se situent sur le délai d'attente d'entrée à l'IME, le manque d'informations des contenus des accompagnements dispensés, l'absence d'accessibilité par transport en commun pour se rendre à l'IME.

L'Evaluation Externe⁹² a été réalisée par un organisme tiers habilité en 2012-2013. A l'IME, les résultats de l'ensemble des entretiens et des observations des évaluateurs démontrent que l'IME fait preuve d'une adaptation de son organisation en fonction des besoins du public dans la limite de ses moyens.

Il est perçu positivement par les partenaires, les professionnels, les parents. Les axes prioritaires à améliorer sont la formalisation du projet d'établissement en lien avec les recommandations de l'ANESM et plus particulièrement sur les points relatifs à l'étude de population et les objectifs d'action à 5 ans, l'identification d'une stratégie managériale avec des modes de délégation.

⁹⁰ Article 124 de la loi n° 2009-879 du 21/07/2009 (HPST) et le décret d'application n°2010-319 du 3 novembre 2010.

⁹¹ 7 items : (1) L'accueil, l'admission et l'orientation ; 2) Les projets individualisés ; 3) L'organisation de la prise en charge ; 4) La vie quotidienne ; 5) La situation de crise ; 6) Le travail famille ; 7) Les écrits).

⁹² Sur un cycle d'habilitation, deux évaluations externes doivent être effectuées : la première a lieu au plus tard 7 ans après le renouvellement, la seconde au plus tard 2 ans avant la date de renouvellement.

Les groupes de réflexion sur la DACQ se poursuivent. L'objectif est de pérenniser cette démarche et d'instaurer une démarche qualité au sein de l'établissement. L'établissement établit un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) qui peine à se formaliser. Le temps imparti à cette démarche est restreint. Le temps à libérer pour celle-ci, sans pénaliser l'accompagnement, ne peut avoir lieu que sur des heures supplémentaires. Un recueil des améliorations effectuées est, malgré tout, retracé au rapport d'activité chaque année.

2.2.5 Et une gouvernance réinterrogée par toutes les mouvances du secteur

En lien avec les mouvances du secteur, la gouvernance associative est réinterrogée. Le devenir de ce modèle pose des questions tant sur les enjeux à relever que sur la préservation du projet associatif parmi ces évolutions (principe de concurrence, innovation, crise financière, coopération, phénomène d'exclusion, société de services de plus en plus individualiste, professionnalisation).

L'ampleur de l'enjeu est décrit par J.R. Loubat : « (...) *l'environnement est en train de précipiter le mouvement en posant des problématiques insurmontables à l'ancien régime : usure des personnels, obsolescence des métiers et des fonctions, nouveaux besoins et nouvelles populations, contractualisation, démarche-qualité, exigences accrues en matière de gestion, de communication et de services. Bref, la fonction de gérance qu'ont connue nos secteurs par le passé ne peut suffire à faire face à cette nouvelle donne ; il nous faut authentifier un véritable management : nos établissements ne peuvent plus se contenter de vivre leur fonctionnement, il leur faut désormais le penser* »⁹³.

Dès les années 80, les associations doivent commencer à démontrer leur efficience, leur qualité d'interventions et leur utilité sociale en lien avec les partenaires, pour un public devenu sujet de droit.

Cette évolution impacte la transformation nécessaire de la fonction de directeur.

Dans cette optique, je me suis intéressée à la gouvernance de l'établissement. J'ai construit un questionnaire adressé aux membres du Conseil d'Administration. Le CA de l'APAPSH est constitué à 83 % de parents⁹⁴.

Les 7 % d'amis comprennent un ancien directeur des établissements (aujourd'hui trésorier), charismatique, paternaliste et au style de management directif et le président, membre fondateur de l'association.

Le questionnaire me permet de quantifier les réponses. Je peux alors avoir des données mesurables et comparables. Afin de valider les questions avant diffusion, je l'ai testé sur 3

⁹³ J.R. Loubat, juillet-octobre 2002, « manager les compétences : le défi de la décennie », in *Manager les équipes*, n°314-317, Les Cahiers de l'Actif.

⁹⁴ 15 membres parents sur 18 administrateurs.

personnes⁹⁵ et ai obtenu un questionnaire concis. Pour obtenir un taux de réponse conséquent des membres du CA (âgés, pas forcément à l'aise avec l'écrit)⁹⁶ j'ai opté principalement pour des questions fermées se limitant à l'objet.

Ainsi, je constate par exemple, un taux important d'administrateurs présents depuis l'origine de l'association, d'où la moyenne d'âge importante du CA. Les sorties du CA ont pour motif deux raisons : le décès de l'administrateur ou l'administrateur parent dont l'enfant accueilli par l'IME ne peut rejoindre un établissement adulte de l'association et part dans une autre association (le parent suit le parcours de son enfant). Ces données renseignent le profil de l'instance gouvernante et permet d'orienter la pratique managériale du directeur.

Selon F. Batifoulier et F. Noble, « (...) *le directeur a à penser et à acter un projet managérial qui est précédé par le projet des associés et auquel il doit nécessairement s'articuler* »⁹⁷. Mon prédécesseur, plus empreint de la fonction du directeur gestionnaire, a dû inscrire son projet managérial dans la continuité du projet des associés mais aussi dans celle de son prédécesseur, directeur de type pionnier du social, encore administrateur. Ces postures s'inscrivent dans le même projet associatif depuis de longues années. Ce type de management pour J.M. Miramon consiste en « *l'affirmation d'une croyance en l'homme capable d'engagement à condition qu'il soit placé dans des conditions favorables* »⁹⁸.

Selon F. Batifoulier et F. Noble, les études économiques prouvent également que « *la motivation, l'initiative, la responsabilité, la concertation, l'adaptation, la recherche de la qualité constituent les principaux atouts des entreprises pour partie démocratisées, et que le supplément de dynamisme et d'efficacité généré par le management participatif fait plus que compenser l'alourdissement des processus de décision* »⁹⁹.

L'engagement des membres du CA est authentique, leur implication est engagée, dans la mesure de leur capacité, mais relativement éloignée des enjeux actuels du secteur. Leur délégation de mission est large et basée sur la responsabilisation et la confiance. Les 4 membres du comité de direction des établissements ont tous de l'expérience au sein de l'association (16, 25, et pour deux 26 années d'ancienneté). Ceci contribue à rassurer le CA en lien avec le bon déroulement constaté de l'organisation. Elle bénéficie d'une situation financière des établissements stable et excédentaire, d'un climat social serein, d'un accompagnement de qualité reconnu par les partenaires, les familles et les personnes accueillies et d'une diversité des projets mis en place).

⁹⁵ Un membre de la direction, un responsable du service administratif et une secrétaire.

⁹⁶ Donnée obtenue par observation directe puisque ce sont des personnes que je côtoie depuis de nombreuses années.

⁹⁷ Batifoulier F. et Noble F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Dunod, Paris, p2.

⁹⁸ Miramon J.-M., Couet D., Paturet J.-B., 2001, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes, Editions EHESP.

⁹⁹ Batifoulier F. et Noble F., op.cit., p242.

L'ancienneté de la direction participe à la culture institutionnelle forte, à vocation de transmettre les valeurs historiques. Le recrutement des membres de la direction se prête à la transmission de cet « attachement » à l'association. Aucun d'entre eux n'est issu d'une candidature extérieure. Les recrutements de ces membres ont lieu en interne ou par cooptation.

Je suis le premier membre de l'association à bénéficier d'une formation type CAFDES, les précédentes directions disposaient d'expériences ou de diplômes universitaires. La formation de chacun amène des visions et une prise en compte de l'évolution du secteur différentes, qui parfois opposent et créent de l'échange en comité de direction. Le fruit de ces réflexions est rapporté ensuite en conseil d'administration.

L'enjeu, pour les membres du CA, est donc le passage de l'état de gestionnaires fondateurs d'équipements médico-sociaux à des acteurs d'un projet associatif de transformation sociale qui doit assurer la mission d'accompagnement des usagers. Mais, dans le même temps, ils doivent répondre à la mission d'intérêt général et d'utilité sociale. Je dois accompagner cette transition. L'étude de ce projet peut y contribuer.

2.2.6 La fonction de direction, elle aussi, en évolution

La fonction de direction évolue en conséquence de l'évolution de la complexité actuelle des organisations interagissant dans un environnement en mutation. Il m'importe de pouvoir sensibiliser la gouvernance et les amener à prendre la mesure de ces évolutions.

Ce projet est une opportunité que je saisis. J'ai donc une large responsabilité quant au management de l'organisation associative tant dans ses dimensions politiques, stratégiques, qu'opérationnelles. Au quotidien, cette situation peut paraître confortable car elle me permet une grande liberté d'action, cependant elle l'est moins lorsque je dois affronter des situations complexes ou lorsqu'il s'agit de relever des défis importants en lien avec l'avenir de la structure. Comme l'expliquent F. Batifoulier et F. Noble, la fonction de direction passe du « *directeur animateur ou bricoleur*¹⁰⁰ », qui a participé à la fondation de l'association, à un « *manager-stratège* » qui affronte la complexité des organisations en appartenant aussi à l'association.

Un de mes enjeux est de permettre l'affirmation de la place du management stratégique et opérationnel au cœur de l'APAPSH, en adoptant un management prenant la mesure des enjeux du secteur. Je pilote l'organisation telle une entreprise sociale qui délivre des prestations de service. Cette entreprise est décrite par F. Batifoulier et F. Noble comme « *une organisation référée à un projet de développement humain, centrée prioritairement sur les destinataires de l'intervention associative, mais développant, dans une même visée, une conception éthico-politique de l'homme au travail*¹⁰¹ ». Elle n'est pas

¹⁰⁰ Batifoulier F. et Noble F., op.cit., p4.

¹⁰¹ Batifoulier F. et Noble F., op.cit., p8.

une entreprise comme les autres car elle est fondée sur des valeurs éthiques et inscrites dans la lignée des valeurs républicaines. Elle agit pour et sur des populations.

Le secteur participe à la lutte contre les exclusions, les discriminations, la restauration du lien social et la quête ou la reconquête d'une place au sein de la société, la réponse aux besoins en délivrant des prestations de services pour la collectivité.

L'association repose sur la notion de l'égalité : à chaque membre correspond une voix. Elle contribue à répondre à un enjeu de société.

Directrice de cette entreprise associative, je suis portée par des valeurs éthiques affirmées. Je suis responsable de la portée des actions mises en place pour le public accueilli et leur famille. Les propos de J. Afchain¹⁰² illustrent ce point. Pour lui, « *être cadre de direction associatif renvoie à une posture singulière* ». Cette posture est nommée « *professionnalité de conviction* », elle articule « *compétences, reconnaissance statutaire et participation à l'analyse et au débat sur les orientations et les finalités de l'action* »¹⁰³.

Le projet de l'offre de service, de sa réflexion à sa mise en œuvre, son évaluation, son suivi, ses ajustements, demandera une implication des équipes, une participation des usagers.

2.2.7 Une synthèse et des adaptations à envisager

Le type de gouvernance, l'histoire de l'association et de l'évolution de ses membres ont contribué à transmettre aux équipes une culture. Un slogan autrefois de la direction était : « *qui donnera à l'APEI, l'APEI rendra !* » ou encore l'utilisation courante de l'expression « *remplir sa mission avec un supplément d'âme* ». Cette culture participe à la qualité de l'accompagnement quotidien. Mais la professionnalisation de la fonction va permettre aux directeurs du secteur de relever les nouveaux enjeux. Je dois viser le développement d'un management qui allie la stratégie, l'organisation et la communication. J'amène les équipes à intégrer cette notion de service, de prestation, de dispositif, en identifiant ensemble les besoins auxquels l'organisation doit répondre.

C'est ainsi que la gouvernance peut « *s'inscrire dans cette quête de meilleurs systèmes de gestion des hommes et de ressources. (...) La décision (...) doit résulter d'une négociation permanente entre les acteurs sociaux, constitués des partenaires d'un vaste jeu, le terrain de jeu pouvant être une entreprise, un Etat, une organisation, un problème à résoudre* »¹⁰⁴.

A la suite du diagnostic établi de l'identité de l'association, de la mesure des enjeux sur notre territoire, de l'instauration de nouvelles méthodes de management, de la réflexion sur mes stratégies choisies, des innovations nécessaires évaluées, je m'appuierai sur les points forts de l'organisation pour relever ce challenge.

¹⁰² Afchain J., 1995, Pour un déménagement des ressources humaines dans le secteur social et médico-social, n°87, Union sociale, Paris.

¹⁰³ Batifoulier F. et Noble F., op.cit., p12.

¹⁰⁴ Moreau Defarges Ph., 2003, La gouvernance, PUF, Paris in Batifoulier F. et Noble F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Dunod, Paris, p88.

Mon engagement a pour but d'assurer sa pérennité et la poursuite de ses actions de soin, d'éducation, de rééducation. Il est important de pouvoir développer une offre de services diversifiée pour répondre au mieux aux besoins de ce territoire étendu et relativement isolé. Il me revient de repositionner l'offre de services stratégiquement. Je me dois de réaffirmer la légitimation de l'engagement associatif tout en responsabilisant chaque acteur dans sa fonction et sa mission.

L'analyse des mutations du secteur doit être prise en compte dans la conduite du projet et formalisée conformément aux recommandations de l'ANESM¹⁰⁵. Le projet d'établissement actuel ne contient pas de chapitre sur la mission de l'internat. La formalisation du PE doit être un objectif prioritaire. En lien avec la DACQ, le concept de bientraitance doit pouvoir être explicité au chapitre des relations en lien avec la qualité. Cependant, comme J.R. Loubat le rappelle, « *la véritable validation de la démarche qualité est de fait réalisée par le client* »¹⁰⁶. C'est pourquoi, l'IME doit relancer les modalités de participation des jeunes et de leur famille en lien avec l'évaluation de leur satisfaction.

Les éventuelles pressions gestionnaires et budgétaires ne doivent pas entraver le sens de l'action, l'IME doit continuer à être créatif et poursuivre ses innovations en mettant en avant le pourquoi de son action : l'autonomie et l'épanouissement des enfants et adolescents accompagnés et l'apprentissage du vivre ensemble au sein de la communauté.

Tous ces éléments vont permettre d'amorcer la réflexion sur la façon de réorganiser le service d'internat à l'IME, pour répondre aux besoins des usagers en lien avec les attentes, les exigences et la réglementation du secteur.

La gouvernance associative et mon management doivent être des facteurs favorisant la réussite de l'adaptation des moyens de l'IME, des pratiques professionnelles aux besoins et attentes de tous. L'IME doit pouvoir être force de proposition pour offrir des prestations adaptées et de qualité. Un des leviers sera l'engagement des équipes et le souci constant de s'adapter aux besoins.

Je dois également veiller à l'évolution de la réforme du financement et de la tarification car « *au-delà de l'objectif d'outiller la réforme de la tarification, les types d'usages des nomenclatures SERAFIN-PH identifiées pour l'instant sont : un usage descriptif des situations individuelles, qu'il s'agisse des besoins des personnes, des réponses qui leur sont apportées ; un usage descriptif à visée plus collective, voire territoriale, dans une logique de description de l'offre médico-sociale intervenant en réponse à des besoins ; un usage de suivi et pilotage de l'activité de l'ESMS ou d'un ensemble de structures médico-sociales* »¹⁰⁷. Cet outil, comme tout changement, nécessite d'être appréhendé en amont et non subi.

¹⁰⁵ Points de vigilance qui devront amener des actions correctives, imposées par le directeur général de l'ARS en décembre 2015, avant la prochaine évaluation interne.

¹⁰⁶ Loubat J.R., 2015, La démarche qualité en action sociale et médico-sociale, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, p10.

¹⁰⁷ Nomenclature Besoins et prestations détaillées du Comité stratégique, 21 janvier 2016, CNSA, Paris.

Le travail social doit relever ces défis tout en redonnant toute leur place aux personnes accompagnées et à leurs familles en inscrivant les pratiques dans une démarche éthique. Tout organisme doit évoluer, changer... le changement fait partie de ma mission de dirigeant.

3 UNE RÉPONSE NÉCESSAIRE : ÉVOLUTION DU PROJET DE SERVICE DE L'INTERNAT

3.1 Une restructuration dynamique

Lorsque j'ai repris la direction de l'IME, j'ai donc procédé à l'analyse du contexte, au diagnostic de l'établissement et de son environnement¹⁰⁸, et ainsi identifié les enjeux et les risques auxquels la conduite de changement pour le projet d'internat allait devoir répondre.

Il apparaît que, sur la même période, mon prédécesseur a dû mener de front l'étude de ce projet de construction d'internat, les réponses aux appels à projet pour un SESSAD (créé en 2014) et pour un Foyer d'Accueil Médicalisé que l'association n'a pas remporté. Pour éviter la rupture, je dois mobiliser et essayer d'avoir l'adhésion des acteurs quant à la réflexion du projet. Je veux démontrer que c'est la nécessité qui implique le changement. Dans son ouvrage, « *L'innovation ordinaire* », Norbert Alter expose une théorie originale. Les situations de travail sont, selon lui, plus caractérisées par le mouvement que la stabilité. L'organisation apparaît alors comme une trajectoire non sans provoquer quelques désordres. La compréhension du social doit donc être envisagée de façon dynamique.

Le mot projet traduit l'idée de l'objet vers lequel on tend et le chemin pour y parvenir. La notion de projet, depuis la loi de 2 janvier 2002, est incontournable dans le secteur médico-social. Le projet accompagne les établissements et services dans l'affirmation d'un but, d'un positionnement et d'une identité. Il assure la mise en cohérence entre les volontés associatives (le politique), les exigences du secteur (en lien avec le management et la qualité) et la mission envers le public (le contrat passé avec l'utilisateur, sa famille et/ou son représentant).

C'est ainsi que la dimension de mon pilotage de directeur d'établissement prend tout son sens. Ce pilotage a lieu en interface avec les équipes, l'organisme gestionnaire, les partenaires et les tutelles avec lesquels je collabore.

¹⁰⁸ ANNEXE 6 : Le diagnostic interne et externe de l'IME (SWOT).

3.1.1 Les enjeux conduisant à une stratégie managériale centrée sur l'amélioration du projet

A) Les prémices au changement

Pour répondre à l'insatisfaction de la qualité d'accueil en internat, l'association, mon prédécesseur, ont cheminé vers une réponse à savoir la construction d'un troisième pavillon d'internat (243 m²).

En 2012, la réflexion engagée quant à cet accueil, n'a donc pas pour origine le critère esthétique, ni celui de l'accessibilité. Celle-ci est issue de l'observation des besoins des enfants, des adolescents et la perspective de l'évolution de l'accompagnement nécessaire en fonction de leurs troubles et attentes (besoin d'espace).

Dans le contexte contraint sur le plan économique, il apparaît indispensable d'affecter aux investissements, pour répondre à un besoin constaté, les excédents des années antérieures accumulés du fait d'un sureffectif, avant que ceux-ci ne soient repris par le financeur. Mon prédécesseur décide alors de proposer ce nouveau projet pour lequel le coût de construction sera financé et amorti par l'établissement. La réserve sera utilisée pour moitié à l'investissement et reconvertie pour moitié à la compensation des charges d'amortissements. Le surcoût d'exploitation en énergie, en eau et en impôts (Groupe I et III) a été accordé par le financeur. Dans la négociation initiale avec l'ARS, il n'a pas été prévu de surcoût de personnel (groupe II) à ce projet. Le fonctionnement doit se poursuivre avec le personnel actuel (6 professionnels éducatifs et un veilleur « debout »).

Ce troisième pavillon va permettre l'accueil des usagers sur 3 entités distinctes de 8 avec la possibilité de chambrées individuelles ou en paires.

Le nombre des accueils est maintenu à l'identique afin de diminuer le nombre d'accueillis dans les chambrées et les 2 pavillons existants. Cela va participer à contenir certaines problématiques plus aisément (en lien à la promiscuité, la violence, les troubles psychiatriques...).

Depuis 2012, ce dossier est instruit par diverses instances, tant sur le plan architectural avec un cabinet d'architecte, que budgétaire avec l'ARS.

B) Manager le changement telle une opportunité institutionnelle et managériale : les enjeux

Fin 2015, je reprends le pilotage de ce projet en tant que directrice et j'intègre une réflexion sur les évolutions du public, de ses besoins, et sur les perspectives de fonctionnement en matière de gestion de ressources humaines non abordées jusqu'alors dans la conduite de changement. Je recherche les attendus quant à la mission d'un service d'internat en IME. Plus qu'un simple changement fonctionnel des pavillons, j'élabore un projet de restructuration du service d'internat en prenant en compte les éléments en ma

possession¹⁰⁹. Ma réflexion s'est également appuyée sur des échanges avec les partenaires¹¹⁰ et la prise en compte de l'évolution du secteur au sein d'un contexte départemental, régional, national et européen.

Le concept de changement organisationnel est une préoccupation de notre secteur. Selon M. Foudriat¹¹¹ le changement doit pouvoir être continu et prendre en compte la complexité des organisations. Il écrit que « *le changement organisationnel caractérise des modifications observables et relativement durables portant sur différentes dimensions, entre autres* » et cite ces dimensions, lesquelles se retrouvent dans la conduite du changement en lien avec mon projet de service d'internat. Celles-ci sont « *les règles et méthodes de travail prescrites, les structures formelles de l'organisation, les comportements relatifs au travail quotidien, les pratiques professionnelles, les communications entre individus et entre services, les modalités institutionnelles d'information et de communication, les interactions et les régulations entre acteurs, les représentations par rapport au travail et à l'organisation même, les attitudes par rapport au changement, etc..* »¹¹².

Je distingue des enjeux généraux au projet et des enjeux stratégiques.

Les enjeux généraux du projet :

-Le premier enjeu est de pérenniser l'offre de service offerte par l'établissement sur un territoire qui a perdu des places d'internat en IME (au profit d'ITEP et de SESSAD). Le projet suppose donc des compétences dans la capacité à voir, entendre et interpréter la complexité des situations. Il est important d'anticiper leurs évolutions dans un souci de garantir l'offre aux besoins.

C'est à cette étape qu'a lieu la mesure des écarts qui nous éloigne de la norme/conformité, les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP), la réglementation travail, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

A partir de là, les hypothèses de travail ont émergé pour restructurer le service. Il est important d'identifier une stratégie de positionnement de l'association sur notre territoire d'intervention, celui du Pays de Bray. De plus, il est nécessaire de prendre en compte l'éloignement du fait d'une relocalisation d'une association qui bénéficiait d'un internat en IME, de la vallée de la Bresle vers la côte normande. Ce point m'amène à penser par anticipation à la réponse aux besoins de ce territoire. De même, l'IME est en lisière de l'Oise et de L'Eure. Nous devons également

¹⁰⁹ A savoir l'évaluation interne, le rapport de l'évaluation externe, les comptes rendus de CA, de réunions et du CVS, les questionnaires réalisés auprès des parents, des équipes (médico-psychologiques, éducatives), du CVS.

¹¹⁰ A savoir conseil d'administration, directeurs d'IME avec internat du département et de la Somme, MDPH de la Seine maritime et de la Somme, ARS, CNSA.

¹¹¹ FOUURIAT M., 2013, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'EHESP, Rennes, 351p.

¹¹² FOUURIAT M., op.cit., p17.

aborder la stratégie de réponse ou non aux besoins de ces départements qui nous sollicitent alors que nous ne répondons pas à l'ensemble des demandes de la Seine Maritime.

L'IME doit pouvoir avoir des axes de réflexion communs en termes de partenariat, de conseils avec le SESSAD qui rayonne également sur une large partie du département.

Le fait d'être seuls sur ce territoire nous engage à des modalités de réponses parfois nouvelles ou « hybrides » laissant une marge possible pour l'initiative voire l'expérimentation. Ces marges sont négociables avec le financeur du fait de notre isolement et de la quasi-impossibilité pour une famille non mobile de bénéficier d'un accompagnement médico-social (absence de transport en commun).

La finalité principale de notre stratégie de positionnement sur le territoire doit être l'amélioration de la qualité des services rendus. Nous devons contribuer à ce que, sur notre territoire, chaque situation aussi complexe soit elle puisse obtenir une réponse.

Pour ce faire, dès la rentrée, une réflexion institutionnelle et associative doit pouvoir être engagée et vivement soutenue pour l'élaboration d'un CPOM. Cette réflexion devra aussi porter sur l'engagement éventuel de démarches de coopération avec d'autres acteurs. Ces coopérations pourraient représenter des plus-values en termes de fonctions support, d'aménagements de dispositifs plus souples, de partage de compétences favorisant la réponse personnalisée, la réponse accompagnée et de réduction de coûts.

L'évolution de notre organisation et l'adaptation aux besoins du public et plus largement de la société, nous imposent de savoir, pouvoir et vouloir. Il s'agit de pouvoir, dans cette logique coopérative, repositionner l'action sociale, poursuivre la mise en œuvre d'initiatives pertinentes en lien et légitimer l'utilité sociale de notre organisation.

-Le second enjeu est d'optimiser et de personnaliser l'accompagnement des usagers en adéquation avec l'évolution des profils.

La réponse aux besoins et aux attentes du jeune, de sa famille, l'accession vers plus d'autonomie, le respect de ses droits et libertés doivent être au cœur des pratiques. Pour cela, ces dernières doivent s'inscrire au sein d'une logique collective, organisationnelle, institutionnelle adaptées aux besoins spécialisés, complexes et variés du public.

Ceci revient, pour les professionnels, à accompagner des usagers en difficultés nécessitant un soutien pluridisciplinaire renforcé, stimulant et thérapeutique en institution, tout en leur permettant d'évoluer, de s'inscrire dans un parcours personnalisé.

L'objectif poursuivi est que les usagers soient plus acteurs de leur parcours.

Comme nous avons pu le quantifier par la grille élaborée sur les profils des usagers accueillis, ils se diversifient toujours plus, la nécessité de personnaliser l'accompagnement s'en voit renforcée. Les moyens d'adaptation doivent être donnés aux professionnels.

-Enfin, il est indispensable de repositionner les pratiques professionnelles en lien avec les mutations du secteur. Les pratiques doivent répondre aux attentes en termes d'insertion, d'inclusion, d'autonomie, de participation, de respect des droits et devoirs, d'autodétermination, de qualité et d'efficacité pour la conduite de l'accompagnement. J'en profiterai pour réaffirmer la notion de référence éducative dans le cheminement de cette réflexion.

-L'enjeu global est de valoriser un système d'offre de services en lien avec le projet d'établissement sur un territoire, une meilleure réponse aux besoins et le développement d'une culture de bientraitance, la promotion des ressources humaines et la mise en conformité avec la législation (notamment en matière d'horaires de travail).

Les enjeux stratégiques :

-Au niveau associatif, il s'agit de réaffirmer les valeurs et les objectifs associatifs. Il m'importe de démontrer la pertinence de la nécessité de cette offre sur notre territoire. Je souhaite faire valoir cette modalité de réponse évolutive à des besoins spécifiques auprès des autorités de tutelle en légitimant la prise en compte des nouvelles directives. Cette démonstration va concourir à la pérennité de cette offre de service et tenter de la faire évoluer vers un dispositif plus souple.

-Au niveau de l'établissement, cette dynamique permet de réinscrire au cœur du projet d'établissement et de l'équipe globale cet accompagnement éducatif en internat. Elle me permet de redynamiser l'équipe d'internat, de renforcer la cohésion entre deux services (externat et internat mais aussi entre équipes d'internat sur les pavillons pour plus de complémentarité et de cohérence de parcours). Elle est l'opportunité de former et d'informer pour une prise de conscience de l'évolution du cadre réglementaire, de ses exigences et ses attentes, des enjeux d'où la nécessité de changer. Elle permet de régulariser la non-conformité des horaires de travail de l'équipe d'internat.

-Au niveau du service d'internat, elle est l'occasion de réinterroger les pratiques et le projet jusqu'alors non formalisé, de redonner du sens à l'action. Enfin, je saisis cette opportunité pour impulser une nouvelle dynamique d'accompagnement des adolescents et jeunes adultes, avec en perspective l'objectif de leur donner la possibilité d'être plus acteurs et responsables de leur projet, de leur parcours de vie. Ils bénéficieront d'un accueil amélioré de qualité, en lien avec la transition vers le monde adulte.

Ce projet représente une opportunité managériale dynamique et fédératrice autour d'un projet véhiculant de l'innovation et une optimisation des accompagnements.

3.1.2 L'élaboration du projet de service

L'élaboration du projet de service a lieu selon cette même volonté de responsabilisation. Celui-ci doit contribuer à affirmer les buts et intentions, l'identité, les moyens d'action de l'institution pour réaliser ces objectifs.

Il ne doit plus être le simple exposé de finalités idéologiques. Comme l'explique J.R. Loubat, il doit devenir « *un argumentaire capable d'établir le bien-fondé d'une utilité sociale pour la société et d'établir la plausibilité d'une organisation conséquente* »¹¹³.

Le CASF rappelle que pour chaque établissement, il doit être élaboré « *un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement (...)* Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du CVS ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ¹¹⁴».

Le projet d'établissement et sa révision est un processus dynamique. Une évaluation de l'existant a permis d'en dégager les enjeux. Cette évaluation a porté sur les enfants et adolescents ou ses représentants légaux, l'équipe et l'environnement (partenaires, cadre législatif et institutionnel).

L'interaction entre ces trois domaines permet de garantir l'efficacité, l'efficacé et la cohérence du projet. La logique de service rendu doit apparaître dans le projet.

A cela s'articulent, la mission spécifique de l'association qui précise ce qui est attendu de l'établissement et la place de chaque acteur en fonction de sa profession, de son engagement et de son implication dans la mission collective.

La formalisation du projet s'appuie ensuite sur des réunions de travail avec le comité de direction, la constitution d'un comité de pilotage (membres de diverses équipes), les délégués du personnel et des groupes de travail sur divers thèmes ou parties du projet.

Pour l'écriture du projet, il y a lieu de s'inspirer de plusieurs recommandations ANESM¹¹⁵. Le projet d'établissement n'est pas seulement un descriptif du fonctionnement actuel mais l'expression d'une volonté de changement et de buts à atteindre. Il définit les orientations générales à moyen et long terme souhaitables pour l'avenir de la structure et de ses modes d'intervention, ainsi que les moyens nécessaires pour y parvenir. Il est présenté au conseil d'administration pour validation puis porté à la connaissance de l'ARS.

¹¹³ LOUBAT J.R., 2012, *Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale*, 3^{ème} édition, Dunod, Paris, p 128.

¹¹⁴ Articles L.311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ou Article 12 de la loi du 2 janvier 2002.

¹¹⁵ Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008) ; La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008) ; Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008) ; Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (décembre 2009) ; Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (octobre 2010).

Ce processus de changement doit s'inscrire dans la durée car il ne s'agit pas simplement d'une mise à jour du projet de service. Ce projet de restructuration de l'internat a de nombreux impacts et nécessite la révision globale du fonctionnement. C'est en cela que je présente ce projet comme une entrée à la révision du projet d'établissement (également nécessaire).

3.1.3 Les objectifs de la restructuration du service

Plus qu'un simple redéploiement de 4 usagers et un éducateur par pavillon sur la nouvelle réalisation à effectuer, je choisis de saisir cette opportunité pour engager une réflexion sur le projet de service de l'internat, et plus globalement le projet d'établissement.

Dans la mise en perspective du diagnostic du fonctionnement du service et des attentes actuelles, la restructuration apparaît comme l'opportunité de relever les enjeux et de répondre à plusieurs objectifs. J'aborde cette optique de changement, en lien avec la nécessité de s'adapter aux évolutions, avec le président d'association qui a validé cette étude de restructuration.

-Je dois améliorer la qualité d'accueil des usagers à l'internat.

-Je souhaite distinguer une spécificité des objectifs à atteindre par pavillon en lien avec les exigences actuelles des politiques publiques et recommandations de notre secteur en matière de bonnes pratiques.

-Mon objectif est aussi de renforcer la personnalisation de l'accompagnement.

-Je veux repositionner la fonction de l'internat au sein du projet d'établissement de l'IME tout en respectant les contraintes budgétaires. La réorganisation sur trois sites au lieu de deux, sans avoir négocié une augmentation de la masse salariale auprès de l'ARS, sera complexe pour respecter le code du travail et la convention de 1966¹¹⁶ pour l'élaboration des horaires des professionnels en lien avec les exigences de service.

Une réflexion globale sur l'établissement est nécessaire.

-En procédant ainsi, je participe également à la réponse à un objectif associatif 2015-2020 : *« Réflexion sur la pérennité des engagements associatifs, leur inscription et renforcement dans le paysage structurel du médico-social en mutation »*.

Pour mener à bien cette restructuration, j'identifie des leviers au projet :

-Le soutien du conseil d'administration quant à la réflexion d'un nouveau projet de service d'internat,

¹¹⁶ Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966.

-L'arrivée récente de deux nouvelles professionnelles sur les pavillons pour redonner un nouveau souffle à la dynamique actuelle de l'internat ainsi qu'un avis plus neutre par rapport au passif du fonctionnement.

-La volonté et l'engagement d'une très grande partie de l'équipe à offrir un accompagnement de qualité aux usagers.

-La démarche créée depuis deux ans, même si elle peine à se formaliser, avec le groupe réflexion qualité, qui constitue une dynamique positive et motrice au changement et à l'innovation.

-De même, le renouvellement de l'autorisation par l'ARS au 1^{er} janvier 2017 est un appui au changement car elle formalise l'injonction du directeur général de l'ARS d'apporter des mesures correctives avant la prochaine évaluation interne (« la formalisation du projet d'établissement conformément aux recommandations de l'ANESM : objectifs d'actions à 5 ans »).

3.1.4 Les modalités de mise en œuvre du projet de restructuration

Les orientations générales de ce projet de refonte prennent en compte les facteurs environnementaux susceptibles d'influencer la mise en œuvre du projet : l'évolution des orientations des schémas, des politiques publiques, du contexte économique, des réglementations, des recommandations de bonnes pratiques, des normes, des troubles, des pathologies, des besoins, des attentes... Je dois combiner l'ensemble de ces données incontournables.

P. Lefèvre l'exprime d'ailleurs en expliquant que la direction est « *un projet qui se nourrit de l'évolution du monde, et de l'expérience de ses organisations. C'est un chemin qui ouvre de nouvelles voies et qui emprunte les sentiers du présent. Stratégie, intuition et transition forment ensemble les traits de l'innovation et le changement... Intégrer le passé, imaginer le futur et dynamiser le présent, tels sont les termes de la position et de la compétence de l'acteur en situation* »¹¹⁷.

La juste prise de conscience des enjeux du secteur va être complexe à mettre en place mais je suis convaincue que l'équipe a les moyens de relever ce défi de changement. C'est pourquoi le plan d'actions¹¹⁸ et le plan de communication sont des outils indispensables pour la conduite du projet. Les professionnels vont réussir à s'inscrire dans une logique de travail en partenariat en expérimentant la modulation de l'offre de services.

Dans un premier temps, la réflexion sur la restructuration du projet de service s'est portée principalement sur l'identification des enjeux et risques du projet, de la mise en exergue des plus-values du projet et des objectifs stratégiques à atteindre.

¹¹⁷ P. Lefèvre, Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale, Dunod, 3^{ème} édition, Paris, 2011, p V.

¹¹⁸ ANNEXE 7 : Le déroulement du plan d'actions de la conduite managériale du projet.

Dans un second temps, j'ai réfléchi à une organisation en lien avec le comité de direction (les grilles horaires à rendre conformes, l'idée d'un redéploiement de professionnels au poste de maîtresse de maison¹¹⁹ en lien avec la contrainte budgétaire, l'étude des besoins des usagers accueillis en internat, la suppression des nuits non veillées pour les éducateurs, le coût du projet de restructuration, les attentes des politiques publiques).

Dans un troisième temps, l'enjeu était de s'assurer que les professionnels intègrent les causes de cette nécessité de changement.

Cette prise de conscience est la garantie d'une évolution des modes de penser l'accompagnement vers plus de personnalisation, d'autonomie et d'inclusion à la société.

De même, je souhaite que le concept d'autodétermination en faveur des accueillis, notamment évoqué dans la recommandation européenne relative à la désinstitutionnalisation, puisse impacter les pratiques professionnelles en lien avec le concept de bien-être. Dans le domaine de la déficience intellectuelle, ce concept est principalement utilisé pour la promotion de l'autonomie et la liberté de choix des personnes. Le respect du droit des personnes sous-tend la connaissance des droits et l'évaluation, dans les situations de vie quotidienne, de leur capacité et de leur possibilité de les exercer.

Je dois pouvoir mettre en place une dynamique de changement des modes de pensée et du fonctionnement au sein de l'institution.

Le secteur social et médico-social appartient à un monde complexe dans lequel l'environnement extérieur joue un rôle de plus en plus important et la modalité de ce dernier entraîne l'instabilité permanente au sein des ESSMS. Intégrer le fait que l'IME doit répondre à des sollicitations, des exigences multiples permet d'engager une acceptation de la nécessité de changer tant pour l'équipe de direction, les professionnels de terrain mais aussi le conseil d'administration.

En tant que directrice, j'explique à chaque équipe cette composante essentielle (COmité de PILotage : COPIL, externat, internat, services généraux). Le changement n'est pas une posture naturelle, il provoque des réactions de défense, des craintes reflétant l'expression du besoin de sécurité et la nécessité de maintenir les équilibres.

La démarche adoptée a consisté à visualiser le changement comme nécessaire et essentiel. C'est ainsi que je l'intègre à ma stratégie de management. Cette posture participe, selon moi, à mettre sous tension positive l'établissement et l'association.

Cette posture managériale, vis-à-vis du changement, induit une dynamique de promotion de l'innovation et l'adaptation des pratiques aux besoins du public.

¹¹⁹ Elle assume dans une structure d'hébergement une fonction polyvalente dans l'organisation quotidienne du cadre de vie. Elle contribue à l'accompagnement de l'utilisateur dans les actes de la vie quotidienne.

En début de projet, j'identifie des craintes de deux membres de l'équipe quant aux horaires, à l'éventuelle croissance du nombre de nuits à effectuer par les ES, aux remplacements possibles quand un collègue d'internat est absent ou en formation, à la recomposition de l'équipe en binômes et à la réorganisation des emplois du temps des agents d'intérieur. Ces questions sont survenues car je n'ai pas communiqué dès le départ sur les détails de l'organisation. Cette méthodologie a permis à l'équipe de cheminer, d'avoir la possibilité d'être force de proposition. J'ai, ensuite, réajusté ma pratique et suis intervenue lors d'une réunion pour rassurer en évoquant les attentes globales et sur le fait que le projet verrait le jour après consultation de tous.

Ce projet avait vocation à améliorer l'accueil des usagers et aussi d'optimiser les conditions de travail. La communication sur le projet est primordiale.

3.1.5 Le management du projet de service

Dès lors que je reprends la conduite de ce projet, j'engage un management stratégique au profit de l'accompagnement. Fonctionner par projet me permet d'inscrire ces évolutions dans une démarche continue de pilotage et d'amélioration de la qualité, qui est comme le présente J.R. Loubat un « *facteur de progrès* »¹²⁰.

J'ai voulu optimiser l'organisation pour renforcer la personnalisation de l'accompagnement et créer les conditions les plus favorables à l'exercice quotidien des professionnels.

Cette construction était l'opportunité d'engager la refonte nécessaire du projet de service d'internat.

Mon objectif est de donner les clés aux professionnels pour développer leur autonomie de travail (qui conjugue compétences et motivation). Mon rôle est tantôt d'entraîner, de diriger, de déléguer et d'épauler. Ma posture managériale est suffisamment souple pour ne pas être décontenancée par l'imprévu, pour disposer de la réactivité requise quand il faut procéder à des ajustements, réorienter un projet ou saisir une opportunité.

L'institution est fortement empreinte d'une histoire (« *une histoire écrite et une histoire qui se parle* » selon Saul Karsz¹²¹). Je rappelle que le précédent mode de direction était fortement charismatique (idéologie et valeurs) avec une dimension de fonctionnement de type « familial » en lien avec le don de soi.

Ce projet représente l'opportunité d'intégrer un management différent permettant une redéfinition des fonctions de chacun et une responsabilisation des acteurs.

Le projet est un outil de management du directeur. Il doit contribuer à constituer une rupture et une opportunité à l'innovation. La rupture organisationnelle ne veut pas dire qu'il y a un rejet de l'existant, il s'agit d'une nécessité en lien avec l'évolution de l'environnement.

¹²⁰ LOUBAT J.R., 2015, *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, 2^{ème} édition, Dunod, Paris, 274p.

¹²¹ KARSZ S., 2016, Colloque « Cadres de direction : idéologie, inconscient, management ».

Le projet selon S. Karsz est « *symbolique, imaginaire et réel* ». Il est le cadre dans lequel les personnes évoluent : professionnels et usagers. Il indique ce qu'on doit y faire (la loi), ce que l'équipe souhaite réaliser, à savoir le bien des usagers, et il se constitue aussi de ce que l'équipe aimerait faire, à savoir « *l'utopie du projet* ». C'est en prenant conscience de ces dimensions notamment que l'on peut aborder cette élaboration de projet de service. Ce point permet de nous assurer une situation de l'établissement dans le contexte actuel et une réponse aux exigences émanant de la société, de la législation et des recommandations.

Le mode de management que j'adopte, a aussi pour objectif de permettre au système de fonctionner avec une non-permanence des acteurs. Le système organisationnel ne doit pas être perturbé si l'un de ses membres est momentanément absent, y compris des membres de la direction. La délégation et la responsabilisation rendent possible une continuité de fonctionnement. Elle réduit l'état de dépendance des professionnels.

Il me paraît indispensable de pouvoir assurer ce point à l'heure du développement indispensable de collaborations, de coopérations, de mutualisations qui impose au directeur de sortir de son établissement pour aller à la rencontre de partenaires divers. La délégation découle de deux instruments importants dans la fonction de directeur : le Document Unique de Délégation (DUD) et les délégations de pouvoirs. Le DUD à l'IME va être retravaillé dès 2017 avec le soutien technique du cabinet juridique.

Mon management est de type « *situationnel* ». Ce management s'appuie sur la « *théorie du management situationnel* » développée par Paul Hersey et Kenneth Blanchard. En effet, ils expliquent qu'il n'y a pas de « *bon* » ou « *mauvais* » style de management, qu'il faut adapter sa position en fonction de la situation, ce que je m'efforce de pratiquer dans mon mode de management. Les situations, le contexte sont tellement mouvants qu'il m'apparaît plus propice de fonctionner ainsi.

J'adopte un management participatif pour rendre plus acteur les professionnels, les responsabiliser à la hauteur de leur fonction, et favoriser leur adhésion au projet d'internat mais plus globalement au projet d'établissement. Ce choix de management contribue à ce que, de cette responsabilité valorisante, naisse ou soit renforcée, la volonté de participer à l'évolution de l'établissement en lien avec les adaptations nécessaires du secteur.

J'opte pour un management par objectif pour garantir aussi une qualité d'accueil et une qualité de prestation offerte avec l'exigence de performance, d'efficacité et d'efficience. En fonctionnant par objectif, cela oblige l'équipe à la ré-interrogation perpétuelle de ses pratiques. Ceci est une dynamique constructive qui n'enlève en rien au caractère stable que l'institution doit avoir.

Je recours au management directif, lorsqu'il s'agit de prendre la décision finale ou de faire respecter des principes de sécurité, de protection, de respect des droits des enfants et des professionnels.

Au travers de ce projet, j'impulse une nouvelle dynamique managériale et une nouvelle inscription des professionnels dans l'environnement élargi du secteur avec une dimension de partenariat et de collaboration plus soutenue. En cela aussi, je trouve qu'il représente une réelle opportunité.

3.1.6 Le déroulement et la programmation du plan d'action

L'objectif premier reste la réponse aux besoins et attentes des personnes accompagnées. Comme le signifie Michel Serres¹²², « *le directeur est celui qui s'adapte aux circonstances locales et celui qui voit loin, celui qui fait preuve de stratégie* ».

Il convient de s'intéresser à l'analyse du chemin emprunté, choisi, réfléchi par la pilote que je suis au sein de l'Institut Médico-Educatif Bernard Laurent.

A) De la redéfinition des attendus d'un internat en IME...

Dans les annexes XXIV, dans le CASF, les missions de l'IME sont explicitées, seulement rien ne vient préciser ce que le service d'internat doit apporter. Il est indispensable de partir de l'évaluation des besoins pour identifier les moyens nécessaires à l'accompagnement. La grille élaborée pour étudier les besoins du public accueilli sert de base de réflexion au projet.

J'ai souhaité connaître les attentes en termes d'accompagnement en internat en IME de nos principaux partenaires. Par ces rencontres, je viens fonder mon questionnement. Sous forme d'entretien téléphonique, j'ai interrogé le directeur des établissements sociaux et médico-sociaux de la CNSA et une de ses collaboratrices, avec comme support le guide d'entretien¹²³ dans lequel figurait les thèmes qui devaient être abordés. Ces derniers m'ont confirmé qu'il n'y avait pas de cahier des charges de la mission internat en IME, excepté les normes de construction et de sécurité.

Je réalise ensuite des entretiens¹²⁴ auprès de deux MDPH. Au cours de ces échanges, il apparaît clairement que les fonctionnements institutionnels en quasi-autarcie n'existent plus en lien avec les sollicitations régulières de l'environnement et que les évolutions ont lieu. L'IME travaille en collaboration avec de multiples partenaires : la MDPH,

¹²² Emission « le sens de l'info » sur France Info, le 26/05/2015.

¹²³ Je construis un guide d'entretien sur la mission d'un internat médico-social. Ce guide avait pour fonction de m'orienter sur le matériel que je souhaitais recueillir en obtenant une diversité de réponses. Il me permettait aussi d'informer en amont la personne des thématiques de nos futurs échanges. Lors de l'entretien, les questions n'étaient pas abordées systématiquement les unes après les autres. Le guide m'a permis de réorienter l'échange et de vérifier que j'avais recueilli le matériel nécessaire avant de clore l'entretien.

¹²⁴ Entretiens semi-directifs de type exploratoire.

l'ARS, l'Education Nationale, les autres ESSMS, des entreprises, la formation professionnelle, les partenaires de l'insertion sociale et professionnelle, les collectivités locales, des établissements spécialisés européens...

Il apparaît que l'internat est une mesure de compensation et doit être motivée comme telle. Elle ne doit pas pallier les mesures de protection de l'enfance.

La question de l'internat vient répondre aux besoins de l'enfant et de la famille de façon intriquée. Ainsi, les attentes d'un internat du médico-social doivent être le renforcement de l'accompagnement proposé en journée. Il complète ce qui ne peut être fait en externat.

Cet accompagnement en internat est nécessaire car il y a un besoin supplémentaire en éducatif sur tous les temps de la vie. Il doit permettre d'accroître l'autonomie personnelle car les parents ne laissent pas accéder leur enfant à cette autonomie (dans ce cas, la séparation ponctuelle va devoir conduire à des transformations et favoriser le travail éducatif donc, permettre de nouveaux apprentissages). Ce renforcement du travail d'autonomie peut aussi être en lien avec le fait que le handicap requiert un accompagnement spécialisé ne pouvant se suffire à de l'externat. L'internat peut être motivé lorsque l'enfant ou l'adolescent présente des troubles du comportement et que la famille s'épuise. Dans ce cas, l'internat vient proposer une rupture et ainsi maintenir une meilleure qualité des relations sur le temps des week-ends.

Cette modalité d'accueil peut représenter, dans certains cas, une mesure de prévention en lien avec le handicap et la nature des relations intrafamiliales et éviter d'éventuels dérapages qui amèneraient à une situation nécessitant le recours à la protection de l'enfance.

L'internat ne doit pas être motivé du fait du lieu de domiciliation de la famille, même si l'on sait que sur certains territoires l'offre médico-sociale est éloignée. Il doit rester une mesure de compensation du handicap par un accompagnement médico-social global.

Il est primordial d'évaluer régulièrement le projet. Dès lors que les besoins évoluent, le projet doit être ajusté. La temporalité administrative n'est pas la même que celle de l'enfant. On sait que sur notre territoire, il s'écoule environ deux ans entre la demande à la MDPH et l'entrée en établissement en internat.

Sur les deux MDPH interrogées des départements de la Seine Maritime et de la Somme, des places d'internat en IME ont été redéployées au profit d'autres modalités de réponses : ITEP, SESSAD. Il est dommageable de perdre cette offre car les besoins existent. La liste d'attente l'atteste (2 ans en moyenne avant une entrée). Il s'agit souvent d'une mauvaise répartition géographique en lien avec l'histoire des associations.

Pour une des MDPH interrogées, on parle d' « *internat médico-social* », pour l'autre d' « *internat médico-social et thérapeutique* ». Cette dernière indique, d'ailleurs que, l'internat vient alors compenser ou limiter la restriction de l'enfant du fait de son handicap. Il s'agit de rééducation, de réponses à des besoins spécifiques. L'internat médico-social,

dans ce cas, ne doit pas se substituer à la sphère sociale. Dans les faits, il est souvent constaté une difficulté à saisir la frontière entre les deux. Elles sont souvent liées.

Ces entretiens ont été suivis d'échanges sur cette même base avec des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux.

J'ai adapté le guide au public interrogé et l'ai utilisé au sein de l'établissement (réunion médico-psychologique, CVS avec les familles et les usagers, réunion de coordination avec les équipes éducatives).

B) ...A la programmation des actions pour l'élaboration de la restructuration en équipe¹²⁵

Le scénario choisi suite au diagnostic global est celui de la « *créativité institutionnelle* » abordé par Joseph Haeringer¹²⁶. Les éducateurs bénéficieront de plus de temps pour l'accompagnement en lien avec l'autonomie, l'épanouissement, l'inclusion et le partenariat (famille, école, loisirs, vie sociale, insertion professionnelle adaptée ou non).

a) *De la mouture du projet choisie et réfléchie en tenant compte de l'environnement global...*

La perspective envisagée est enrichie et validée avec le comité de direction. Je présente le projet au Conseil d'Administration, il est mis en délibération pour approbation. Ma présentation est étayée, convaincante et rassurante pour l'avenir.

Ce projet implique un impact institutionnel avec un axe essentiel, le management stratégique en lien avec la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) et la Gestion des Ressources Humaines (GRH) au profit de la qualité de l'accompagnement dans le cadre d'une amélioration continue de nos pratiques.

Ainsi, la stratégie managériale du projet présenté repose sur plusieurs points :

- la sensibilisation de tous à la compréhension des causes légitimant le projet de restructuration,
- l'intégration par tous les professionnels de la nécessité de refonte du projet de service en présentant les attentes actuelles (législatives, réglementaires...) en matière d'accompagnement en IME,
- la présentation des plus-values de la construction et de la refonte du projet de service,
- une proposition des axes du projet de service à aborder pour l'internat et par pavillon,
- une grille horaire respectant le droit du travail et la convention collective 66 (ES, veilleurs),

¹²⁵ ANNEXE 8 : Le tableau des emplois avant et après projet.

¹²⁶ Haeringer J., Conférence débat du 30 juin 2015, Le changement dans les associations d'action sociale : une injonction généralisée, une notion à déconstruire et une méthode pour l'action dirigeante, Amiens.

- une présentation de la mission de maîtresse de maison, fonction qui n'existait pas au sein de l'association donc inconnue pour beaucoup,
- une proposition d'une répartition des usagers travaillée avec la directrice adjointe en lien avec les projets individuels (exposés en synthèse et lors des réunions de coordination) et les axes du projet présentés par pavillon,
- une proposition des binômes de professionnels en lien avec les spécificités des compétences de chacun (en prenant en compte les souhaits évoqués en entretien individuel),
- enfin une liste de thèmes à aborder en groupe de travail pour étayer la réflexion de ce projet avec une proposition calendaire et des jalons afin de respecter l'échéance en lien avec la livraison du troisième pavillon.

L'ensemble de ces points figurent dans un bréviaire que j'ai constitué à destination des équipes (intégré à mon plan de communication et diffusé seulement après les premières réunions d'informations).

Mon objectif à ce stade est de pouvoir poser le cadre, de préciser les attentes tout en permettant une zone d'autonomie aux professionnels dans le projet pour faciliter la démarche de changement. Cette « juste » distance n'est pas aisée. Il est malgré tout possible de réajuster notamment par plus ou moins de communication au fil des avancées du projet.

Je mets en place un comité de direction afin d'établir une note de cadrage du projet d'internat, de partager et d'échanger sur les objectifs, les enjeux et les risques et de définir le rôle de chacun quant à la conduite du projet et les délégations. Il regroupe la directrice adjointe, la responsable administrative et comptable et moi-même.

A ce stade, je pilote en proposant les moyens à employer pour le bon déroulement de ce projet. Un comité de pilotage est ouvert à l'équipe globale avec inscription volontaire pour enrichir le débat, favoriser la prise de recul quant à des craintes ou résistances éventuelles dont pourraient être plus sujets les professionnels directement concernés par ce projet. J'élabore le plan d'actions à suivre (participation des acteurs, des enfants et de leurs représentants), j'identifie les groupes à établir, les référents à nommer, et la fréquence des temps de travail à mobiliser.

b) ...A une réflexion sur une collaboration plus efficiente des services autour d'un projet commun

- Avec les représentants du personnel

Les délégués du personnel ont été associés. La consultation de ces représentants m'assure un meilleur accompagnement du personnel quant à diverses possibilités d'évolution proposées à privilégier en interne.

La dimension du management des ressources humaines dans le projet m'a permis d'impulser une dynamique permettant à tous de partager la réalité économique et les attentes des politiques sociales pour le projet en IME, de développer l'implication des salariés et leur adhésion au projet, de responsabiliser sur l'intérêt de pouvoir faire preuve des compétences attendues, de minimiser les freins au changement.

Elle me permet aussi de renforcer l'évaluation de nos pratiques professionnelles et enfin de favoriser l'ajustement de celles-ci tout en faisant la promotion d'une politique de formation en lien avec le projet et ses nouvelles attentes quant aux réponses du service d'internat.

Je présente la mouture du projet, les objectifs à atteindre et les moyens aux délégués afin de recueillir leur questionnement et avis sur celle-ci.

- Avec les agents d'intérieur et les éducateurs d'internat :

Je propose de valoriser les trois agents d'intérieur en les affectant à la fonction de maîtresse de maison (même annexe de la CC66, mais selon le classement indiciaire d'ouvriers qualifiés, soit une valorisation de 20 points). Un atelier ménage était, autrefois, en place une matinée par semaine avec les agents d'intérieur, temps particulièrement apprécié des adolescents, exprimant fièrement leurs compétences en matière d'entretien de leur espace. Ceci m'a permis d'envisager positivement cette valorisation de poste et d'anticiper les réactions favorables à cette évolution tant pour les agents d'intérieur que pour les usagers.

Cette promotion a plusieurs objectifs : permettre l'optimisation du temps d'accompagnement des éducateurs, régulariser les horaires de ces derniers, valoriser l'intervention effective des agents d'intérieur auprès des usagers en lien avec l'accompagnement vers l'autonomie au sein de son lieu de vie, renforcer la collaboration entre services.

Je formalise dans les horaires actuels des agents d'intérieur une heure chaque matin (de 8H à 9H), auprès d'un éducateur sur les pavillons, au profit de l'accompagnement de l'organisation quotidienne du cadre de vie, dans le cadre des levers. Ce point permet, entre autres, de libérer un des deux éducateurs chaque matin (ce qui entraîne moins d'horaires découpés, permet le temps de repos nécessaire de l'éducateur qui a fait le coucher et surtout de pouvoir reporter du temps éducatif qui pourra être dédié à l'accompagnement spécifique). Cette valorisation sera accompagnée d'une formation de maîtresse de maison, à prévoir au plan de formation¹²⁷. Elle devra également avoir un impact sur le renforcement de la responsabilisation des usagers quant à l'entretien de leur espace, la gestion collective du lieu, l'échange de savoirs et la complémentarité entre professionnels (agents de service sensibilisés à la méthode HACCP¹²⁸ notamment).

¹²⁷ Formation de 203H soit 29 jours.

¹²⁸ HACCP : système d'analyse des dangers, points critiques pour leur maîtrise en matière d'hygiène et sécurité alimentaire, autocontrôles. Hazard Analysis Critical Control Point.

- Avec le veilleur de nuit, les éducateurs d'internat et d'externat, les maîtresses de maison :

Je supprime la rotation des nuits non veillées effectuées par les éducateurs en remplacement de la veilleuse (à savoir un jeudi tous les 15 jours car elle effectue une semaine de 40H et une semaine à 30H depuis le passage aux 35H) ou lors de ces repos compensateurs (7% par nuit effectuée) ou de congés d'ancienneté.

J'ai repris sur 5 ans le nombre de nuits effectuées par les éducateurs : sur une année, le nombre de nuits non réalisées par la veilleuse est de 52 en moyenne.

La suppression des nuits pour les éducateurs va leur libérer du temps d'accompagnement à réaffecter pour les projets des usagers et alléger la gestion des horaires de chacun.

En respectant le budget alloué, je crée donc un poste de veilleur de nuit (0.67 ETP soit 23H30 pour un coût annuel de 21400 euros) qui complète la découverte sur la semaine en temps de veille de nuit ainsi que les heures libérées de la première veilleuse lors de ses repos compensateurs et d'ancienneté. Ce changement libère du temps à la veilleuse actuelle pour faire du lien avec l'équipe d'internat/externat pour le suivi des situations ou de la dynamique des pavillons et des aménagements divers nécessaires.

De même, dans le cadre des risques psycho-sociaux identifiés pour le poste de veilleur, une partie de son temps est réaffectée à des horaires d'internat en lien avec les maîtresses de maison et pour de la coordination avec l'équipe d'internat. Ceci allège l'aspect pénibilité au travail de ce poste et permet de répondre aux préconisations de la médecine du travail et, par la même, au projet de cette salariée qui est intéressée par un poste d'internat.

c) Et une réaffectation du temps libéré des professionnels de l'internat à la personnalisation des projets

Les temps libérés des éducateurs d'internat, et réaffectés sur leur grille horaire ailleurs que sur les levers ou les nuits, pourront être utiles pour la collaboration avec les familles et les partenaires extérieurs (rééducateurs libéraux, acteurs sociaux, structure de loisirs...), ou pour des rendez-vous médicaux n'impactant plus la prise en charge collective. Ils pourront être communs avec ceux des collègues de l'externat (dont la chargée d'insertion) favorisant la collaboration pour plus de cohérence des projets personnalisés. Le partage éventuel d'activités entre services pourra être envisageable pour la réalisation de projets communs et complémentaires (entre éducateurs, entre référents d'un même jeune, entre éducateur et chargé d'insertion et coordonnateur de projet, avec la direction adjointe pour des suivis ou présentation de projets).

Pour ce faire, la nécessité de collaborer avec la chargée d'insertion du service d'externat me paraît indispensable à valoriser (poste créé suite à une étude de besoins que j'ai menée en tant que directrice adjointe à l'époque et accordé par l'ARS). Dans les nouvelles grilles

horaires réglementaires des éducateurs d'internat, des temps de travail communs seront identifiés en lien avec la préparation de l'orientation et du parcours de l'utilisateur.

Dans la nouvelle mouture des horaires, trois éducateurs d'internat seront présents le mercredi matin en parallèle de l'externat.

Dans l'objectif ciblé d'un gain dans l'autonomie et l'accès à la vie sociale, le projet d'activité piscine pourra être renforcé car cet axe concourt à rendre possible un partage d'activité en dehors de l'IME avec leurs familles ou amis.

Selon les besoins, ce temps pourra être réorienté pour permettre d'aborder d'autres thématiques avec la Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFPro) et permettre un apprentissage plus efficace, ou l'animation de supports d'apprentissages nouveaux en lien avec l'autonomie, la citoyenneté et la vie sociale.

Le « soutien clinique et groupe de travail » de l'équipe d'internat avec le psychologue va être hebdomadaire. Ceci contribuera à soutenir plus efficacement l'équipe d'internat (y compris veilleuses et maitresses de maison) face à la complexité des situations rencontrées.

Ces changements vont sans nul doute amener une réelle plus-value aux professionnels en matière de conditions de travail, d'optimisation de l'accompagnement¹²⁹.

3.2 La conduite de la restructuration du service d'internat du fait du troisième pavillon

3.2.1 L'opérationnalité des orientations managériales pour la conduite du plan d'action : direction(s) à suivre pour le projet...

Concrètement, dans ma proposition, une optimisation du temps de travail des éducateurs permet la personnalisation des accompagnements.

Selon P. Lefèvre, *«les directions ont pour rôle d'accompagner le changement humain et technique, de promouvoir l'innovation et la qualité des prestations. Le management résulte d'une vision et d'une anticipation sur l'avenir, mais il trace le chemin et il est alors pragmatique, mobilisateur et responsable »*¹³⁰.

C'est bien dans l'objectif d'innover pour mieux accompagner et participer à la mise en œuvre des politiques d'action sociale que je souhaite faire évoluer le mode d'organisation actuel de l'IME. La gestion des ressources humaines de l'IME, à savoir des compétences dont l'établissement bénéficie, doit pouvoir permettre une organisation efficace et efficiente au profit de la qualité. Nous devons pouvoir répondre aux besoins selon des exigences

¹²⁹ ANNEXE 9 : La grille des horaires du service d'internat.

¹³⁰ P. Lefèvre, Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale, Dunod, 3^{ème} édition, Paris, 2011.

humaines, qualitatives et attestant de pratiques bienveillantes, tant pour le public que pour le personnel. C'est dans cette optique que le projet de restructuration d'internat a été pensé.

En tenant compte de l'aspect budgétaire et des contraintes initiales au projet, notre sureffectif actuel nous permet de financer le poste supplémentaire de veille¹³¹. Je vais malgré tout argumenter la nécessité de le financer au budget prévisionnel d'octobre en mettant en avant qu'une veilleuse ne peut couvrir 4 nuits par semaine de veille.

Ainsi, le budget de l'établissement sera moins contraint et ne dépendra pas d'une nécessité de sureffectif. Cette marge ne sera peut-être plus lors d'un éventuel passage en CPOM.

La recommandation de l'ANESM (2009) « *Concilier une vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* » offre des repères pour mettre en place le passage d'une logique à une autre tout en participant à la promotion de la bienveillance. Parallèlement à l'élaboration du projet de service, à sa mise en œuvre et son évaluation, l'adaptation de cette recommandation doit être intégrée à notre Projet d'Établissement, notre fonctionnement, et aux usagers accueillis.

De même, pour renforcer une ouverture sur l'extérieur, des échanges avec la société favorisera l'inscription sociale des usagers. J'impulse une dynamique de travail qui est pilotée auprès des équipes par la directrice adjointe et la chargée d'insertion.

Ces dernières doivent partager leurs expériences acquises lors des visites d'autres ESSMS, des partenaires de l'insertion professionnelle, des partenaires sociaux ou des structures de loisirs.

Cet enjeu participe à l'accès à la citoyenneté, à la participation sociale. Il est un critère politique important de reconnaissance et d'opportunité de l'action des institutions sociales et médico-sociales.

L'IME doit assurer un service de qualité mais aussi permettre un accroissement de la participation sociale. Cette dernière notion participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Il est primordial que je puisse fédérer, m'assurer que les acteurs adhèrent au projet, et à ses objectifs. Ce point fait appel à ma compétence de conduite de changement, à ma capacité à être force de propositions et à assurer une compréhension partagée. Ceci conditionne la réussite du projet, la réalisation des objectifs visés. Mon implication sera continue au fil du projet et responsabilisante. Je dois assurer la sécurité, la protection, le bien-être de tous. Ce projet a un impact direct sur l'ensemble des professionnels de l'établissement car il est en lien avec les trois sphères de projets qui nous structurent et guident nos actions : le projet associatif, le projet d'établissement et le(s) projet(s) personnalisé(s).

¹³¹ ANNEXE 10 : L'étude budgétaire de la restructuration du service.

Cette dynamique de changement doit apporter de la cohérence et de la lisibilité aux actions.

La restructuration du projet de service d'internat a pour objet l'adaptation aux besoins, à l'effectivité d'un projet personnalisé réalisable et évaluable.

Le projet associatif partage avec le projet d'établissement la mission.

Le PE lui partage avec le projet personnalisé la réponse aux besoins, le service à rendre. Ce dernier sera donc déterminé par l'influence du projet d'établissement qui prend en compte les recommandations et les références de bonnes pratiques. Celles-ci engagent à évaluer, mesurer, ajuster. Le projet personnalisé en sera imprégné.

Pourtant le projet d'établissement concerne un collectif alors que le projet personnalisé concerne un sujet, une individualité. Il est en fait la mise en action des valeurs portées par le PE.

C'est bien au travers de la pratique que les valeurs énoncées seront observables. Il est personnalisé en lien avec la singularité des besoins et entraîne donc des actions au sein d'un collectif répondant à des besoins individualisés. C'est ainsi que la restructuration du projet de service d'internat va permettre des actions plus personnalisées auprès des usagers accueillis et participera au respect des valeurs énoncées dans le PE. L'accent est mis sur l'évaluation et la définition d'actions à poser.

Le temps libéré des éducateurs donnera les moyens de travailler cette personnalisation auprès de l'enfant, l'adolescent et/ou en lien avec les partenaires (rééducateurs, familles...).

Cette restructuration marque la stratégie employée pour modifier l'organisation, la gestion des ressources humaines et financières, les systèmes d'informations, les documents institutionnels, les fonctions, les méthodes d'évaluation du projet pour permettre une adéquation de l'offre à la demande, aux besoins et aux attentes.

3.2.2 La communication institutionnelle : vectrice d'adhésion et de réussite

J'établi mon plan de communication¹³² préalablement à son annonce. Celui-ci a été travaillé avec l'équipe de direction. Il se base sur une transparence vis-à-vis du projet et la promotion des avantages à le déployer.

La communication est le moyen le plus adapté pour mettre en commun, informer, traduire des messages à destination interne ou de l'environnement, pour rassurer... c'est l'expression de la culture institutionnelle.

Elle est, selon Francis Batifoulier et François Noble, ce qui donne cohérence à un système, donne du sens à la collectivité. Il m'importe que la communication soit utilisée à bon escient et qu'elle soit en cohérence avec les valeurs de l'établissement. « *La communication se situe bien au cœur de la visée coopérative de l'organisation associative qui ambitionne de fédérer les énergies et les ressources autour d'un projet commun* ».

¹³² ANNEXE 11 : Le plan de communication.

Des réunions d'échanges ont été mises en place avec l'équipe au sujet de la nécessité d'innover.

Les entretiens professionnels ont eu lieu sur le même temps, ce qui a permis à certains membres de pouvoir s'exprimer sur d'éventuels craintes ou choix. D'autres ont émis des pistes de travail qu'ils n'osaient pas aborder en équipe ou parce que la maturation du projet demandait un peu de temps. L'expression de chacun a pu se faire au niveau de l'équipe mais également de façon individuelle.

Le document de présentation du projet explicitant l'ensemble des impacts sur l'établissement tant sur l'organisation du personnel que sur la conduite des projets des enfants est diffusé à la suite des premières rencontres d'informations. Le comité de direction en a pris connaissance, puis les délégués du personnel.

Les personnels généraux concernés par le projet sont reçus pour information et avis en leur demandant d'être discrets sur la perspective de celui-ci.

Le même jour, je le présente en réunion de coordination à l'équipe d'internat aux côtés de la directrice adjointe (qui prendra la suite de la mise en place du projet) en y invitant la veilleuse de nuit puis à l'équipe d'externat. En amont j'avais distribué à l'équipe, le chapitre sur les évolutions du secteur qui légitimait le changement pour que les professionnels puissent prendre le temps de le lire.

Enfin, une information a été transmise au CA pour la validation, après avoir relaté les échos et réactions des professionnels.

Les familles, le CVS et les enfants et adolescents de l'internat ont été consultés en amont. Le projet validé leur est également présenté pour avis et échanges.

Après recueil de l'ensemble des avis, interrogations, des ajustements sont effectués avant l'approbation finale de la proposition de travail. Une information est faite au personnel.

J'engage également une dynamique de travail en listant des items à travailler avec la directrice adjointe lors des groupes de travail : « *Thèmes à travailler ensuite avec l'équipe d'internat (éducateurs, veilleuses, maîtresses de maison) : Projet d'internat, objectifs de travail et moyens employés des pavillons, règles de fonctionnement de chacun des pavillons, mise à jour des fiches de postes.....* »¹³³. De cette manière, j'engage un fonctionnement glissant vers des groupes de travail qui amène un mode de participation plus responsabilisant.

La communication institutionnelle est déterminante pour le bon déroulement du projet et l'atteinte de mes objectifs en lien avec ma stratégie managériale.

¹³³Liste jointe en fin de bréviaire de présentation.

« *La communication donne forme, elle traduit une légitimité institutionnelle, elle met en marche une organisation et des systèmes* »¹³⁴

3.2.3 La participation du collectif IME : stratégie impactant les usagers et l'établissement

Les axes de développement sont mis en perspective avec les répercussions identifiées sur l'organisation de l'établissement à savoir sur le service offert, la qualité de l'accompagnement, l'évolution des métiers concernés et l'impact sur le budget de l'IME.

J'ai saisi l'opportunité d'utiliser des outils au service de la GPEC tels que les fiches de poste, l'entretien professionnel, le plan de formation, le projet d'établissement, le plan de communication, le tableau des emplois. Elle est un outil au service de ma stratégie de participation des acteurs.

De plus, elle prépare à relever les défis du secteur pour proposer des prestations de qualité aux usagers. C'est pourquoi, je veille à mettre en place des outils pertinents en lien avec la définition des compétences.

Il a fallu définir l'échéance du projet, le plan de communication tant interne qu'externe.

Comme nous avons pu l'évoquer, les instances de représentation du personnel sont associées pour garantir un dialogue social constructif. Dans cette optique, des rencontres en entretien individuel ou en réunion collective sont mises en place en lien avec la stratégie déployée. Il m'importe que la communication soit utilisée à bon escient et qu'elle soit en cohérence avec les valeurs que nous portons. Je suis, par ma fonction, celle qui assure « *l'harmonisation et la cohérence* ». Je suis chargée de « *veiller à la diffusion des valeurs, des objectifs, de la compétence, et à l'articulation entre les espaces, les structures et les comportements* »¹³⁵.

A ce stade, les modalités de comptes rendus qui vont m'être faits des avancées du projet, les modes d'évaluation et les indicateurs d'évaluation sont définis.

La loi du 2 janvier 2002 affirme également fortement un droit à l'expression et à la participation des usagers : un droit individuel quant à la mise en œuvre de son projet d'accompagnement et un droit plus collectif en lien avec le fonctionnement plus général de l'établissement. Le changement impulsé par la réflexion collective de ce projet de restructuration amène l'IME à reconsidérer ses modalités d'expression et de participation en place. Sur le plan collectif, le CVS jouit d'une dynamique intéressante où usagers, parents, professionnels s'impliquent positivement. Le rôle du président du CVS et de ses membres est renforcé au quotidien, lors des manifestations institutionnelles, d'évènements

¹³⁴ Lefevre P., 2011, *Guide du métier de Directeur en action sociale et médico-sociale*, 3^{ème} édition, Dunod, 485p.

¹³⁵ Lefevre P., op.cit.

extérieurs pour la représentation de l'IME, de réflexion sur des sujets impactant la vie de l'IME et la vie à l'IME.

Les jeunes et les familles sont associés aux évaluations internes, externes en adaptant les supports aux compétences de chacun.

Sur le plan individuel, les enfants s'expriment chaque jour sur leurs conditions d'accueil. Une écoute attentive de la part des professionnels est effective. De même pour les familles, l'équipe sait se rendre disponible. Les jeunes adolescents, dès l'unité passerelle ou les sections SIPFPro, sont invités à leur réunion dite « de synthèse ». Nous tentons de les rendre acteurs de leur projet. Mais il n'est pas toujours aisé de trouver la juste distance entre « laisser le choix, orienter vers, décider pour... ».

Un groupe de parole de parents animé par les psychologues existe, des réunions de présentation avant chaque séjour sont en place mais les professionnels constatent que la participation des familles est très faible voire parfois nulle.

Les réunions de rentrée sur l'élaboration du projet individualisé sont fréquentées par une moitié des familles.

Les raisons sont à éclaircir : éloignement, précarité, désintéressement, confiance... et ces instances de participation des familles seront à réinterroger car non satisfaisantes à ce jour.

Pour le projet d'internat, les membres du CVS ont été informés, puis, ont participé à la réflexion quant à la réponse qu'apporte et que devrait apporter un accompagnement en internat en IME. Ils seront également associés pour l'éventuelle modification du règlement de fonctionnement et l'élaboration du projet de service qui intègre le projet d'établissement.

De même, des instances de parole ont permis d'aborder ce point directement avec eux, comme par exemple le groupe d'adolescents et jeunes majeurs des futurs sortants constituant le « conseil des sortants », lors des points non formels avec les référents éducatifs ou lors des visites de chantiers organisées sur le troisième pavillon pour qu'ils suivent l'avancée des travaux.

Le choix de l'enfant a toujours été écouté à l'IME quant à la demande, au refus ou au désir de mettre fin à un accompagnement en internat.

Concernant le contrat de séjour, un ajout devra être apporté afin de bien distinguer l'accompagnement médico-social de jour et l'accompagnement supplémentaire en internat. Les acteurs devront s'engager en matière de participation pour définir l'objectif de cette prestation supplémentaire nécessaire à un moment, en complément de l'externat, sans pour autant l'être de façon durable.

Pour ce qui est de la participation au sein de l'IME et de l'internat, les usagers et les familles doivent être associés tantôt sous forme de consultation, de concertation ou bien de coproduction.

3.3 L'évaluation du projet

3.3.1 Les indicateurs d'évaluation

Après avoir priorisé les actions permettant de réaliser le projet en respectant ses contraintes inhérentes et son contexte, il m'a fallu identifier des indicateurs d'évaluation afin de mesurer les avancées, la pertinence et l'efficacité des actions.

En qualité de directrice, j'assure ce point¹³⁶ et l'utilise comme un atout à la conduite de la mission. Des points d'étape en conseil de direction ont permis de réajuster et proposer des mesures correctives notamment en termes de communication aux professionnels.

De même, ces indicateurs me sont utiles pour rendre compte au conseil d'administration, mesurer la satisfaction des acteurs quant au projet et la réussite de celui-ci par rapport aux objectifs de départ.

Les indicateurs se distinguent selon que l'on souhaite mesurer la satisfaction des usagers ou des collaborateurs.

Pour les collaborateurs, ce changement entraînant une restructuration du service et un impact sur le fonctionnement de l'établissement n'était pas sans risquer de détériorer le climat social. Pour ce point, les indicateurs retenus sont l'acceptation du redéploiement, le taux de participation au groupe de pilotage et aux groupes de travail, d'éventuels mouvements sociaux, de l'absentéisme, des revendications, de la résistance au changement, des demandes de changement de service ou démissions, de l'opposition en réunion de coordination, le recours aux représentants du personnel.

Pour les usagers et leur famille, ils ont été associés à la réflexion au fil des avancées du projet.

La communication est présente et constructive. Des visites de chantier et des réunions d'informations ont lieu régulièrement tant pour préparer la transition que pour rassurer face au changement. Pour d'autres, ce projet a pour effet d'être moteur à l'idée de savoir qu'ils vont pouvoir accéder à un nouveau type d'accompagnement.

Les indicateurs d'évaluation ciblés sont, malgré tout, d'éventuels changements des comportements, des questionnements récurrents ou au contraire une absence d'intérêt pour le projet, des demandes supplémentaires de visites de chantier, des plaintes, la participation au CVS.

De même, je demanderai à la directrice adjointe de conduire les équipes vers l'élaboration d'un questionnaire-satisfaction adapté, adressé aux usagers après six mois de fonctionnement des trois pavillons, puis un autre aux familles pour évaluer la portée de ce projet sur la nouvelle dynamique impulsée et la qualité d'accueil au sein de l'internat. Il sera

¹³⁶En référence à l'article L312-8 du CASF sur l'évaluation des activités et prestations délivrées.

nécessaire de pouvoir mesurer l'impact de cette organisation sur la personnalisation de l'accompagnement, objectif principal recherché par cette restructuration de service.

3.3.2 Analyse des premières évaluations de mise en œuvre managériale du projet

L'élaboration de la stratégie de management du projet, associée à l'utilisation de ces outils, permet l'obtention du résultat escompté, à savoir, une dynamique positive du changement qui impacte non seulement l'équipe d'internat mais plus encore l'équipe de l'IME.

Trois services, à ce jour, se sentent directement concernés par ce qui était au départ qu'une construction de pavillon d'internat supplémentaire. Cette dynamique impacte le quotidien des professionnels, des enfants et adolescents, des familles tout en tenant compte de la nécessité de maîtrise budgétaire, primordiale dans un contexte économique contraint.

Le projet avait été négocié à coûts constants excepté pour le fonctionnement. L'IME devait à l'époque se contenter de redéployer. Dans la mouture du projet que j'ai élaborée, l'IME recrute un second veilleur impactant le budget de l'établissement. Je prévois une valorisation des trois agents d'entretien au poste de maîtresses de maison¹³⁷. Celle-ci est assez faible en termes d'impacts sur le budget mais notable pour les salariées.

Le fait de modifier les postes de la veilleuse et des agents d'entretien permet une réelle plus-value pour le temps éducatif à réaffecter à l'accompagnement des usagers et leur famille mais aussi pour la satisfaction des professionnelles en question.

Je compte, en plus de la formation, leur proposer que la directrice adjointe puisse les accompagner pour rencontrer des maîtresses de maison en poste depuis plusieurs années dans d'autres établissements. Elles pourront échanger sur les avantages, les attentes de cette fonction, et aussi les difficultés rencontrées pour que celles-ci puissent éventuellement être abordées à l'IME avant la mise en place de ce nouveau projet.

Cette proposition de travail m'a demandé une vigilance quant à l'application du code du travail et la convention collective. J'ai dû réfléchir à la maîtrise du budget de l'établissement en prenant en compte l'impact, sur plusieurs années, de leur augmentation salariale modérée. Elle demande aussi une réorganisation de leur temps de travail car le temps passé sur les pavillons d'internat ne sera plus dédié au ménage et à la lingerie alors que la surface à nettoyer augmente du fait de la construction d'un troisième pavillon. De même, le temps passé en réunion ne devra pas impacter l'entretien des locaux ou du linge.

Sans personnel éducatif supplémentaire, nous devons répondre aux mêmes exigences voire plus puisque j'axe la mission du service d'internat sur plus de personnalisation. Il s'agit non pas de travailler plus mais autrement grâce à la collaboration nouvelle avec les maîtresses de maison. L'analyse globale a permis d'identifier les contraintes financières et juridiques à surmonter pour la bonne mise en œuvre du projet.

¹³⁷ ANNEXE 10 : L'étude budgétaire de la restructuration du service.

J'ai dû évaluer et anticiper l'évolution des postes pour inscrire le projet dans le cadre de l'enveloppe allouée. Une prochaine rencontre avec l'ARS permettra d'approfondir ce point. La fonction Ressources Humaines dans ce projet aura permis d'être source de progrès.

Toujours sur une commande d'amélioration de l'accueil du public en internat, ce projet innove en associant d'autres professionnels de l'établissement à la mission éducative. Il favorise la collaboration entre les membres et une augmentation des ressources.

Cette optimisation du temps de chacun avec ce dynamisme impulsé, en redonnant du sens et des objectifs partagés à nos actions chez les professionnels, permet d'aborder ce changement avec enthousiasme pour la plupart des professionnels.

Malgré tout, certains éducateurs, plus anciens dans la fonction, étaient plus sceptiques sur cette nouvelle collaboration pointant le manque de compétence des agents d'intérieur, la crainte pour eux de partager des temps de travail avec les professionnels de l'externat voire les familles. La résistance au changement ne s'est pas réellement exprimée car très vite l'influence du groupe et un renfort de communication a contribué à rassurer ces éducateurs. De plus, quelques éducateurs ayant, par le passé, travaillé en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), soutiennent fortement cette initiative, exprimant l'importance de cette fonction de maîtresse de maison sur un lieu d'hébergement.

Cette hypothèse est motrice et permet une implication de tous au service du public.

Concernant les locaux, les professionnels de ce nouveau projet travaillent déjà ensemble sur le choix du mobilier des chambres des trois pavillons mais aussi à l'hypothèse de changer l'organisation des pavillons en fonction de leur implantation sur le site.

3.3.3 Perspectives pour l'avenir du projet

- A. Un dispositif à élaborer collectivement en adaptation continue aux besoins des usagers et du contexte

Le projet de construction aboutit à la restructuration présentée. Cette évolution a cheminé au fil des avancées de l'étude du projet et de son contexte et a été discutée régulièrement avec les équipes.

A ce jour, il convient de poursuivre cette dynamique pour réussir avec l'association, les équipes, la MDPH, l'ARS, et constituer ce service d'internat tel un dispositif d'intervention médico-social sur le territoire du Pays de Bray.

Ceci revient à légitimer l'utilité sociale de ce service, à souligner que l'institutionnalisation dans le cadre d'un service d'internat en IME peut contribuer à répondre à des objectifs d'accession à plus d'autonomie. Celle-ci concernera son quotidien, l'extérieur (domicile, ville, lieu de travail, structure sociale ou de loisirs...). La socialisation favorise l'inclusion et l'intégration.

Ces objectifs sont complexes à atteindre lorsque l'environnement de l'utilisateur est problématique en raison d'un passé traumatique notamment ou d'un handicap sévère.

Cette nécessité d'institutionnalisation à un moment crucial du parcours, à savoir l'élaboration de projet de vie, peut permettre à l'âge adulte d'avoir moins besoin de recourir à des structures de prises en charge collective en hébergement. A la sortie de l'IME, à 20 ans (sauf si maintien au titre de l'amendement Creton), « voler de ses propres ailes » peut être très difficile.

Mais, à ce jour, des dispositifs d'accueil en semi-autonomie en milieu adulte, ou d'accompagnement à la vie sociale se multiplient et permettent aux usagers de poursuivre leur évolution en atténuant les risques de rupture.

Le service d'internat veut pouvoir contribuer à cette inscription dans un processus d'évolution continue pour tous ceux dont les potentialités le leur permettent.

Encore en phase d'expérimentation, le dispositif ITEP est plébiscité par tous les acteurs. Il a pour ambition de proposer une prise en charge pluridisciplinaire et modulable reposant sur la conjugaison d'au moins trois modalités d'accueil (l'internat, le semi-internat, le SESSAD). Un dispositif qui se veut souple pour répondre très rapidement aux besoins de l'utilisateur. Les professionnels doivent être polyvalents et s'adapter aux établissements ou services dans lesquels l'utilisateur est accueilli. Le projet de décret en cours viendra préciser cette expérimentation. Ce dispositif peut être un modèle sur lequel prendre exemple pour impulser de nouvelles formes institutionnelles. J'ai déjà abordé cette éventualité de tendre vers plus de souplesse de parcours avec la MDPH.

Dans ce projet, le temps libéré des éducateurs sera mis à disposition de pratiques plus souples. Un travail nécessaire est à engager sur les liens à créer entre les équipes d'éducateurs et les futures maîtresses de maison pour définir les rôles, former et informer quant à ces nouveaux postes. Pour le bon fonctionnement du service, des réflexions seront menées sur le PE, le projet de service, le règlement de fonctionnement, la charte des droits et des libertés.... Les professionnels étant jusqu'alors rapidement sensibilisés à ces dimensions lors de leur prise de fonction.

Une réflexion collective sur notre fonctionnement fera l'objet de groupes de travail. Différents thèmes devront être abordés : la participation des maîtresses de maison aux réunions de coordination ; l'investissement dans du matériel nécessaire ; la communication aux usagers, aux familles et aux partenaires ; le choix d'affectation sur les pavillons en fonction des compétences actuelles, du public, des objectifs attendus sur chaque pavillon.

B) Perspectives de travail à entrevoir avec les partenaires

Une autre réunion avec la MDPH sera indispensable pour assouplir le fonctionnement des entrées et sorties. Des échanges avec la MDPH et les IME du département permettront de faciliter les réorientations nécessaires.

Si on accueille un usager qui, du fait de son environnement ou de son handicap, nécessite une prestation en internat (transporté le lundi et le vendredi) et que celui-ci est domicilié hors secteur de nos tournées quotidiennes, alors des aménagements seront indispensables au changement « facilité » de régime. Car dès lors qu'il n'aura plus besoin de cette prestation en internat, il sera nécessaire, avec l'accord de tous, de le réorienter vers un IME en externat proche de son domicile (si le changement de structure n'occasionne pas de difficultés au bon déroulement de son projet personnalisé).

Il sera nécessaire d'instaurer un réel travail de partenariat avec mes collègues directeurs du département pour fluidifier les parcours et apporter ainsi de la souplesse dans nos fonctionnements.

C) Perspectives pour une démarche d'amélioration continue

Parallèlement, l'IME va réviser la réalisation des projets personnalisés dans le sens des recommandations de l'ANESM, la formalisation de la culture de bientraitance, la formalisation de la DACQ, la redéfinition des instances de travail et réunions (réunion de coordination, soutien clinique...), la mise à jour des fiches de postes en lien avec l'évolution des certifications des diplômés (notamment celui d'éducateur spécialisé)...

Ce travail s'inscrira sur l'année à venir, il sera animé par la directrice adjointe et les avancées de ces démarches seront suivies en comité de direction.

Je reste garante du bon fonctionnement du projet et du sens du projet pour l'ensemble des acteurs. C'est pourquoi des réajustements peuvent être envisagés. Le management situationnel favorise l'adaptation et l'ajustement aux diverses situations.

Dès à présent, je peux déjà évaluer une partie du projet, en proposant au comité de direction de réfléchir à la garantie du bon fonctionnement de ce service sur la durée sur trois sites. Au niveau de la présence du personnel, il est nécessaire d'anticiper le fonctionnement pérenne en tenant compte d'éventuelles absences pour maladie, pour formation, ou lors de nécessité de renfort pour l'accueil de public spécifique (évolution déjà constatée). Il est indispensable d'envisager la demande de création d'un poste supplémentaire (professionnel encadrant avec la classification d'AMP¹³⁸) au budget prévisionnel 2016 pour le service d'internat. Ce poste serait ainsi affecté au service d'internat et répondrait aux besoins nécessaires des trois pavillons (le remplacement des absences de professionnels, le soutien des équipes lors de la gestion des crises clastiques, le renfort nécessaire lorsqu'un professionnel se détache soit pour une sortie ou un accompagnement quelconque d'un jeune en extérieur...).

¹³⁸ AMP : Aide Médico-Psychologique.

3.3.4 L'analyse de ma pratique de direction dans la conduite de ce changement

La mise en place de la démarche d'amélioration de la qualité, de façon concertée, suppose une capacité de réflexion, d'adaptation et d'évaluation. Il est nécessaire d'intégrer l'avis de ceux pour qui le service est produit. Cette démarche atteste d'une capacité au changement. Pour reprendre C. Peroz¹³⁹, je pense que l'engagement dans l'amélioration continue est une stratégie managériale se définissant comme le pilotage de « *la qualité au service de l'éthique avec les hommes de son organisation afin de satisfaire au mieux l'ensemble des besoins et relever le défi du changement* ».

J'ai choisi cet angle d'entrée pour amorcer cette nécessité d'évoluer auprès des équipes. Je fais en sorte de les impliquer, de les responsabiliser et de favoriser l'engagement des professionnels.

Dans la « *théorie de l'implication* », M. Thevenet¹⁴⁰ insiste sur l'idée que l'implication peut permettre à l'individu, qui réalise une chose pour l'organisation, de ressentir qu'il se réalise aussi individuellement. Ce sentiment positif l'incite donc à s'impliquer davantage. Thevenet conseille aux directions des ressources humaines de développer de « *la cohérence, de la réciprocité et de l'appropriation* » pour susciter davantage d'implication. Dans la « *théorie de l'engagement* » est évoquée que l'engagement est plus efficace que la persuasion et que les apports de celle-ci au changement organisationnel sont plus fructueux. Les travaux en la matière doivent être poursuivis. Ils peuvent malgré tout être une réflexion sur laquelle je tends à inscrire ma pratique de directeur.

Toujours en tenant compte des évolutions du secteur, des enjeux actuels et des stratégies managériales à déployer, je tente d'instaurer un cadre d'intervention clair dans lequel l'établissement est garant de la mission qui lui incombe. Ce projet est l'opportunité de redéfinir les responsabilités de chacun des membres de l'organisation et de la collaboration nécessaire en interne mais aussi partenariale. Il doit inciter l'association et l'ensemble des acteurs (usagers, professionnels, familles, partenaires) à s'associer à la démarche projet, donc au fonctionnement de l'établissement ou du service.

Je suis le garant de la participation individuelle des acteurs dans une optique commune de projection, tous vers un même but, une vision partagée, une recherche continue de la qualité des prestations et services et de la satisfaction des usagers.

Tel que le décrit la Haute Autorité de Santé, le management se caractérise en 5 axes : Prévoir, Organiser, Décider, Motiver, Evaluer. « *La qualité du management a un impact majeur sur le fonctionnement de l'établissement de santé et sa capacité à remplir ses missions auprès des patients. La vision stratégique, la clarté des décisions prises, la*

¹³⁹ PEROZ C., 2010, *La qualité et l'évaluation dans le secteur social et médico-social*, Séli Arslam, Paris, p 131.

¹⁴⁰ Cité par PLANE J. M., 2013, *Théorie des organisations*, 4^{ème} édition, Les topos, Dunod, Paris, p102-104.

rapidité de réaction, la délégation, la responsabilisation, et la capacité à faire partager un projet et à motiver leurs équipes sont des valeurs importantes pour tout manager afin de mener à bien ses missions »¹⁴¹.

Ma pratique de direction se compose de ces 5 axes. Ils ont contribué à la validation de ce projet et sa mise en œuvre. La restructuration répond à l'objectif de qualité d'accueil mais plus encore elle doit contribuer à pérenniser l'offre de service.

De même, les réflexions qui émergent peuvent orienter le conseil d'administration dans ses choix sur l'avenir de l'association.

Ce qui anime ma pratique managériale est la recherche d'une qualité de service optimum et la satisfaction des personnes accompagnées.

J'aime me référer à une citation d'Antoine de Saint Exupéry : « *Il faut exiger de chacun ce que chacun peut donner* »¹⁴². J'ajouterais : ce que chacun doit être en mesure de « donner » en fonction de la mission qui lui incombe en accordant la primauté à la réponse aux besoins, à la continuité de service, tout en garantissant le respect des droits, des devoirs et des biens des personnes.

Mon management doit tenir compte de l'ensemble des enjeux pour permettre aux équipes d'offrir des réponses de qualité qui permettront au public accueilli de s'épanouir au mieux.

Au quotidien, je manage cette recherche de qualité comme d'autres dimensions de l'organisation (à savoir la communication interne/externe, la gestion des ressources humaines, la sécurité, l'entretien des bâtiments, la gestion financière...). Il m'importe de mettre à profit ma technicité, ma disponibilité, mon intérêt pour le métier afin de permettre à l'institution d'innover sur l'ensemble des points qui ne satisfont pas le service attendu.

Ce projet émerge suite à une nécessaire restructuration pour une meilleure qualité d'accueil à l'internat en tenant compte des enjeux actuels. Dans cette recherche, la communication mise en place a permis d'obtenir l'adhésion des acteurs voire même un véritable engouement pour certains.

Dans la conduite de ce projet de changement, l'enjeu majeur auquel je dois répondre est de faire en sorte qu'il y ait une vision partagée entre les différents acteurs pour une cohérence des réponses aux besoins. Cela doit faire sens pour chacun d'entre eux en fonction de leur mission (professionnels, collaborateurs, partenaires) ou de leur place (familles, usagers). La directrice que je suis doit articuler tous ces éléments, ces outils, ces injonctions et garantir la mise en place des actions nécessaires au changement.

¹⁴¹ Haute Autorité de Santé (HAS), *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, Janvier 2005.

¹⁴² ST EXUPERY A., *Le petit prince*, Reynal and Hitchcock, 1943, 93p.

De même, un autre des enjeux est une meilleure anticipation face aux besoins des jeunes internes, pour notamment construire de manière efficiente le budget, les investissements, et les justifier par la qualité et leur utilité.

Ma pratique s'oriente en ce sens : conduire le changement dès que nécessaire, pour un meilleur service rendu, pour des pratiques de qualité inscrites dans une posture éthique adaptée au quotidien et autant que possible dans une organisation claire, efficace et efficiente pour tous (usagers, professionnels) en fonction des moyens.

Ce projet initie une démarche d'amélioration de fond de l'organisation en général. C'est au travers de cette capacité de conduire, encadrer, accompagner le changement que les compétences managériales de directeur vont être à l'épreuve. Il ne peut suffire de vouloir la qualité pour qu'elle se mette en place, il est indispensable d'adopter une méthode. Cette méthode est le point de départ pour penser, pour agir. Cette démarche globale et partagée conduit l'IME à l'innovation.

Pour parfaire cette démarche, il conviendra de réaliser l'évaluation de ce projet de restructuration et de sa conduite dans quelques mois, pour mesurer la performance de la démarche projet que j'ai employée. Trois critères serviront de référence d'évaluation : l'efficience, la pertinence et l'efficacité.

Comme il l'est signifié sur le site piloter.org : « *Pour assurer un pilotage efficace, la performance doit aussi apprécier plus globalement en étendant la problématique un peu au-delà de ce simple schéma : efficacité-efficience-pertinence*¹⁴³. *Il s'agira de tenir en ligne de compte non seulement la mesure de l'accession aux objectifs visés mais bien aussi de la finalité attendue* »¹⁴⁴. Ces mêmes notions apparaissent dans les tableaux de bord de la performance au service des établissements du secteur médico-social de l'ANAP. Elle définit la performance par « *la mesure de l'efficacité (degré de réalisation des objectifs) et l'efficience (rapport ressources/résultats)* ».

C'est pourquoi, il m'importe d'avoir le recul nécessaire. Certaines étapes clés du projet n'ont pas encore eu lieu (rencontre avec l'ARS, livraison du chantier, installation des usagers au sein des pavillons, visite de conformité, recueil des avis sur la satisfaction des usagers et de leur famille, partage d'expérience et échos des professionnels).

Cette évaluation de la performance permet de mesurer la dynamique de l'IME face aux évolutions pour mener avec qualité sa mission de service public.

¹⁴³ ANNEXE 12 : L'évaluation de la performance de la démarche projet.

¹⁴⁴ http://www.piloter.org/mesurer_la_performance.htm (consulté le 29/08/16).

Conclusion

Depuis ces 15 dernières années, notre secteur connaît une mutation très importante tant sur le plan législatif, économique, éthique, que sur celui de la recherche et de la formation. Nous devons donc nous réinventer, nous repenser, nous ajuster, nous évaluer chaque fois que nécessaire. Nous devons faire preuve d'innovation, de changement, afin de proposer d'autres formes d'interventions et d'accompagnement. Elles doivent être moins coûteuses, répondre à des valeurs éthiques affirmées, et permettre d'assurer la continuité des parcours de vie et de santé des usagers tout en prônant la souplesse des dispositifs et des interventions.

Ma pratique managériale s'inscrit au sein d'une institution qui a une histoire au sein d'une association regroupant 3 établissements et un service. Une transition s'amorce entre un établissement médico-social ayant un agrément initial large qui accueillait sans condition, où « tout était possible » à aujourd'hui un établissement médico-social sous contrôle de l'ARS avec des injonctions pour voir son autorisation renouvelée, instance à laquelle il faut rendre compte. Cette transition est abordée par R. Lafore¹⁴⁵ comme « *une mutation* » pour « *les cadres d'action* » que je suis. Il explique qu'une « *nouvelle conception vient percuter le modèle antérieur* » « *dont nous héritons* ». Selon lui, « *on passe ainsi de la logique verticale, sectorielle et pyramidale à un cadre d'action en réseaux, beaucoup plus complexe, dans lesquelles les interrelations sont souples, évolutives, construites et non préalablement mise en forme par les normes et les institutions* ». C'est ainsi qu'il parle de « *pensée stratégique qui l'emporte* », de « *modernisation et transformation* » vers « *un horizon* » qui est « *l'excellence et la performance des services* », « *de productions de prestations* », de services « *plus efficaces et efficaces* ». « *Le dispositif était relativement sécurisé car prédéterminé dans ses dépendances, ses missions et ses moyens par un cadre établi en amont* ». Les « *Etablissements et services sont mis dans l'obligation de produire régulièrement une représentation d'eux-mêmes, notamment à usage externe, qui répondent à ces questions triviales : qui sommes-nous, que faisons-nous, où allons-nous ?...* Les organisations sont en obligation de mouvement : « *de plus en plus sommées de s'adapter, de muer, de se transformer dans un environnement instable auquel elles doivent en permanence prêter un sens et imputer un ordre* ». Le directeur doit donc piloter ce mouvement. C'est pourquoi, l'évolution de l'établissement, parallèlement à celle de l'environnement global, contribue à légitimer le sens de nos actions, le besoin de moyens nécessaires pour satisfaire aux exigences de qualité et de service rendu en adéquation aux besoins du public. Le dialogue de gestion avec les instances tutélaires est important à conserver. Les déclarations de bonnes intentions ne suffisent plus. Le Projet d'Etablissement notamment doit être conforme aux recommandations de l'ANESM.

¹⁴⁵ LAFORE R., « Des politiques sociales en mouvement, des compétences nouvelles pour les directeurs », Extrait d'une allocution du 8 décembre 2005.

Aujourd'hui, il est essentiel de répondre à un cadre d'intervention dans lequel l'expression de la responsabilité de directeur, notamment, est codifiée. Le fonctionnement institutionnel « autocentré » même s'il produit de la qualité au quotidien ne suffit plus. Il n'est pas une garantie suffisante. Comme l'aborde F. Dubet dans le « *Déclin de l'institution* »¹⁴⁶, la légitimité institutionnelle ne tient plus seulement au « *programme institutionnel* ». On assiste à un éclatement de ce programme. Il faut non seulement faire de la qualité au quotidien, à savoir être bienveillant, à l'écoute des besoins et attentes, y répondre, et garantir l'exercice des droits et libertés des usagers. Il faut aussi être opérant dans la formalisation des outils de loi 2002-2, la mise en place des évaluations, l'élaboration du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels, du plan bleu, du document unique, la réponse aux injonctions de l'ARS, de l'ANAP...

Le directeur se doit de penser l'institution tout en la rendant durable. Pour cela, il convient d'adopter un type de pratique innovant de l'offre et de la conduite de projet.

Pour cela, il implique des professionnels aux réflexions en les responsabilisant et en s'appuyant sur ses valeurs éthiques, en défendant ses convictions. Le handicap est une question sociale à laquelle il est nécessaire de répondre et ainsi contribuer à ce que M. Piveteau nomme le « *zéro sans solution* »¹⁴⁷.

Les prestations en internat participent à la réponse à des besoins spécifiques d'enfants handicapés. Ces prestations en internat qui seront offertes dans ce nouveau projet de service viendront justifier le besoin de financement de cette modalité d'accueil et ainsi légitimer cette offre de service en IME permettant la réponse à des besoins. Dès l'accueil en internat, les axes du projet devront inscrire l'enfant dans une logique de parcours. Il sera nécessaire de penser à sa sortie, l'adaptation à un parcours de vie adaptée et aux moyens à déployer pour atteindre cet objectif.

Un rapport de l'inspection des finances en 2012¹⁴⁸ a démontré que la logique de prix de journée est un frein à la logique de parcours. Le projet de réforme de la tarification SERAFIN-PH va permettre des avancées sur ce point. L'internat est une modalité offerte pour être un passage entre plusieurs types de parcours. Il permet d'articuler le passage de l'un à l'autre. La logique de tarification doit être défendue en termes de prestations dont l'enfant pourra bénéficier.

Il est important de suivre l'avancement des chantiers de la CNSA nous concernant. Elle présente, dans la convention d'objectifs et de gestion 2016-2019, les axes sur un meilleur éclairage des besoins des personnes handicapées.

¹⁴⁶ DUBET F., *Le déclin des institutions*, Editions Seuil, Paris, 421p.

¹⁴⁷ Piveteau D., 2014, Rapport « *Zéro sans solution* » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*

¹⁴⁸ Rapport IGAS « *Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement* », Octobre 2012.

Ces axes concernent l'adaptation des réponses individuelles et l'offre collective ; l'amélioration de l'accès aux droits des personnes handicapées dans le cadre d'une réponse accompagnée ; la construction des réponses adaptées et efficaces dans une logique de parcours ; la garantie d'une gestion équitable et performante des financements aux établissements et services médico-sociaux, en assurant le pilotage de la dépense. Ces données me permettront d'ajuster l'offre de service, de légitimer l'action, de bénéficier des moyens suffisants pour répondre aux besoins des enfants et adolescents du territoire, d'assurer la mission de l'IME à l'heure où des places d'internat sont transformées en autres prestations.

Le projet d'internat doit être souple, dynamique et évolutif. Il doit permettre de poursuivre les évolutions nécessaires à un meilleur accompagnement. F. Dubet¹⁴⁹ invite d'ailleurs les travailleurs sociaux, et plus largement tous les « *travailleurs sur autrui* » à ne pas avoir de nostalgie des institutions traditionnelles, à ne pas verser systématiquement dans le discours de la plainte, et à participer à l'élaboration de modèles institutionnels plus démocratiques, intégrant plus directement les usagers.

C'est bien dans cette logique que s'inscrit la conduite de ma mission.

L'équipe de l'IME, en particulier de l'internat, s'engage dans ce projet et tente d'y contribuer au mieux en dépassant, pour quelques membres, ses craintes. La remise en question perpétuelle des pratiques est effective et favorise l'adaptation. Ce projet constitue une opportunité pour l'association de développer son offre de services en lien avec les attentes des usagers et des pouvoirs publics. L'adaptation est en cours et, je peux d'ores et déjà, mesurer les impacts positifs tant sur le public accueilli, les familles, les professionnels et le conseil d'administration.

L'évaluation continue du projet tiendra compte de la mise en application du nouveau projet de service et des moyens restant à négocier auprès de l'ARS pour optimiser le fonctionnement à venir.

Dans le cadre de ce projet de restructuration de service et de son organisation, j'ai pu expérimenter les responsabilités évoquées par B. Dubreuil¹⁵⁰. Ce projet a fait appel à « *des responsabilités techniques (administratives, juridiques, financières, sécuritaires et architecturales)* » mais aussi « *managériales de structuration organisationnelles et d'animation des modalités de coopération interprofessionnelles* ».

La gestion de l'ensemble est entraînante au sens où ce challenge à relever constitue une plus-value pour l'organisation mais implique une prise de risque mesurée quant au management des équipes afin de susciter l'adhésion et l'engagement des professionnels.

¹⁴⁹ Dubet F., 2002, Le déclin de l'institution, Edition du seuil, 421p.

¹⁵⁰ Dubreuil B., 2008, A propos des « directions intenables » ... Réflexions à l'usage des dirigeants, Les cahiers de l'Actif, n°388-389, La grande Motte, p95.

La complexité peut résider dans la conduite d'un tel projet parallèlement à la vie de l'établissement avec son lot d'évènements continus attendus et inattendus.

La question du bon sens au sein de l'organisation, des actions et des pratiques permet de ne pas s'éloigner de l'essentiel et du cœur de la mission qui nous incombe en tant que directeur. Je dois pouvoir garantir la sécurité des personnes, la qualité de l'accompagnement et la continuité de service.

J'achève l'écriture de ce mémoire en date du 30 août 2016. Ce projet poursuivra son évolution durant les mois à venir avec pour objectifs premiers la qualité de l'accueil, la personnalisation de l'accompagnement et la satisfaction du public accueilli.

Pour conclure, je pense qu'au-delà de l'atteinte de l'objectif initial d'un meilleur accueil des usagers à l'internat, il aura été un réel levier pour repenser nos pratiques et innover. Il m'aura permis d'intégrer la nécessité de revisiter le projet de service et d'établissement, surtout de le formaliser et de réajuster les pratiques professionnelles en lien avec les attentes légitimes actuelles, la commande sociale, politique et économique. Ce projet souligne mon ambition d'apporter une plus-value humaniste par un accompagnement bienveillant et bientraitant.

Bibliographie

Ouvrage :

- CHAMBRIER G., PATURET J.B., 2004, *Faut-il brûler les institutions*, Presses de l'EHESP, Rennes, 137p.
- DUBET F., 2002, *Le déclin des institutions*, Editions seuil, Paris, 421p.
- FOUDRIAT M., 2013, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'EHESP, Rennes, 351p.
- LOUBAT J.R., 2012, *Élaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale*, 3^{ème} édition, Dunod, Paris, 409p.

Ouvrages consultés :

- BATIFOULIER F., NOBLE F., 2005, *Fonction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Dunod, Paris, 248 p.
- BATIFOULIER F., TOUYA N., 2008, *Refonder les internats spécialisés, pratiques innovantes en protection de l'enfance*, Dunod, Paris, 276p.
- BATIFOULIER F., 2014, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, pp. 59-68.
- CAUSSE D., ARFEUX VAUCHER G, et leurs collaborateurs, 2006, *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligations de soins et de sécurité*, Editions ENSP, Rennes, 319p.
- COHU S., 2005, *Politiques en faveur des personnes handicapées, Grandes tendances dans quelques pays européens*, Revue française des affaires sociales, n°2, La documentation française, Paris, 298p.
- DUCALET P., LAFORCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales : sens, enjeux et méthodes*, Seli Arslam, Paris, 270p.
- LAPRIE B., MINANA B., 2014, *Favoriser la participation des usagers en établissement médico-social*, ESF éditeur, Issy les Moulineaux, 123p.
- LEFEVRE P., 2011, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3^{ème} édition, Dunod, Paris, 492p.
- LOUBAT J.R., 2015, *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, Dunod, Paris, 274p.
- PEROZ C., 2010, *La qualité et l'évaluation dans le secteur social et médico-social*, Séli Arslam, Paris, 218p.
- PLANE J.M., 2013, *Théorie des organisations*, 4^{ème} édition, Les Topos, Dunod, Paris, 127p.

-WEISLO E., 2012, *Le handicap a sa place*, Collection Handicap vieillissement et société, PUG, Grenoble, 239p.

Lois, recommandations, guides et rapports :

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

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

-Recommandation CM/Rec 2 du comité des ministres aux états membres relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité, 2010.

-Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, 2009, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, ANESM, Paris.

-Haute Autorité de Santé (HAS), *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, Janvier 2005.

-Rapport J.F. Chossy, Novembre 2011, *Passer de la prise en charge...à la prise en compte*, rapport remis à M.Fillon F., premier ministre ; Mme Bachelot-Narquin R., Ministre des solidarités et de la cohésion sociale ; Mme Montchamp M.A. Secrétaire d'état.

Revue consultées :

-*De la stigmatisation à l'innovation : quel avenir pour l'internat*, Les cahiers de l'Actif, n°306/307, 2001.

-*Du projet institutionnel au projet personnalisé... ou comment accompagner le changement dans la complexité*, Les cahiers de l'Actif, n°372/373/374/375, 2007, La grande Motte, 357p.

-A propos des « directions intenable »... Réflexions à l'usage des dirigeants, Les cahiers de l'Actif, n°388/389, 2008, La grande Motte, 266p.

-*La force d'invention des institutions, intervenants et usagers*, Les cahiers de L'Actif, n°388/389, 2008, La grande Motte, 266p.

-*Les nouveaux ressorts de la GRH dans les organisations sociales*, Les cahiers de l'Actif, n° 420/421/422/423, 2011, La grande Motte, 394p.

-*Après les lois de 2002, 2005, 2009, les IME...Que sont-ils devenus ? Que vont-ils devenir ?*, Les cahiers de l'Actif, n°444/445, 2013, La grande Motte, 182p.

-*Jeux d'acteurs et stratégies de positionnement des ESSMS sur le « marché » du social et du médico-social*, Les cahiers de l'Actif, n°474/475, 2015, La grande Motte, 266p.

-*Quelle éthique au quotidien dans les établissements sociaux et médico-sociaux ?*, septembre 2001, n°590, Lien social, p4-9.

-*Dispositif ITEP, un modèle d'ouverture*, Juin 2016, n°143, Direction(s), Le Mensuel des directeurs du secteur social et médico-social, p4-5.

Conférence, colloque :

-HAERINGER J., *Le changement dans les associations d'action sociale : une injonction généralisée, une notion à déconstruire et une méthode pour l'action dirigeante*, Conférence du 30 juin 2015, Amiens.

-KARSZ Saül, *Cadres de direction : idéologie, inconscient, management*, Conférence du 24 juin 2016, Amiens.

-LAFORE R., *Des politiques sociales en mouvement, Des compétences nouvelles pour les directeurs*, 8 décembre 2005.

Site consulté :

-<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article289> : rapport Inspection générale des Affaires Sociales (IGAS) « Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement », Octobre 2012.

-<http://www.lien-social.com/mauvais-objet-mauvais-sujet> (article revue lien social n°763, 1^{er} septembre 2005).

-<http://larousse.fr/dictionnaires/francais/vocation/82353>

-http://www.piloter.org/mesurer_la_performance.htm

-<http://www.anap.fr>

-<http://www.informations.handicap.fr/art-histoire-874-6026.php>

-<http://www.fondshs.fr/vie-quotidienne/accessibilite/origines-et-histoire-du-handicap-partie2>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Le plan du site de l'IME et ses pavillons d'internat

ANNEXE 2 : La carte du territoire

ANNEXE 3 : L'organigramme de l'APAPSH et ses établissements

ANNEXE 4 : Le diagnostic technique de l'IME

ANNEXE 5 : Impacts et liens du projet internat avec le fonctionnement de l'établissement

ANNEXE 6 : Le diagnostic interne et externe de l'IME (SWOT)

ANNEXE 7 : Le déroulement du plan d'actions de la conduite managériale du projet

ANNEXE 8 : Le tableau des emplois avant et après projet

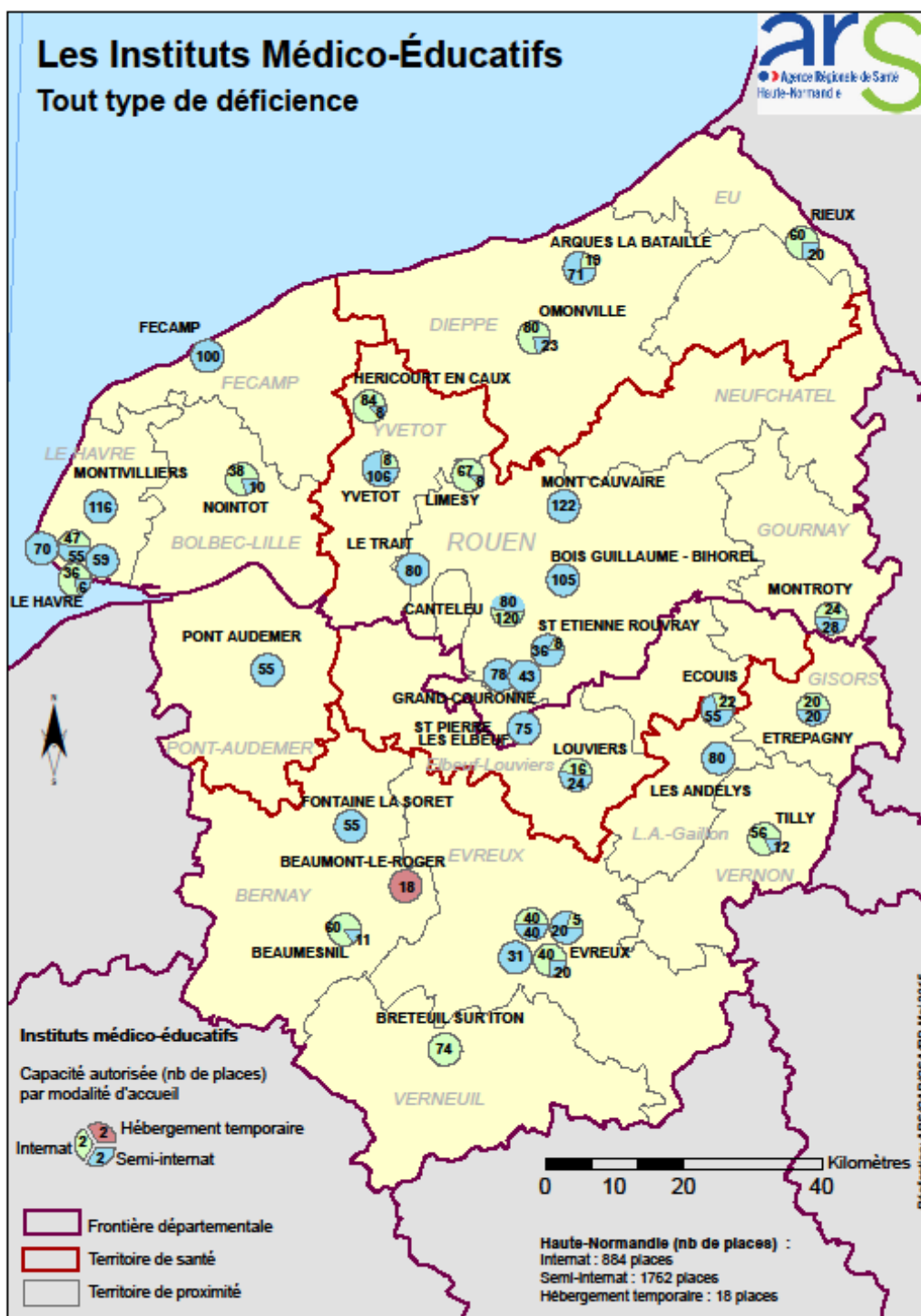
ANNEXE 9 : La grille des horaires du service d'internat

ANNEXE 10 : L'étude budgétaire de la restructuration du service

ANNEXE 11 : Le plan de communication

ANNEXE 12 : L'évaluation de la performance de la démarche projet

ANNEXE 2 : La carte du territoire



En 2015, L'IME de Rieux a été relocalisé sur Eu le Tréport et a perdu ses places d'internat (au profit d'une autre association pour un ITEP).

ANNEXE 3 : L'organigramme de l'APAPSH et ses établissements



mise à jour fin 2016, oct 2016

ANNEXE 4 : Le diagnostic technique de l'IME

Diagnostic réalisé en décembre 2015 par le Directeur :

-En matière de sécurité :

Le diagnostic de l'IME met en exergue plusieurs points dont il faudra tenir compte.

Selon le Code de la Construction et de l'Habitation (CCH), l'IME se situe dans la catégorie des Établissements Recevant du Public (ERP), soumis aux dispositions mentionnées dans l'arrêté du 25 juin 1980.

Les principaux articles auxquels est soumis l'IME sont l'article L111.8 et R 123-43 du CCH. Les ERP se divisent en 5 catégories. L'IME, du fait du nombre de personnes reçues, se situe dans la 5^{ème} catégorie et de type J pour les pavillons d'internat¹⁵¹, mais aussi W, R, N soumis à l'arrêté du 22 juin 1990 portant approbation de dispositions complétant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les ERP de type Petits Etablissements. Cette catégorisation est indiquée au registre de sécurité.

La dernière commission de sécurité a été effectuée le 15 février 2011¹⁵², suite à la réception d'un nouvel atelier dans le bâtiment « gymnase ». La visite a lieu tous les 5 ans, la prochaine sera en 2016. Le rapport de visite du Service Départemental d'Incendie et de Secours de la Seine Maritime du 16 mars 2011 émet un avis favorable à la poursuite de l'exploitation et à la réception du nouveau bâtiment. Le registre comporte le procès-verbal de la commission de sécurité et des consignes à adopter, les contrôles, les vérifications et les données des entreprises effectuant la levée des éventuelles réserves des rapports. Les quelques travaux subsistants ont été effectués et les prescriptions ont été levées dans les délais impartis.

Les contrôles gaz, électricité, extincteurs et hottes sont faits annuellement.

-En matière d'accessibilité :

Les conclusions du rapport de diagnostic « accessibilité des ERP aux personnes handicapées » pointent 23 écarts relevés vis-à-vis de la réglementation, donnant lieu à des préconisations de travaux d'un montant de 183 000 € HT.

Un agenda accessibilité programmé a été mis en place suite au diagnostic de la SOCOTEC : Ad' AP, la question du financement reste en suspens avec l'ARS. L'établissement respecte donc, en partie, les normes légales annoncées dans le CCH et le CASF¹⁵³.

Le diagnostic met en exergue des points forts en lien avec le fait que les bâtiments soient en simple rez-de-chaussée et que le bâtiment avec les salles de classe soit accessible.

Il relève des points faibles : *« seul le bâtiment avec les salles de classe possède des sanitaires accessibles aux Personnes à Mobilité Réduite (PMR). Les internats ne possèdent pas de douche ni de sanitaire accessible et les largeurs des circulations sont trop faibles, ce qui rend l'accès aux chambres impossible à une personne en fauteuil roulant. L'établissement possède de nombreux cheminements extérieurs qui présentent des non-conformités ».*

¹⁵¹ Lettre J définie par l'article GN1 du règlement de sécurité incendie dans les ERP

¹⁵² Les précédentes commissions ont eu lieu en 2003 pour le nouvel IMP, en 2006 et enfin en 2011

¹⁵³ article 111-07 modifié par l'arrêté du 31 août 1999 relatif aux prescriptions techniques concernant l'accessibilité aux personnes handicapées de la voirie publique ou privée ouverte à la circulation publique puis dans l'article 41 de la loi 2005-102 du 11 février 2005

Depuis le diagnostic, des travaux d'éclairage, sur les cheminements extérieurs, ont également été effectués.

Concernant les risques d'incendie, des détecteurs de fumée ont été posés dans les internats depuis 2000. Des exercices d'évacuation doivent être réalisés sur les services d'externat et d'internat à une fréquence de deux minimums par an¹⁵⁴ (le lieutenant des pompiers en préconise un par trimestre)¹⁵⁵. Les points de rassemblement et les procédures d'évacuation sont écrits et connus. Des rappels réguliers sont nécessaires.

Des formations « sécurité incendie » (SSI) sont organisées au sein de l'établissement tous les 2 ans. L'organisme Parflam recommande cette formation tous les 6 mois¹⁵⁶. La dernière a eu lieu en juin 2015.

Le Bureau de contrôle, SOCOTEC, en lien avec l'agent d'entretien de l'IME (personne de référence du site) et moi-même, garantissons la mise en conformité avec les normes réglementaires en matière de sécurité et normes européennes (norme NF EN 1634-1 de mars 2014) en constante évolution (installations électriques et de gaz combustible dans les ERP, système de sécurité incendie). Les contrôles ont lieu tous les 3 ans.

En matière de sécurité et prévention, un Document Unique d'Evaluation des Risques pour la santé, la sécurité de Professionnels (DUERP)¹⁵⁷. Celui-ci est affiché sur le tableau des délégués du personnel et consigné au cahier de DP. Il aborde des chapitres tels les risques routiers, domestiques, les risques liés aux activités spécifiques telles l'équitation, le bricolage..., des pratiques sportives. Il traite aussi des risques liés à la charge mentale ou du stress au travail, des risques psycho-sociaux, de la prévention des expositions à certains facteurs de risques professionnels ou de la prévention de la « pénibilité au travail » ainsi que de l'ensemble des préconisations.

Toujours dans le cadre de la prévention, les professionnels bénéficient de formations aux premiers secours (y compris l'utilisation d'un défibrillateur, la commune disposant d'un exemplaire proche de l'IME). Le dernier recyclage a eu lieu en 2014.

Depuis 2015, les DP et les professionnels volontaires ont également suivi la certification en qualité de référent sécurité santé au travail¹⁵⁸. L'ensemble du personnel dispose aussi des visites régulières auprès de la médecine du travail.

Par contre, le registre d'incidents et d'évènements indésirables, le registre spécial pour les dangers graves et imminents, le Document d'Analyse des Risques de Défaillances Energétiques (DARDE) et le plan bleu, ne font pas encore l'objet d'un protocole écrit et validé. Cependant l'IME dispose d'un plan canicule annuel (le gouvernement rédige régulièrement un plan quant aux risques liés à la canicule).

¹⁵⁴ Selon l'article R.4227-39 du Code du Travail, les exercices sécurité-incendie et essais périodiques ont lieu tous les 6 mois.

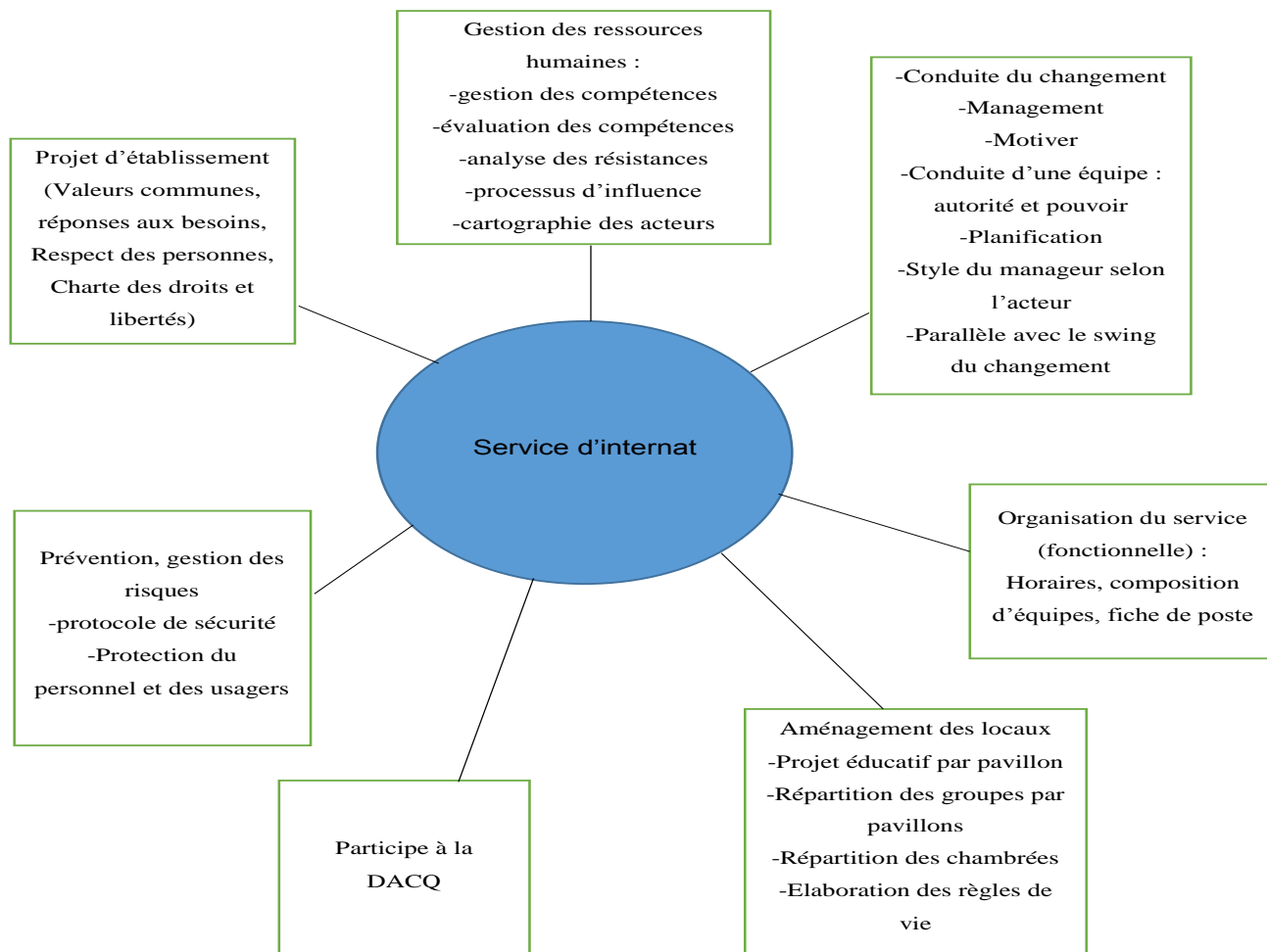
¹⁵⁵ Ils sont inscrits au registre de sécurité, dans lequel figurent le plan d'intervention destiné aux pompiers, les contrôles SOCOTEC, les vérifications des extincteurs, les vérifications des alarmes incendies, les vérifications des systèmes de chauffage et le nettoyage des circuits d'extraction cuisine

¹⁵⁶ L'article R.4227-28 du code du travail indique « l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour que tout commencement d'incendie puisse être rapidement et efficacement combattu dans l'intérêt du sauvetage des travailleurs ».

¹⁵⁷ Document unique des risques professionnels conformément au décret du 05 novembre 2001

¹⁵⁸ En référence à la loi du 1^{er} janvier 2012, article L4644-1 du code du travail qui impose à tout employeur de désigner parmi ses salariés un référent sécurité, ayant pour objectif d'assurer en lien un lien entre les salariés et la direction afin de mettre en place le dispositif prévention des risques.

ANNEXE 5 : Les impacts et liens du projet de l'internat avec le fonctionnement de l'établissement



Réalisé par le directeur
Janvier 2016

ANNEXE 6 : Le diagnostic interne et externe de l'IME (SWOT)

Points forts (interne)	Opportunités (externe)
<ul style="list-style-type: none"> -Engagement et investissement du personnel/ solidarité professionnelle au sein des équipes/ Mobilisation -Cadre de travail plaisant (immobilier, environnement, site, ferme pédagogique, moyens en lien avec un budget excédentaire) -Collaboration de confiance/ de proximité avec le CA. Valeurs associatives fortes -Qualité de la restauration -Qualité du service de transport -Personnel formé en grande majorité -Faible rotation du personnel éducatif et de direction -Projet du 3eme pavillon internat (enrichissement projet d'établissement, impulsion nouvelle dynamique à l'IME) -Adaptabilité de l'offre (pas de section IMP/SIPFPro fixe, c'est en fonction des enfants accueillis que le nombre de section est décidé chaque année) -Public varié donc polyvalence des interventions 	<ul style="list-style-type: none"> -Collaboration de confiance et de proximité avec les entrepreneurs et artisans locaux -Evaluation externe satisfaisante -Satisfaction des familles sur la qualité globale du service rendu -Avis positif des partenaires : MDPH/ARAMIS/ARS -Association grandissante (1 IME, 2 foyers pour adultes et un SESSAD depuis 2014) -Situation financière jusqu'à ce jour très confortable permettant fréquemment le financement des nouveaux projets sans emprunt (y compris construction du troisième pavillon) du fait d'un sureffectif accordé par l'ARS (A ce jour cette marge est moindre)
Points faibles (interne)	Menaces (externe)
<ul style="list-style-type: none"> -Direction restreinte (Un directeur, 1 directrices adjointe pour l'IME et un service, un cadre administratif) pour développer les projets, penser à des projets innovants. Manque de temps pour l'adaptation aux évolutions législatives, réglementaires actuelles, pour établir des protocoles et les faire vivre. Ces évolutions sont subies. -Moyen éducatif restreint pour adapter les modes de prises en charges aux besoins spécifiques tels autisme/ TSA, autonomie individuelle pour des jeunes autonomes (sortant d'ULIS, CLIS), troubles psychiques avec problématiques familiales traumatiques, remplacement des absences pour formation, pour récupération suite à des séjours ou heures sup... et pour mettre en place la dynamique à modifier de 2 à 3 pavillons. -Création 3eme pavillon sans ressource humaine en plus : éducateur, veilleur, ménage. -Poste d'enseignante unique pour les jeunes, d'où scolarisation faible, retard scolaire grandissant. Difficulté à travailler l'inclusion sur notre territoire rural -Vieillesse des membres du CA -Equipe psy souvent renouvelée ces dernières années -Educatrices non formés (2 sur 16) -Pas de rééducateur (pas de poste faute de ne jamais trouver, donc redéployé en temps psychologue ; mais collaboration relativement satisfaisante avec ortho du libéral) -Public varié du coup manque de spécialisation -Grille horaire équipe internat à revoir sur le plan de la législation -Grille horaire des éducateurs pendant les séjours à revoir avec législation ; idem pour les nuits de RTT de la veilleuse -Plan directeur sur le plan logistique et immobilier à mettre en place. Ajustements et actions à prévoir. -Organisation interne à revoir notamment lors des absences de personnel : chauffeurs... actuellement pallié par tout le personnel y compris éducateur et direction.... -2 sur 6 personnels de l'internat en fin de carrière : résistance au changement. Climat social en dégradation avec le reste de l'équipe -Valeurs associatives pas suffisamment évoquées avec le personnel nouvellement arrivé. 	<ul style="list-style-type: none"> -Isolement sur le territoire par rapport aux partenaires -Liste d'attente d'enfants grandissante (attente en années, situations dégradées) -ARS délocalisée à Caen. Interlocuteurs changent. -Territoire très mal desservi par les transports en commun (problème pour les familles, pour les jeunes pour se rendre en stage, pas possible de travailler l'autonomie pour venir à l'établissement, inclusion en club plus complexe...) -Mobilisation des familles assez faibles (problématique sociale forte) -Difficulté pour la fluidité des parcours car manque de places accueil adultes -Cout des stages pour orientations adultes (reversement des prix de journée) -Protocole d'admission en structure adulte pas du tout uniforme d'une association à une autre -Pas de collaboration avec un établissement spécialisé (association proche de nous), les établissements avec lesquels nous travaillons beaucoup sont à une heure minima. -Inquiétude ARS quant au projet du 3eme pavillon car pas systématiquement de chambre individuelle, plus souvent double mais aussi quant aux coûts d'exploitation de ce 3^{ème} pavillon. -Légère inquiétude de l'ARS relevée lors de l'évaluation externe quant à l'isolement de l'association (désaffilié de l'APEI, pas de coopération formalisée avec d'autres)

Réalisé le 24/12/15 par le Directeur

ANNEXE 7 : Le déroulement du plan d'actions de la conduite managériale du projet

Date/ Echéance	CA	COPIL sous la direction du directeur	Directeur	Pilote : directrice adjointe sous la direction du directeur	Groupe de pilotage	Groupes de travail (répartition des tâches)
2012	Réflexion, Validation du projet et de ses avancées	Premières bases du projet- Réflexion- Présentation aux équipes, au CVS, aux familles et jeunes. Présentation à l'ARS Présentation des avancées du projet Présentation de la construction	Echanges et négociation avec l'ARS			
2013						
2014						
2015			Participation aux réunions de chantier Présentation des avancées au CVS, aux délégués du personnel, aux référents santé au travail	Premiers échanges et réflexion sur le projet de service internat avec l'équipe éducative		
			Elaboration du plan d'action et du plan de communication du projet			
19/01/16			Information du projet de création aux interlocuteurs des commissions de sécurité	Participation auprès du directeur		
20 et 21/02/16				Mise en place de temps d'information et élaboration de la note de cadrage concernant l'implication des instances de travail sur l'élaboration du projet de service internat		
22/02/16			Validation de la note de cadrage du pilote			
22, 23, 24/02/16			Participation aux instances CVS, réunion médico- psychologique	Première séance de travail sur l'élaboration du projet de service internat avec l'équipe médico psychologique, le CVS, l'équipe éducative internat, externat		
26/02/16			Point sur l'avancée des travaux sur le PPF à l'ARS et remise de la note de cadrage	Participation au RDV auprès du directeur		
4/03/16	Validation du comité de pilotage				Constitution du groupe de pilotage (5 professionnel s volontaires et la DA)	
07/03/16			Intervention (non prévue) en réunion d'internat pour communiquer sur le projet et répondre aux craintes et inquiétudes de certains et échanges sur la composition du groupe de pilotage	Mise en forme des réunions du premier temps de réflexion		
08/03/16				Mise en place d'un classeur retraçant à tous les avancées successives du projet « réflexion projet de service de l'internat »		
14/03/16				Elaboration des diverses thématiques qui seront abordées dans les diverses instances		
30/03/16	Présentation des avancées du projet pour validation. Interview des administrateurs					

Date/ Echéance	CA	COFIL sous la direction du direction	Directeur	Pilote : directrice adjointe sous la direction du directeur	Groupe de pilotage	Groupes de travail
1/04/16		Point sur les avancées des réflexions du projet				
7/04/16		Travail sur les horaires de l'équipe. nouvelles grilles conformes mais problème de découverte				
8/04/16			Transmission de la note de cadrage et des plans du pavillon à l'ARS			
15/04/16			Elaboration de la méthodologie de réflexion quant au projet pour le groupe de pilotage Validation de la méthodologie de travail pour le groupe de pilotage	Elaboration de la trame du plan du projet de service en lien avec les recommandations ANESM		
18/04/16			Validation et échanges sur les propositions des thématiques des groupes de travail proposées par la DA		1ere réunion : rappel exigences réglementaire s, cadre d'intervention , réflexion des attendus du projet pour quels besoins identifiés.	
20/04/16				Lecture individuelle de la 1ere mouture suite aux précédentes réunions sur le projet de service		
2/05/16		Pour 2 membres du COFIL : Participation à une formation sur les accords concernant le cadre horaire de travail	Echanges téléphoniques avec des collègues directeurs d'IME avec internat.			
20/05/16 au 4/07/16			Entretien individuel des professionnels Travail de synthèse de la réglementation en vigueur et des recommandations ANESM		Poursuite des échanges sur le projet de service (axes principaux, composition, compétences nécessaires)	
27/05/16			Evaluation à mi-parcours du plan d'action et du plan de communication prévus initialement et ajustements			
31/05/16			Présentation des avancées pour avis du CVS	Présentation des avancées pour avis du CVS		
2/06/16 9/06/16			Rencontre pour échanges sur les attendus de la MDPH 80 et 76 d'un internat en IME			
	Présentation pour avis et accord du projet de restructuration du service en lien avec les échanges précédents et le contexte global	Présentation du projet de restructuration du service en lien avec les échanges précédents et le contexte global	Présentation du projet de restructuration du service en lien avec les échanges précédents et le contexte global Elaboration d'un guide présentation avec documents aidant à la compréhension et l'adhésion au projet Rencontre des DP puis présentation au reste des équipes successivement	Présentation du projet de restructuration du service en lien avec les échanges précédents et le contexte global	Présentation du projet de restructuration du service en lien avec les échanges précédents et le contexte global	Présentation du projet de restructuration du service en lien avec les échanges précédents et le contexte global

Date/ Echéance	CA	COPIL sous la direction du directeur	Directeur	Pilote : directrice adjointe sous la direction du directeur	Groupe de pilotage	Groupes de Travail
Au fil du mois de Juillet 2016				Point d'étape et disponibilité si besoin pour soutenir les réflexions des groupes de travail Animation de réunion avec l'équipe d'internat au complet sur le cahier de bord, les outils de la loi 2002, le projet de service, le règlement de fonctionnement, la composition des groupes, les objectifs de travail		Distribution des thématiques : projet de service, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés aux professionnels de l'internat avec ressources documentaires
6/07/16				Suite à la satisfaction de l'ensemble des professionnels : travail commun sur la logistique du projet (équipe de nuit, d'internat et des services généraux)		
7/07/16			Point de formation et d'information sur les attendus du projet aux agents d'intérieur qui vont être valorisés en maîtresses de maison			
25/07/16				Réunion de présentation adaptée aux jeunes des pavillons pour avis et échanges sur les aménagement à venir		
28/07/16			Présentation aux DP de l'aboutissement des aménagement horaires et de fonctionnement du service d'internat pour avis et consultation et aménagement éventuels avant fin du projet (même s'il restera évolutif)			
09/16			Fin des aménagements de fonctionnement Présentation à l'ARS de l'aboutissement du projet après construction avec l'ensemble des acteurs et impacts budgétaire pour l'établissement	Fin des aménagements de fonctionnement	Fin des aménagement s de fonctionnement	Fin des aménagement de fonctionnement
10/16	Livraison du troisième pavillon soit réaménagements des trois pavillons et recombinaison des équipes et des enfants et adolescents					
Mois suivants	Visite de conformité Modalités d'évaluation du projet en interne et par le biais de questionnaires satisfaction usagers et familles.					

Ce plan d'action a été un outil mis pour limiter les risques et servir les enjeux du projet. Celui-ci a permis de réaliser le projet en prenant en compte les éléments du contexte.

J'ai veillé à hiérarchiser les actions.

J'ai dû accompagner, avec mes collaborateurs du COPIL, ces nombreux changements autant dans un souci de maintien du climat social satisfaisant que pour susciter de l'adhésion et de l'implication dans ce projet de restructuration ayant des répercussions globales sur l'établissement.

ANNEXE 8 : Le tableau des emplois avant et après projet au 01/09/16

(.....= Evolutions)

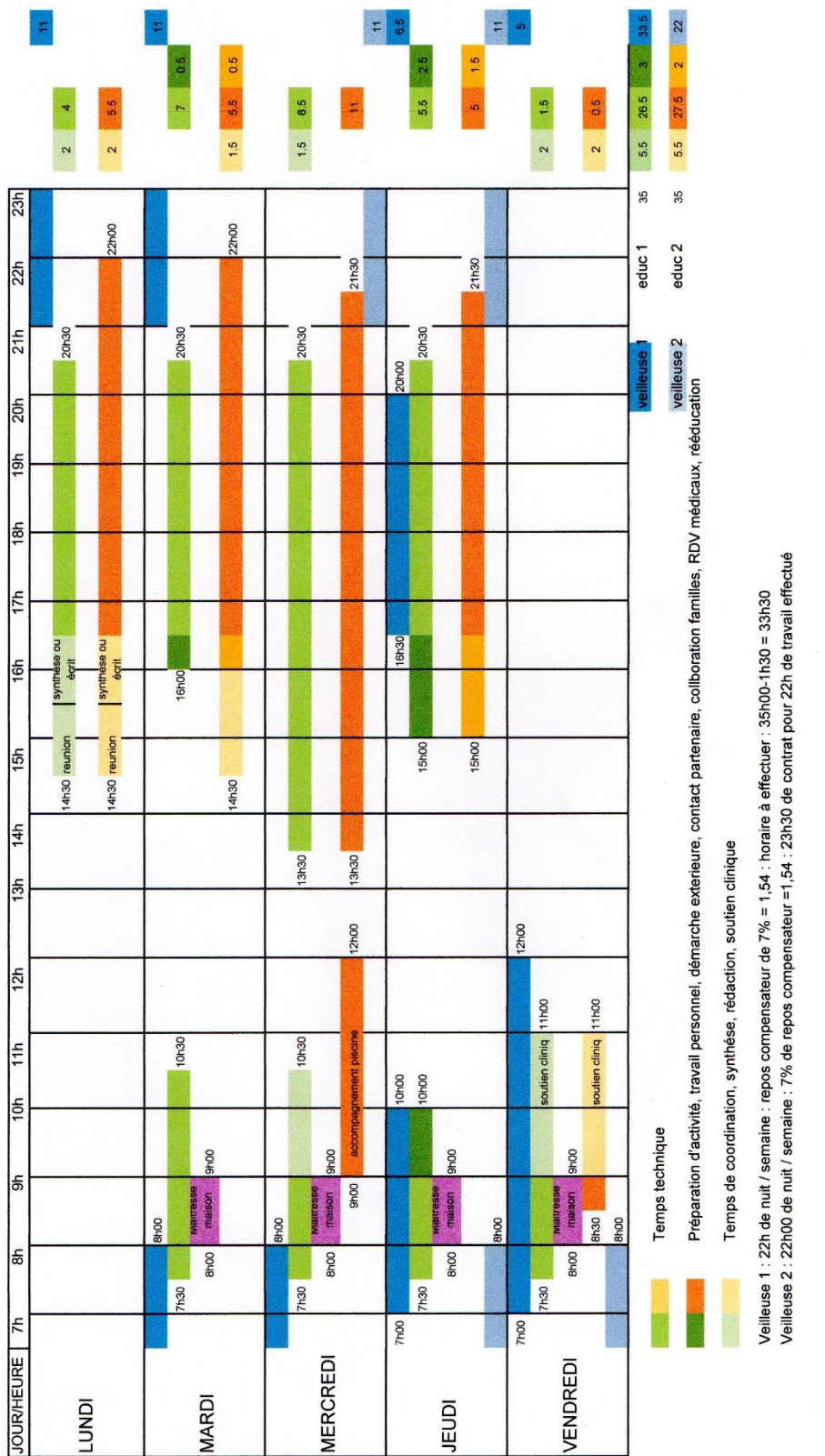
Catégories professionnelles	Avant le projet : 2 internats (24 usagers)		Après le projet : 3 internats (24 usagers)	
	Agents	Postes ETP	Agents	Postes ETP
1.Direction-Encadrement :				
-Directeur	1	0.5	1	0.5
-Directeur adjoint	1	0.9	1	0.9
2. Administration-Gestion :				
-Cadre administratif-comptable	1	0.5	1	0.5
-Secrétaire	1	1	1	0.9
3.Services généraux-Restauration :				
-Technicien entretien maintenance	1	1	1	1
-Chauffeur	3	2.3	3	2.3
-Cuisinier	1	1	1	1
-Aide cuisinier	1	1	1	1
-Agent de service entretien	2	2	0	0
-Agent de service Lingerie	1	1	0	0
-Ouvrier qualifié-Maîtresse de maison	0	0	3	3
Total :	9	8.3	9	8.3
4. Socio-éducatif Externat :				
-Educateur spécialisé	4	4	4	4
-Educateur spécialisé moniteur équestre	1	0.85	1	0.85
-Educateur spécialisée chargée d'insertion (actuellement ME)	1	1	1	1
-Moniteur éducateur	3	3	3	3
-Educateur technique	1	1	1	1
-Professeur d'EPS	1	1	1	1
Total externat :				
Ratio éducatif (54/10.85)=4.97	11	10.85	11	10.85
4. Socio-éducatif Internat :				
-Educateur spécialisé	4	4	4	4
-Educateur spécialisé moniteur équestre	1	0.15	1	0.15
-Educateur technique	1	1	1	1
-BTS ESF (grade ES)	1	1	1	1
-AMP Veilleur	1	1	1	1
-Ouvrier qualifié-Veilleur	0	0	1	0.67
Total Internat :	8	7.15	9	7.82
Ratio (24/6.15 sans veilleuses)=3.9				
5.Paramédical : Psychologue				
	2	1	2	1
6.Médical :Médecin Psychiatre				
	1	0.25	1	0.25
TOTAL :	34	30.45	35	31.12 (soit +0.67)
7.Autres :				
-Vacation : Art-thérapeute	1	0.34	1	0.34
-Contrats temporaires : CDD renfort autisme	2	1.5	2	1.5
TOTAL :	37	32.29	37	32.96

+En détachement de l'éducation Nationale : une enseignante (1ETP)

La restructuration du service d'internat (redéploiement sur trois bâtiments et mise aux normes des horaires du service) suscite un accroissement de la masse salariale à hauteur de 0.67ETP.

ANNEXE 9 : La grille des horaires du service d'internat

PLANNING HORAIRE
PAVILLON DES ENFANTS



ANNEXE 10 : L'étude budgétaire de la restructuration du service

Coût de la restructuration du service en groupe II – Personnel :

Calcul d'un temps partiel supplémentaire surveillant / veilleur de nuit

ouvrier qualifié

après 5ans d'ancienneté : coef 411

23h30

	411	
VP	3,76	
Ind Suj	8,21%	
7pt risque	26,32	
	1698,55	Tplein
	1140,46	23h30
	13685,5	annuel
	7663,88	ChPat (56%)
	21349,38	coût annuel

3 postes maîtresse de maison :

Agent 1 (CG) :	coef agent de service après 10 ans	400	prochain	01/10/2018	406
	coef ouvrier qualifié après 10 ans	432	prochain	01/10/2018	448
		32 pts			
	Brut +ChPat	203,11	par mois		
		2437,31	par an		
Agent 2 (MD) :	coef agent de service après 7 ans	391	prochain	01/02/2017	400
	coef ouvrier qualifié après 7 ans	415	prochain	01/02/2017	432
		24 pts			
	Brut +ChPat	152,33	par mois		
		1827,98	par an		
Agent 3 (CF) :	coef agent de service après 10 ans	400	prochain	16/11/2018	406
	coef ouvrier qualifié après 10 ans	432	prochain	16/11/2018	448
		32 pts			
	Brut +ChPat	203,11	par mois		
		2437,31	par an		

Total surcoût 28 051,98

Historique des Excédents groupe II Compte administratif

2013	18 572,22
2014	54 710,16
2015	8 570,76

Le coût de la restructuration de l'accompagnement est de 28051.98 Euros (soit pour 2016, de 7012^e). Il représente 2% du budget du groupe II annuel. Au BP 2016, ces postes n'avaient pas été budgétés. Ceux-ci vont être négociés avec l'ARS pour le budget prévisionnel 2017. A défaut, la somme sera reprise sur nos excédents antérieurs (non pérennes).

ANNEXE 11 : Le plan de communication

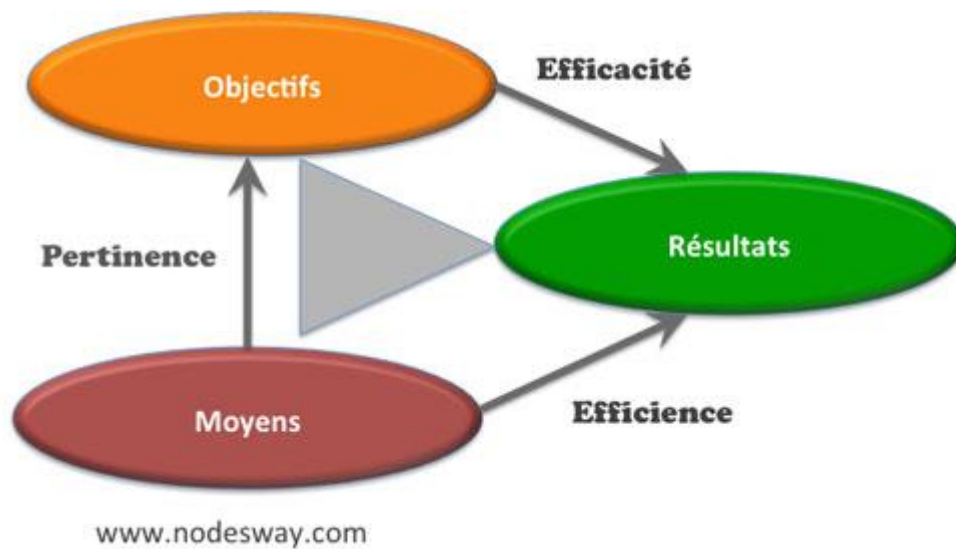
Cible	Objectif du message	Périodicité	Structure de communication	Suivi des résultats	Responsable
A l'interne : associer l'ensemble des acteurs au changement, prévenir et lever les résistances, fédérer et mobiliser, favoriser bon climat social					
CA/ Instances	Informé de la stratégie sur le plan d'action, de l'encourt du projet Réajustement éventuel	Lors des CA Tous les 3 mois	Intervention au CA	Validation par le CA des propositions du projet	Directeur
Instances représentatives du personnel	Informé sur l'avancée du projet le développement, les nouvelles orientations Instaurer un climat de confiance Avis consultatif sur les propositions de restructuration	Dès le début du projet Au fil des avancées du projet Lors des réunions d'équipes	DP Réfèrent santé au travail	Adhésion aux orientations, aux propositions émises Compte rendus	Directeur
Salariés	Information mobilisatrice qui responsabilise Fédérer autour du projet Plus-value pour les usagers Rappel des valeurs, des missions Information quant aux mutations du secteur social et médico-social Plus-value pour la qualité de travail Cadre réglementaire respecté Faire du lien entre les équipes externat, internat, service généraux	Dès le début, puis au long cours lors du groupe de pilotage, lors des groupes de réflexion et des réunions d'équipe	Entretien individuel Groupe de parole Groupe d'analyse des pratiques Réunions institutionnelles	Nombre de salariés participants aux travaux Retour lors des entretiens individuels	Directeur + Directeur adjoint
Usagers/familles	Informé du nouveau projet Rassurer, plus-value, qualité et diversité	Au début du projet A la fin du projet	Lettres d'information Modification contrat de séjour Rencontres si besoin Adaptation outils loi 2002-2 Invitation à l'inauguration des 3 pavillons	Demande de rendez-vous Appels téléphoniques Nombre de plaintes ou inquiétudes	Directeur Directeur adjoint
Usagers /Familles	Présentation du projet Présenter la plus value du projet Participation à la réflexion du projet Lister les besoins auxquels doit répondre un internat	En cours de projet	CVS	Taux de participation Enquête satisfaction éventuelle	Directeurs adjoints + Directeur du CVS
A l'externe : donner confiance, image positive d'un établissement qui innove, développer partenaires...					
Autorité de tarification	Rencontre partenarial Avancée du projet	Dès le début du projet Au fil des avancées Au final : présentation du nouveau projet Invitation à l'inauguration des pavillons	Courrier Mail Rencontres	Adhésion aux orientations Attribution de moyens	Directeur
Inspection du travail Direccte	Evolution du projet Présentation des orientations en matière de conditions de travail et aux RPP (régime professionnel de prévoyance)	Dès que de besoin Communication régulière	Rencontres échanges Invit au groupe projet Courrier Associé au CHSCT Invit réunions de DP	Pas de réclamation ou injonction Horaires de travail réglementaires	Directeur
Médecine du travail	Présentation des orientations notamment ce qui touche aux conditions et à la santé au travail, aux RPP	Dès que de besoin Communication régulière	Rencontres échanges Invit au groupe projet Invit aux réunions DP	Pas de plainte de souffrance au travail en lien avec l'organisation du service Amélioration des conditions de travail de la veilleuse, des éducateurs en lien avec les nuits	Directeur
Partenaires	Faire connaître l'établissement	Au terme du projet	Journées portes ouvertes Evènements festifs Article de presse Présentation projet à la MDPH	Développement de partenariat en lien avec les orientations du projet	Directeur Directeur adjoint Ensemble des salariés

(Document uniquement destiné au comité de direction)

Au 25/05/2016

ANNEXE 12 : L'évaluation de la performance de la démarche projet

Schéma de la mesure de la performance : *efficacité - efficience - pertinence*



(Extrait du site : piloter.org, consulté le 30/08/16)

Ce schéma sera à conjuguer avec les indicateurs des tableaux de bord de l'ANAP et des indicateurs du projet de réforme SERAFIN-PH.

GUILLOTTE

Julie

Novembre 2016

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

ETABLISSEMENT DE FORMATION : APRADIS Amiens

LA RESTRUCTURATION D'UN INTERNAT EN IME

**Une opportunité de changement pour optimiser la personnalisation de
l'accompagnement des enfants et des adolescents**

Résumé :

D'un constat de nécessité d'améliorer la qualité d'accueil sur les pavillons d'internat de l'IME, la réalisation d'un projet de construction d'un troisième pavillon est engagée.

Il a pour objectif d'augmenter le nombre de chambres et permettre désormais des chambrées en paire ou en individuel.

Après une analyse du contexte, plus qu'un simple redéploiement d'usagers par pavillon sur la nouvelle construction, l'opportunité est saisie pour engager une réflexion nécessaire sur le projet de service.

Cette opportunité va permettre de mieux répondre aux besoins, aux attentes du public et de leurs familles en matière d'accompagnement médico-social, de garantir le bien-être au travail des professionnels.

Ce projet engage la restructuration de l'internat, et plus globalement du projet d'établissement, en respectant les politiques actuelles, les contraintes budgétaires, la législation travail et conventionnelle.

Ce travail expose les enjeux, auxquels le pilotage managérial doit répondre et la conduite de dynamique de changement et d'innovation déployée.

Mots clés :

HANDICAP, DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, IME, INTERNAT, QUALITÉ, PROJET DE SERVICE, PILOTAGE, STRATÉGIE, PERSONNALISATION, ÉPANOUISSEMENT, RESPECT, AUTONOMIE, BESOINS, CITOYENNETÉ

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.