

ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

**Directeur d'établissement social
et médico-social public
Promotion 2002 - 2003**

**LE PROJET D'ETABLISSEMENT AU SERVICE DE LA FUSION D'UN
ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL.**

**Le projet d'établissement : garant de la fusion ?
Et si la fusion était aussi garante du projet...**

Laurence POILLERAT

Remerciements

Je remercie tout particulièrement Jean POITEVIN pour son accueil au sein de l'établissement qu'il dirige, pour la confiance qu'il m'a témoigné en me permettant de réaliser deux missions essentielles pour un directeur, pour l'écoute et le soutien qu'il m'a accordé durant mon stage. Je lui suis particulièrement reconnaissante d'avoir été disponible et de m'avoir guidé avec rigueur et pédagogie tout au long de cette année de stage.

Je souhaite associer à ces remerciements, Albane TRIHAN et Isabelle GABALDA, directrices adjointes, pour la qualité de nos échanges.

Je remercie sincèrement l'ensemble des personnels de l'Institut Médico-Educatif le Val d'Essonne et leur cadre socio-éducatif Claudette SCHUMACHER pour leur accueil, la qualité du travail effectué ensemble, avec l'espoir que ce mémoire traduira le chemin parcouru par cet établissement et les perspectives de son avenir.

Je remercie également Joël CLEMENT, Directeur de mon mémoire, pour m'avoir suivi et conseillé durant sa rédaction.

Enfin, je remercie très sincèrement toutes les personnes qui m'ont apporté de l'aide et des conseils dans la réalisation de ce travail.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 DE L'IMPORTANCE DE LA DEMARCHE PROJET DANS LE CADRE D'UNE FUSION	4
1.1 La fusion, un phénomène aujourd'hui incontournable	5
1.1.1 Pourquoi les entreprises du secteur libéral fusionnent-elles ?.....	5
A) Il existe différents types de fusion dans le secteur marchand	5
B) ... répondant à des logiques ou à des stratégies particulières.....	6
C) ... alors, quelles sont les règles pour réussir une fusion ?	8
1.1.2 Les fusions, plus récentes dans le secteur sanitaire, ne semblent pas plus aisées.	11
A) Les raisons sont différentes du secteur industriel mais dans un même contexte économique.....	11
B) ... L'expérience et l'analyse des fusions d'entreprises ont-elles servies lors des fusions hospitalières ?	13
C) ... et qu'en est-il dans le secteur social et médico-social ?	14
1.2 ... où la conduite stratégique de projet prend toute son importance	15
1.2.1 La méthodologie de la conduite du projet.....	16
A) La méthodologie d'élaboration et de mise en œuvre du projet.....	17
B) Les critères d'appréciation du projet d'établissement	18
C) ... doivent s'accompagner d'une démarche qualité	20
1.2.2 La place du management, dans les organisations sanitaires et sociales en particulier, est ici capitale.	22
A) Quelle organisation ?	22
B) Quel type de management ?.....	23

C) Pour quel manager ou directeur ?	26
2 LE PROJET D'ETABLISSEMENT : UN CHOIX STRATEGIQUE DU DIRECTEUR DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FUSION.	32
2.1 Du rattachement de l'IME à l'ILVM	33
2.1.1 Deux structures très différentes en histoire et en taille... ..	33
A) L'Institut Le Val Mandé (ILVM), un établissement centenaire.....	33
B) L'Institut Médico-Educatif (IME), un établissement jeune sans réelle autonomie.....	37
2.1.2 ... qui déterminent le cadre de l'accompagnement à la fusion.....	38
A) Le rattachement, un choix difficile,	39
B) Une procédure complexe à mettre en œuvre	39
C) Une communication primordiale	44
2.1.3 ... et la prise en compte de la dimension sociale.	45
A) Une situation de crise... ..	46
B) ... devenue une dynamique positive de la crise	49
C) ... ont permis de conduire les équipes au changement.	53
2.2 ... à la conduite du projet d'établissement	54
2.2.1 Pourquoi le projet d'établissement ?	54
A) Un soutien à la fusion, une projection sur l'avenir... ..	54
B) Dans une réponse à l'obligation réglementaire.	56
2.2.2 Comment le projet d'établissement ?	57
A) Un recueil d'informations indispensable	57
B) Les modalités d'organisation d'une démarche participative.	58
3 DE LA VALIDATION A L'EVALUATION POUR UNE PERENNISATION DES PROJETS.	61
3.1 Quels sont les gages aujourd'hui de la réussite des projets	62
3.1.1 Un repositionnement pour l'ILVM	62
A) Une nouvelle dimension pour l'ILVM ?... ..	62
B) ... ou la dimension qu'il avait dans le passé ?.....	64
3.1.2 Une reconnaissance pour l'IME.....	65
A) Une direction de proximité.....	65
B) Une confiance retrouvée	66
C) ... par une reconnaissance auprès des partenaires.....	67
3.2 Quels pourraient être les freins ?	68
3.2.1 La résonance de la fusion dans l'organisation générale de l'ILVM	68

A) La nouvelle configuration de la structure ILVM...	69
B) ... qui nécessite une adaptation de l'organisation générale	73
C) Une direction collégiale ?	74
3.2.2 La capacité d'intégration d'un service déconcentré.	75
A) Les difficultés à vivre une gestion centralisée et à distance.	75
B) Pallier au risque de recréer l'isolement.	76
CONCLUSION	79
Bibliographie	81
Liste des annexes	I
Annexe 1	II
Annexe 2	III
Annexe 3	V
Annexe 4	VI
Annexe 5	VII
Table des illustrations	IX

Liste des sigles utilisés

ILVM :	Institut Le Val Mandé
IDA :	Institut Départemental des Aveugles
IME :	Institut Médico-Educatif
IMEVE :	Institut Médico-Educatif Le val d'Essonne
CDES :	Commission Départementale d'Education Spécialisée
CA :	Conseil d'Administration
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
CE :	Conseil d'Etablissement
CHSCT :	Comité d'Hygiène, de la Sécurité et des Conditions de travail
DRASS :	Directeur Régional de l'Action Sanitaire et Sociale
DDASS :	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
CROSS :	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.
SROS :	Schéma régional d'Organisation Sanitaire
SIH :	Syndicat Interhospitalier
GIP :	Groupement d'Intérêt Public
GEPSSO :	Groupement d'Etablissements Publics Sociaux
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAMIF :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie de la région Ile de France
ASSEDIC :	Association pour l'Emploi et le Développement dans l'Industrie et le Commerce
CGOS :	Comité Général des Œuvres Sociales
APHP :	Assistance publique Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

L'action sociale prend en compte les évolutions politiques, économiques et sociales qui ont peu à peu forgé les choix et les orientations de l'Etat, puis de l'Etat décentralisé, et qui ont guidé les conduites des collectivités et des associations dans l'espace social et la société.

Les établissements sociaux et médico-sociaux sont conduits à composer avec l'ensemble des modifications de la société et à intégrer des conceptions innovantes permettant de gérer, avec circonspection et imagination, les transitions et articulations, entre une action sociale spécialisée et segmentée en une action sociale globale, entre des priorités d'actions collectives et l'accompagnement et le traitement spécifique de publics en difficultés sociales, handicapés ou inadaptés.¹

C'est dans le cadre de ces changements sociétaux, dans un contexte économique difficile que les regroupements des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux interviennent.

La loi n° 75 – 535 du 30 juin 1975 préconisait déjà « la coordination » des institutions sociales et médico-sociales et la constitution de groupements. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale donne un nouvel éclairage de ce que doivent être les institutions sociales et médico-sociales aujourd'hui et demain. Elle préconise notamment le

¹ Patrick Lefèvre – Guide de la fonction de directeur d'établissement social ou médico-social - Editions Dunod – avril 1999 – 405 pages, p 15-16

regroupement des établissements en ses articles 20 et 21 – section 4 et rend par ailleurs obligatoire l'élaboration de projet d'établissement. Elle vient réaffirmer ce principe de regroupement ou de fusion en inscrivant cette possibilité dans le code de l'action sociale et des familles (article L 312-7).

Le secteur marchand dès la fin des années soixante, puis le secteur sanitaire ont utilisé ou ont été contraints à opérer de nombreuses fusions ou restructurations. Il semblerait que nombre des fusions réalisées à ce jour soient souvent perçues comme des échecs quand ces échecs ne sont pas avérés. Les causes de ces échecs ont été en partie analysées et cette analyse intéresse autant le secteur industriel que le secteur sanitaire ou social, autant le secteur privé que le secteur public.

Alors, comment réussir une fusion et plus particulièrement la fusion de deux établissements médico-sociaux ? Quels sont, au regard des expériences et des analyses dans le secteur marchand ou le secteur sanitaire, les enjeux, les écueils à éviter, les précautions à prendre ?

Par ailleurs, alors que les annexes XXIV (article 30 des dispositions générales) demandent aux établissements médico-sociaux d'élaborer des projets d'établissements et des projets personnalisés depuis de nombreuses années déjà, il est demandé aujourd'hui et notamment à travers la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, d'élaborer des projets beaucoup plus formalisés et plus innovants, à se pourvoir de méthodologie d'action, à s'inscrire dans une interaction avec les partenaires de l'environnement, que ce soit les familles ou les décideurs, et à mettre en action une évaluation permanente.

Aussi aujourd'hui, le projet d'établissement permet-il, à la lumière du présent, une adaptation de l'existant, une anticipation sur l'avenir dans un cadre réglementaire rénové.

Comment allier fusion et projet d'établissement dans une démarche identique ? La méthodologie d'une démarche de projet ou d'une démarche par projet peut-elle répondre à cette problématique ?

La fusion entraîne-t-elle automatiquement une perte d'identité pour l'un des protagonistes, et le projet d'établissement peut-il être au contraire porteur d'une reconstruction identitaire ?

C'est à partir de ces questionnements que je vous présenterais, à travers l'expérience du rattachement (fusion-absorption) de l'Institut Médico-Educatif « le Val d'Essonne »

(IMEVE) à l'Institut Le Val Mandé (ILVM) et la mise en œuvre de l'écriture du projet d'établissement de ce nouveau service, la démarche entreprise pour la réussite de ces projets.

Je m'efforcerai, après avoir défini le principe des fusions, analysé les principales causes de leurs échecs, positionné la démarche de projet et la place du management dans les organisations (1), de répondre aux questions soulevées par cette fusion-absorption, de démontrer que la mise en œuvre du projet doit être un moteur pour le devenir de l'institution (2) mais aussi pour la réussite de la démarche et la pérennisation des projets dont les atouts comme les freins ne doivent pas être minimisés (3)

1 DE L'IMPORTANCE DE LA DEMARCHE PROJET DANS LE CADRE D'UNE FUSION

Dans le secteur industriel, puis dans le secteur sanitaire et demain dans le secteur social et médico-social, les fusions, les regroupements d'entreprises, d'hôpitaux ou de structures prennent ou prendront une place de plus en plus prégnante.

L'actualité montre les difficultés liées à ces fusions et les conséquences économiques et humaines que peuvent avoir les échecs en la matière.

Les fusions ne s'improvisent pas, elles doivent être préparées, en amont comme dans l'après fusion. Au regard des analyses effectuées, il est donc indispensable de mettre en place une démarche de projet adaptée et les stratégies afférentes au type de fusion qui sera réalisée.

Aussi, après avoir défini les grandes catégories de fusion et regardé d'un peu plus près l'analyse de ces fusions dans le secteur industriel puis dans le secteur sanitaire et social, les raisons ou causes des échecs et les écueils à éviter (1.1), nous verrons comment une conduite stratégique de projet peut répondre, à la problématique de la fusion comme à celle de tout autre projet, ainsi que l'importance du style de management et du rôle du directeur dans cette démarche (1.2).

1.1 La fusion, un phénomène aujourd'hui incontournable...

Depuis la fin des trente Glorieuses, dans un contexte économique difficile, le regroupement, les fusions d'entreprises privées se sont multipliées.

Le cadre réglementaire a préconisé ces regroupements dès la réforme de l'hospitalisation en 1970 pour le secteur sanitaire et dès la loi du 30 juin 1975 pour le secteur social et médico-social. Cependant, il faudra attendre les ordonnances de 1996 pour que le phénomène des fusions prenne la place qu'elle occupe aujourd'hui dans le secteur sanitaire et la loi du 2 janvier 2002 pour amorcer réellement ces regroupements d'établissements dans le secteur social et médico-social.

A quelle logique répondent les fusions dans le secteur industriel, et quelles sont les principales raisons de leurs échecs (1.1.1), qu'en est-il dans le secteur sanitaire, puis dans le secteur social et médico-social (1.1.2)

1.1.1 Pourquoi les entreprises du secteur libéral fusionnent-elles ?

Dans un contexte de recomposition mondiale d'un certain nombre de secteurs du monde industriel, les entreprises françaises comme les autres n'ont pas échappé au phénomène des opérations de fusion. L'année 2000 a été marquée par plusieurs accords internationaux historiques : Vivendi - Universal, France Télécom – Orange pour ne citer qu'eux. Quelles sont les raisons de ces regroupements, quelle forme revêtent-ils et à quoi sont dus les échecs de certains d'entre eux ?

A) Il existe différents types de fusion dans le secteur marchand

a) *La fusion acquisition*

Avec la globalisation de l'économie, les opérations de fusions-acquisitions sont devenues l'un des vecteurs les plus utilisés par les entreprises pour leur développement et l'accroissement de leur compétitivité.

La complexité de ces opérations rend extrêmement difficile la détection et l'évaluation des risques.

Financièrement, les opérations de fusion-acquisition s'analysent comme la cession suivie d'une augmentation de capital de la société acquéreuse réservée aux actionnaires de la société cédée.

b) La fusion absorption

La fusion absorption est la forme classique des opérations de fusions. Au terme d'une fusion absorption, la société absorbante demeure alors que la société absorbée disparaît, la totalité de ses actifs et de ses passifs ayant été repris par la société absorbante.

B) ... répondant à des logiques ou à des stratégies particulières...

a) Les raisons stratégiques des fusions...

La plupart des fusions sont entreprises ou motivées par des attentes en terme de croissance ou pour des raisons de coût.

La raison majeure et première de la fusion des entreprises est la création de valeur : une plus grande efficacité, un potentiel et des bénéfices accrus. Pour atteindre ces objectifs, nous trouvons plusieurs raisons stratégiques :

L'économie d'échelle est le premier objectif économique de l'entreprise qui se porte acquéreur. Elles vise à réduire les coûts unitaires ou les capacités excédentaires dans des environnements très compétitifs et souvent dérégulés.

La fusion verticale : L'intention stratégique est l'intégration verticale en amont et/ou en aval de la chaîne de valeur. Peu d'entreprises ont récemment fusionné sur ce modèle. Nous voyons ce type de fusion en particulier dans l'industrie du pétrole pour intégrer une capacité d'exploration plus importante ou acquérir une position dans la distribution.

La fusion concentrique : Réalisée pour accroître la valeur, lorsqu'une meilleure proposition de valeur est faite au même groupe de clients qu'avant la fusion.

La fusion latérale ou horizontale : l'objectif stratégique premier est de regrouper des entreprises hétérogènes autour d'une compétence centrale. Ces fusions ont généré peu de réussites dans les années 80.

b) ... ont évolué sur les dernières années, mais ces fusions se sont souvent révélées des échecs...

Nous constatons une évolution des raisons invoquées ainsi qu'un nombre croissant de fusions sur les dix dernières années.

Les rapprochements effectués dans les années 60-70 visaient essentiellement à former des conglomérats. Ils ont péché par manque d'objectifs précis.

Dans la décennie 80, les rachats de sociétés se sont soldés par des échecs par excès d'endettement.

Les spectaculaires fusions des années 90, qui étaient purement stratégiques, visaient essentiellement à créer des synergies, elles ont trouvé leurs limites dans l'incompatibilité entre les modes de fonctionnement de deux sociétés.

De nombreux regroupements récents étaient purement tactiques et visaient à générer un bond en avant pour rendre les entreprises en jeu plus compétitives. Alors que la création de valeur est devenue le credo des entreprises, la destruction de valeur est en fait une réalité, parce que les entreprises n'ont pas su gérer les divers changements qu'implique une fusion.

c) *... dont les causes essentielles ont repérées*

Une enquête mondiale a été effectuée par A.T. Kearney Management Consultant en 1998 – 1999 sur le phénomène des fusions et 115 d'entre elles ont été analysées. Il ressort de cette étude que les entreprises bâclent souvent l'organisation de la fusion. Les points suivants montrent les problèmes les plus souvent rencontrés qui conduisent à l'échec.

- L'absence d'une vision claire, par les deux partenaires, de ce vers quoi tend la fusion.
- Le choix de la croissance comme facteur dominant de la fusion et l'obtention de gains rapides sans tenir compte du facteur humain et de l'adhésion des personnels.
- L'absence d'une réelle politique de communication et le manque d'implication directe des dirigeants afin de réduire les sentiments d'incertitude ou de frustration.
- L'absence de gestion ou une mauvaise gestion des risques inhérents à tout contexte de fusion.
- Le refus de reconnaître les obstacles culturels parce qu'ils ne peuvent être levés rapidement.

Or le choc des cultures semble être une des causes essentielles de l'échec de nombreuses fusions.

Nous trouvons par exemple dans les mégafusions enlisées dans des divergences culturelles des années 1990 : les groupes pharmaceutiques Pharmacia et Upjohn, les

constructeurs automobiles Benz et Chrysler, les établissements financiers Citicop et Trelers Group.

L'échec de la BNP face à la Société Générale serait dû à l'opposition aussi constante que déterminée du personnel.

Alors qu'appelle –t-on culture d'entreprise ?

Ce sont les valeurs et les principes qui régissent l'entreprise à l'image de la personnalité d'un individu. La culture d'entreprise est la somme de plusieurs éléments tangibles et intangibles.

Edgar Schein, spécialiste de la culture et du leadership des entreprises, dans une étude en 1998 a observé que la culture d'entreprise trouve son expression dans des principes tangibles : bureaux ouverts ou fermés, tenue vestimentaire, degré de décontraction, grille de rémunération et mesures de performance, réputation sur le marché.

Ces principes contiennent de précieux renseignements sur les valeurs de l'entreprise, ses missions, ses règles de comportement implicites et le ressort qu'elle utilise pour motiver ses collaborateurs. Ces valeurs sont elles-mêmes le reflet de conceptions tacites sur le fonctionnement de l'entreprise et de son personnel.²

C) ... alors, quelles sont les règles pour réussir une fusion³ ?

a) Les atouts pour réussir une intégration

L'enquête menée par A.T. KEARNEY offre un panorama des fusions réussies dans les années 1990, les entreprises ayant mis certains atouts de leur côté comme :

- Viser près de chez soi et se concentrer sur un métier de base : Acheter des entreprises en rapport direct avec les activités de l'entreprise acquéreuse autour d'un métier de base solide.
- Avoir des ressources financières suffisantes : la solidité financière est une caractéristique significative dans la réussite des meilleures fusions..

² Robert J Thomas – L'audit culturel au secours des fusions-acquisitifs – Outlook – le magazine des idées qui créent le futur – Andersen Consulting – juin 2000 – 6 pages, p2

³ Max M. Habeck – Fritz Kröger – Michael R Träm - Après la fusion - Préface de Patrice Zygband – Editions Dunod - 2001- 161 pages.

- Mettre en place un processus de direction générale aussi bien dans la décision que dans la mise en œuvre.
- Obtenir des synergies anticipées à mettre en œuvre rapidement.
- Prendre en compte les facteurs humains et de la communication.

Favoriser l'adhésion

Les auteurs du livre « Après la fusion » schématisent le **triangle de la fusion réussie** de la manière suivante :

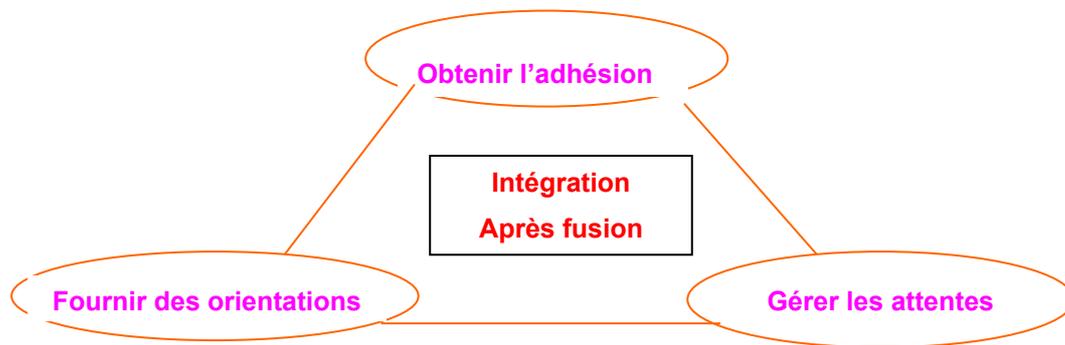


Figure 1 – Trois points au centre de l'intégration⁴

L'adhésion doit être effective à tous les échelons, de la direction comme des salariés. Elle doit être acquise très tôt et rapidement.

L'ensemble des salariés doit être informé des **orientations**, afin d'adhérer à la « vision » de la fusion.

Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des entreprises, toutes les **attentes** doivent être gérées de façon proactive et directe. Ceci suppose une information ouverte et honnête dès le départ, puis une communication tout au long du processus d'intégration.

Quel que soit le type de fusions réalisées, le choix des entreprises est guidé par la création de valeur actionnariale. Or il apparaît que près de 58 % des fusions se soldent par un échec avec la déception des partenaires financiers, la démotivation des collaborateurs et finalement la destruction de la valeur.

Les problématiques rencontrées dans le cadre des fusions du secteur industriel ne sont pas propres à ce secteur. Leurs antécédents au secteur sanitaire auraient dû permettre de mieux appréhender les regroupements et fusions du secteur hospitalier. On constate qu'à peu de chose près, le contexte, les raisons, les écueils sont similaires.

Alors qu'en est-il dans le secteur sanitaire ?

1.1.2 Les fusions, plus récentes dans le secteur sanitaire, ne semblent pas plus aisées.

La coopération des établissements de santé est évoquée dans le code de la santé publique à l'article L 712-20, issu de la réforme hospitalière du 24 avril 1996 - ordonnance n° 96 – 346 – Cette coopération peut prendre plusieurs formes.

- Convention de coopération
- Création de syndicat interhospitalier (SIH) ou un groupement d'intérêt public (GIP)
- Création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.

Cette coopération rendue obligatoire depuis la réforme de 1996 était déjà évoquée lors des réformes hospitalières de 1970 et 1991. Cependant, depuis 1996, la fusion peut être imposée par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) – article 38 de l'ordonnance du 24 avril 1996. Un rapport de la direction des hôpitaux publié en 1999 fait état de 330 opérations de rapprochement depuis 1994 dont 68 fusions intéressant 153 établissements et 73 opérations de coopérations entre établissements, formalisés par la création de personne morale dédiées (GIE, groupement de coopération sanitaire, syndicat inter-hospitalier.)

A) Les raisons sont différentes du secteur industriel mais dans un même contexte économique...

a) *Une logique d'alliance propre au secteur hospitalier...*

Le Docteur Monique RAIKOVIC dans un article sur les fusions hospitalières⁵ reprend les propos et observations du Professeur Alain Bernadou - médecin honoraire de l'Hôtel Dieu (Paris) chargé d'esquisser les contours de ce processus de restructuration - qui souligne que compte tenu de la dynamique imposée par les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), l'hôpital n'échappe pas à la logique d'alliance, à l'œuvre aujourd'hui

⁴ Max M. Habeck – Fritz Kröger – Michael R Träm - Après la fusion - op. cit. p15

⁵ Monique Raikovic - les fusions d'établissements - Décision santé n° 165 – 15 octobre 2000 – 7 pages, p 13

dans tous les secteurs de l'industrie, mais que dans le cas de l'activité hospitalière, la logique d'alliance s'articule autour de cinq éléments incontournables : le temps (urgence et proximité) ; la segmentation des pathologies (cardiologie, rhumatologie, oncologie...) ; la technique (dialyse) ; les situations sociales des patients (handicaps, précarité...) ; les âges de la vie (néonatalogie, gériatrie...)

b) ... dans un contexte de *recomposition du paysage pour ordonner l'offre de soins*⁶.

La logique étatique de cette recomposition de l'offre de soins vise « à mettre de l'ordre » dans le tissu hospitalier par la perspective d'un maillage sectoriel ou régional d'une offre graduée de soins permettant d'apporter des réponses adaptées sur un secteur géographique donné permettant d'accroître la performance du système de santé.

De plus, à la différence du monde industriel qui ne considère pas comme essentielle la localisation d'une entreprise, l'implantation géographique de l'hôpital est une donnée primordiale dans un contexte où la notion de bassin de population a servi de fondement à l'élaboration des nouveaux SROS.

Cette logique de recomposition sanitaire oriente l'élaboration du SROS et préside à la rédaction des contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements et l'ARH.

L'origine des rapprochements entre établissements a souvent pour cause première un déficit d'exploitation lié à l'émergence de contraintes de plus en plus nombreuses et qui pèsent sur les charges des établissements – nous constatons que les contraintes ont plus lourdement pesé sur le secteur privé accentuant l'intensité des restructurations -.

Les premières opérations de rapprochement et de fusion figuraient dans les objectifs des SROS arrêtés par les préfets de région en 1994 et 1995.

Le Pr Bernadou souligne encore qu'il lui paraît souhaitable que le principe de la fusion ne puisse être envisagé, pour un bassin de population donné, que dans le but d'optimiser une masse critique de prestations de soins et un budget tout en assurant un nombre de lits suffisants, ce qui implique pour les établissements fusionnés, le maintien d'un équilibre entre les différents acteurs et le passage d'un statut de concurrence à une mise en complémentarité des missions .

⁶ Jan Pierre Claveranne, Christophe Pascal, David Piovesan - restructuration des établissements hospitaliers, les logiques du secteur public à l'épreuve du privé - gestions hospitalières - juin/juillet 2002 – 5 pages, p 444

B) ... L'expérience et l'analyse des fusions d'entreprises ont-elles servies lors des fusions hospitalières ?

a) *Le processus des fusions répond aussi à la logique de croissance*

L'analyse du processus des fusions hospitalières tient compte de la dimension économique des établissements, de leur dimension sociale, leur dimension médicale en termes de prestations de soins et du degré d'actualisation de l'outil de travail.

Le processus des fusions doit permettre à la nouvelle entité d'accroître l'activité globale des deux établissements, ce qui se traduit en gains de parts de marché grâce à la rénovation de l'outil de production.

La rénovation de l'outil de production doit être prise dans sa globalité afin d'améliorer la compétitivité économique et améliorer les conditions de travail des professionnels, d'où l'importance là encore de la culture d'entreprise.

b) *... dont les établissements sortent rarement indemnes...*

Le premier grand chantier lors des fusions hospitalières est l'organisation : Qui fait quoi ? en fonction de 4 objectifs essentiels :

Accroître la sécurité sanitaire, éradiquer les doublons, structurer le nouveau plateau technique et partager la pharmacie.

C'est donc à partir du projet médical que se recompose et se réorganise les établissements.

Dans pratiquement tous les cas, un des établissements sera inévitablement meurtri par la réorganisation – choix d'un directeur, recombinaison des huit instances délibératives et consultatives par exemple –

c) *... cependant la prise en compte du phénomène culturel, dans le secteur hospitalier, semble aujourd'hui effective...*

« Le regroupement de deux ou plusieurs établissements publics de santé bouleverse l'équilibre fragile entre équipes soignantes, médecins, services logistiques et unités administratives. »⁷

⁷ Gilles Calmes, Laura Lefranc – Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000 – Gestion hospitalière octobre 2000 – 6 pages, p 584.

Nous retrouvons, dans ce secteur comme dans le secteur industriel les phénomènes liés à la résistance au changement, à la peur de perdre ce qu'offrait l'ancienne organisation. Il est entendu aujourd'hui qu'il convient d'analyser et d'effectuer une évaluation approfondie de la culture des établissements, des positions et pratiques de chacun pour parvenir à une harmonisation consensuelle qui retienne le meilleur de chaque pratique.

Cependant si les données de base sont connues, le problème demeure : comment changer ?

d) *... pour aboutir à une coordination et à une harmonisation des actions.*

Une coordination des directions est nécessaire ainsi que la mise en place d'un nouvel organigramme de direction. La réorganisation administrative dépend directement de l'organigramme de direction et relève donc de la compétence du directeur.

La création d'une seule direction des ressources humaines est essentielle pour indiquer combien le projet social et l'accompagnement social du changement sont des données importantes de la fusion, sachant qu'il ne faut pas sous-estimer les réticences au changement et les inquiétudes des personnels face à la fusion.

La nécessité d'une communication de proximité continue et une disponibilité sont indispensables dans l'ensemble des phases de mise en œuvre de la fusion.

La réorganisation des fonctions logistiques et administratives constitue un véritable enjeu dans le cadre des fusions.

C) *... et qu'en est-il dans le secteur social et médico-social ?*

a) *Peu ou pas de recul, dans le secteur sanitaire et social, médico-social ou social.*

Je n'ai pas trouvé d'écrits, d'articles concernant la fusion ou le regroupement de ce type d'établissements, si ce n'est quelques cas disséminés⁸ – fusion d'une maison de retraite et d'un hôpital ou entre deux maisons de retraite - dans le cadre de mémoires d'élèves de l'ENSP. Je n'ai pas trouvé d'exemple non plus dans le secteur social, il semble cependant que la question se pose aujourd'hui plus particulièrement dans le secteur de l'enfance.

Cependant, la nécessité de regroupements dans ce secteur est tout aussi inévitable compte tenu de la complexité de l'environnement, des contraintes budgétaires et des

⁸ Defour – Mémoire directeur d'établissement sanitaire et social – ENSP - 1999

compétences de plus en plus pointues demandées dans de nombreux domaines, et surtout compte tenu de la taille des établissements,

En effet, les petits établissements (70 % des établissements sociaux et médico-sociaux ont moins de 100 places et seulement 8 % plus de 150 places) manquent de moyens tant budgétaires, techniques, qu'humains.

Malgré une formation de plus en plus pointue des directeurs d'établissements, ceux-ci ne peuvent être experts dans tous les domaines, ils ne peuvent pas non plus être continuellement sur « tous les fronts », c'est à dire œuvrer dans tous les domaines de la gestion de la prise en charge, ce qui est souvent le cas dans les petites structures, en l'absence de cadres intermédiaires.

Ce sont dans ces domaines, que synergies, mutualisation des moyens et des compétences, par le biais des regroupements, peuvent apporter des économies d'échelle et être une réponse adaptée aux problématiques évoquées ci-dessus.

Ainsi, quelque soit le secteur dans lequel les fusions interviennent, nous l'avons vu, les problèmes sont similaires. A travers ces aspects techniques, que ce soit sur le plan juridique, comptable, budgétaire ou organisationnel, la fusion paraît complexe, et difficile, cependant l'est plus encore la fusion des esprits, des volontés, des dynamismes, des logiques, ce qui fait la « culture » des établissements concernés⁹.

Le rôle, la place, le type de management et la stratégie qui sera mis en place par le dirigeant revêt ici toute sa dimension.

1.2 ... où la conduite stratégique de projet prend toute son importance

Les fusions demandent au préalable d'avoir une véritable stratégie de la conduite de projet, toutefois la démarche projet peut s'inscrire dans tous les types de projets, du projet

⁹ Monique Raikovic - les fusions d'établissements - Décision santé n° 165 – 15 octobre 2000 – 7 pages, p 20

individuel au projet collectif, du projet d'établissement au projet personnalisé, du projet social au projet architectural...

Le projet : « ... *expression du transitoire et de l'éphémère au service de réalisations ponctuelles et efficaces se veut en même temps recherche de permanence et de globalité, recherche de sens...* »¹⁰

L'approche stratégique de la conduite de projet, dont il sera question dans ce chapitre s'effectuera dans le domaine qui me préoccupe aujourd'hui, c'est à dire dans le champ de l'action sociale et des établissements sociaux et médico-sociaux en particulier. Le sujet est vaste, aussi je n'aborderai ici que les points qui ont servi ma réflexion et la méthodologie mise en œuvre dans le cadre de mon expérimentation sur le lieu de stage.

J'examinerai d'abord la méthodologie de la conduite de projet en tant que telle (1.2.1) puis la place du management et le rôle du directeur dans l'organisation (1.2.2).

1.2.1 La méthodologie de la conduite du projet

Le Robert définit le projet comme l'image d'une situation, d'un état que l'on pense atteindre.

Jean Pierre Boutinet, dans son anthropologie du projet¹¹ déclare à propos de la démarche par projet :

« se lancer dans une démarche d'innovation et de changement en utilisant le projet comme principe fondateur, c'est prendre à son compte quatre prémisses de base sans lesquels il ne saurait y avoir de démarche par projet et donc de démarche qualité : l'unicité de l'élaboration et de la réalisation, la singularité d'une situation à améliorer, la gestion de la complexité et de l'incertitude, l'exploration d'opportunités dans un environnement ouvert »

¹⁰ Jean Pierre BOUTINET - Anthropologie du projet - Editions PUF- 1991 – 350 pages, p 19

¹¹ Jean Pierre BOUTINET - Anthropologie du projet – Op.Cit.

A) La méthodologie d'élaboration et de mise en œuvre du projet

a) *Le fondement du projet,*

Il convient avant toute chose de reprendre ces points fondamentaux que souligne Jean Pierre Boutinet et qui constituent les principes de base de tout projet :

Le projet s'inscrit inmanquablement à partir d'une situation qu'il convient d'améliorer, dans un contexte et des environnements complexes, la démarche projet s'apparentant à une logique d'établissement ayant une volonté de résoudre les problèmes posés. Le projet ne peut être qu'unique et ne peut se concevoir que si il est réellement mis en œuvre, après son élaboration, pour atteindre les buts recherchés.

b) *L'analyse de l'existant, les contraintes et les ressources de l'environnement...*

Il convient donc en premier lieu de revisiter le fonctionnement de l'établissement, « sa raison d'être », ses finalités vis à vis de la population accueillie, et la relation qui les lie.

La situation à améliorer ne peut trouver sa source que dans l'analyse de l'existant.

Il s'agit donc de faire un diagnostic des forces et des faiblesses, des dysfonctionnements, de ré-interroger le service rendu, d'examiner les aspects positifs comme les carences et les insuffisances.

L'histoire des établissements, les désirs, les aspirations des professionnels doivent être examinés comme des contraintes de l'environnement mais également comme des ressources.

Ce n'est qu'à partir des problèmes observés, de la situation analysée que des orientations peuvent être envisagées.

c) *... doivent permettre l'émergence d'un projet réaliste et cohérent*

Le projet doit permettre de transformer la situation initiale dans le sens des objectifs souhaités, il convient donc de concevoir une stratégie appropriée et d'anticiper les situations et les circonstances susceptibles de se présenter dans le futur.

C'est de la confrontation entre les finalités et les valeurs d'une part, et la lecture de la situation antérieure d'autre part donc de la pertinence de la situation analysée puis de la cohérence en regard des finalités exprimées, que pourra émerger un projet possible et réalisable.

Chaque projet étant unique, il n'existe pas de modèle, le propre du projet étant d'être du sur-mesure et c'est justement ce sur-mesure qui permet une meilleure mobilisation des acteurs, compte tenu de la culture institutionnelle et des enjeux liés à l'élaboration du projet.

L'élaboration d'un projet de services ou d'établissement répond totalement à ces critères au même titre que n'importe quel projet. Les critères d'appréciation du projet en constitue le socle.

B) Les critères d'appréciation du projet d'établissement

a) *Sa définition, son objectif, ses intérêts,*

« Le projet d'établissement est une élaboration dynamique des objectifs d'action sociale et médico- sociale fixés par une institution au regard de sa philosophie, de ses missions et de ses choix stratégiques, pour répondre le mieux possible aux besoins des usagers et aux attentes de l'environnement et des partenaires »¹²

Si tout projet est unique en soi, le schéma ci-dessous montre que celui-ci s'inscrit toujours dans un environnement et dans un contexte réglementaire et se fonde sur les valeurs et sur l'analyse de la qualité du service ou établissement, critères d'appréciation indispensables au diagnostic.

¹² Patrick Lefèvre – Guide de la fonction de directeur d'établissement social ou médico-social op. cit. p 151

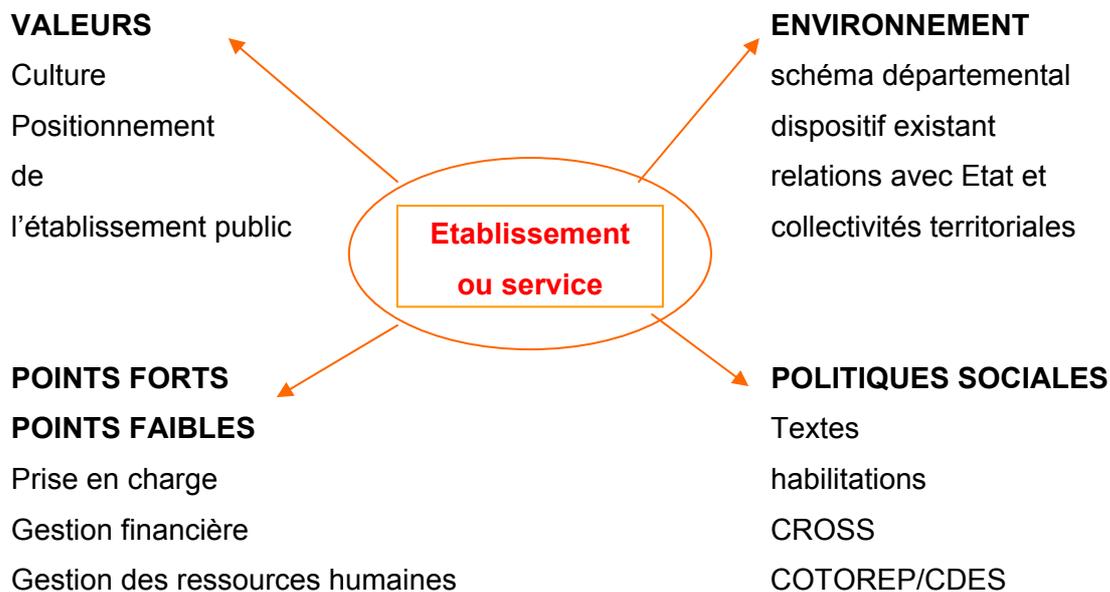


Figure 2 – Eléments d'appréciation du diagnostic institutionnel d'un établissement médico-social¹³

L'objectif du projet marque la compétence de l'institution, il sert la fonction de direction par l'identité et apporte clarification et harmonisation. Les intérêts s'expriment par la clarification des objectifs et du fonctionnement institutionnel pour les personnels, par une démarche qualité, par une élaboration globale portant sur la mission, l'offre de services, les méthodes éducatives ou sociales, le management et l'organisation.

b) Ses finalités

Les finalités du projet d'établissement raisonnent dans plusieurs domaines :

Il est à la fois identitaire puisqu'il définit une institution et une image, il est symbolique puisqu'il accorde un sens à la mission et à l'action, il est culturel puisqu'il entretient des valeurs communes et un sentiment d'appartenance, il est existentiel puisque générateur de vie et de dynamisme. Enfin, il est politique puisque porteur de changement social.

¹³ Patrick Lefèvre – Guide de la fonction de directeur d'établissement social ou médico-social op. cit. p 183

C) ... doivent s'accompagner d'une démarche qualité

Le secteur social n'était pas soumis à la logique de démarche qualité, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 vient aujourd'hui remédier à ce manque.

Le changement perceptible qui demande aujourd'hui de mettre en place une véritable stratégie de démarche qualité, vient de l'approche que l'utilisateur « le client » est au centre du projet, il n'est plus bénéficiaire mais acteur de son projet et du projet institutionnel.

La qualité serait donc la concrétisation d'une évolution culturelle et contextuelle qui vise à inscrire l'établissement dans son environnement et à répondre à des exigences qui sont en partie déterminées par « le client »

a) *Une démarche de prévention des dérives, une réponse aux exigences réglementaires...*

Prévenir des dérives dans la démarche de projet et répondre aux « démarches imposées »...

Avec Jean Pierre Boutinet, Jean Louis Deshaies¹⁴ soulignent sept dérives des démarches projets que nous retrouvons souvent dans notre branche professionnelle :

- La tentation d'élaborer un projet trop idéalisé, faute de moyens ou en raison d'intentions trop en décalage par rapport aux demandes des bénéficiaires,
- ou la suite sans fin de projets qui se substituent les uns aux autres, ou encore les projets qui ne font que répondre à une obligation administrative,
- les projets narcissiques ou chaque projet tend à s'auto-suffire sans se soucier de l'instance susceptible de le valider,
- le risque d'enfermer le projet dans un carcan de techniques, tableaux suivis, grilles...,
- la dérive totalitaire qui consiste à réduire le projet à une démarche planifiée, dépouillée de ce qui fait sa spécificité, sa connotation fluctuante,
- et enfin, le projet qui devient langue de bois, pure abstraction et se transforme à un discours idéologique.

¹⁴ Jean Louis Deshaies - Mettre en œuvre les projets – Préface d' Henri Savall – Editions L'Harmattan – avril 2000.- 297 pages, p 51

Ces différents points apportent des éléments sur les écueils à éviter dans la démarche de projet et montrent la rigueur souhaitable de toute approche méthodologique. La *démarche – projet – qualité* paraît une réponse.

La démarche qualité permet aussi de répondre aux exigences de l'accréditation pour le secteur sanitaire comme aux exigences de l'évaluation dans le secteur social et médico-social.

b) ... qui favorise le développement des savoir faire et savoir être

Enfin, la démarche qualité est une manière de faire et d'être qui fait référence à un management dit participatif, développant les savoir-faire et les savoir-être de tous les acteurs, directement concernés par l'amélioration des prestations de services devant découler des missions qui lui sont confiées.

Cette démarche consiste donc à optimiser l'organisation afin de développer l'aspect qualitatif de ses prestations, que ce soit la qualité de l'intervention, de l'intervenant ou de l'organisation.

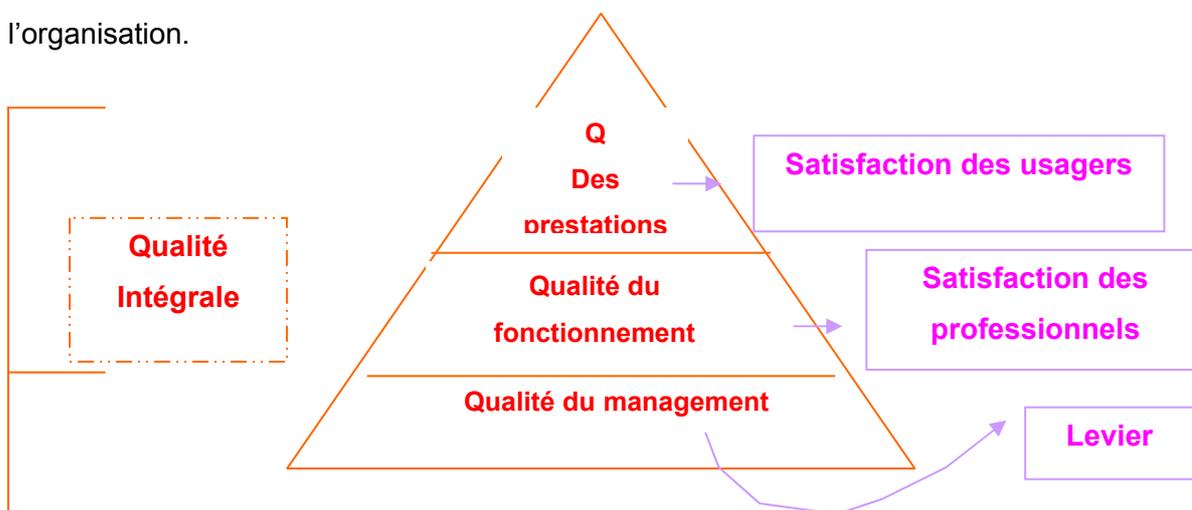


Figure 3 : Démarche qualité¹⁵

La démarche de projet est donc simple et complexe à la fois, et le rôle du « pilote », sa manière de piloter sont essentielles, il sera donc développé ci-après la place du management et le rôle du manager.

¹⁵ Jean Louis Déshaies - Mettre en œuvre les projets – Préface d' Henri Savall – Editions L'Harmattan – avril 2000.- Op. Cit, p 57

1.2.2 La place du management, dans les organisations sanitaires et sociales en particulier, est ici capitale.

Nous ne pouvons traiter du management sans porter un regard sur la notion d'organisation. Le management renvoie aux théories relatives tantôt aux organisations tantôt aux stratégies qui impliquent l'entreprise dans la gestion et l'animation de ses différentes ressources au regard de ses objectifs.

Les organisations sont en principe destinées à agir et les managers sont là pour définir et conduire cette action.

Action complexe et difficile où les qualités du manager doivent être non seulement dynamisme et méthodologie mais aussi capacité au changement en faisant preuve de souplesse et de capacité d'adaptation.

A) Quelle organisation ?

La sociologie des organisations est un courant apparu dans les années 1970 – 1980 qui s'est fortement développé et allie deux approches, celle relative à l'organisation elle-même et celle relative aux individus qui la composent.

Michel Crozier définit l'organisation comme « un ensemble constitué en vue d'atteindre un but clairement défini, et ayant à sa disposition toute une série de procédés et de contrôles contraignants, permettant d'assurer la subordination de tous ces moyens, y compris des ressources humaines, à l'accomplissement de ce but et impliquant la nécessité d'unir les efforts d'un individu à celui des autres. »

H. Mintzberg la situe lui comme « un ensemble de personnes entreprenant une action collective à la poursuite d'une action commune »

Enfin, Patrick Lefèvre¹⁶ comme « un ensemble humain et technique structuré autour de stratégies et méthodes lui permettant d'assurer à la fois sa pérennité, sa compétence sur le marché et la capacité à atteindre ses objectifs. Elle peut être regardée comme un rassemblement de ressources humaines, matérielles, de travail et de capital, influencées par une diversité de contraintes et d'opportunités, internes et externes ».

¹⁶ Patrick Lefèvre, guide de la fonction de directeur, Op. Cit. p 248

Par ces définitions, il apparaît que management et organisation sont liés, parfois confondus.

B) Quel type de management ?

a) *Un management classique et vertical*

La définition classique du management se résume en trois mots : art de diriger.

Le concept d'art ici signifie que les attitudes et les comportements du manager, son savoir être sont aussi essentiels que sa maîtrise méthodologique et technique des outils de direction, mais que veut dire le mot « diriger » remplacé souvent par « manager »

« Tout modèle de management renvoie de fait à un « modèle culturel », c'est à dire à un système de valeurs, à un mode de communication relatif à tel ou tel contexte »¹⁷

Le management est une conception complète de la direction d'une entité dont on peut distinguer deux niveaux :

Le management stratégique et le management opérationnel.

Le management stratégique renvoie aux fonctions de direction de la structure, non centrés sur l'animation des hommes mais sur les orientations, les objectifs et les stratégies de l'établissement, sa structure organisationnelle et sur les systèmes de contrôle qui permettent le suivi et le pilotage des résultats.

Le management stratégique intègre la perception de l'environnement et la place, le devenir de la structure dans cet environnement. Le stratège est le garant de la pérennité de la structure, il est par ailleurs un financier et un contrôleur de gestion.

Le management opérationnel participe à l'organisation du travail au niveau de la définition et de la répartition des tâches, à la conception des méthodes et des procédures.

b) *Un management par projet*

L'intention première de la gestion par projet est de remédier aux formes bureaucratiques et rigides des organisations.

Elle se présente comme temporaire, la gestion par projets devant répondre de façon efficace aux problèmes cruciaux du moment, elle permet de mieux répondre aux

¹⁷ Jean René Loubat – Elaborer son projet d'établissement social et médico-social – Editions Dunod – 2002 – 264 pages, p 43

changements de l'organisation et de le faire rapidement et casse l'omnipotence de l'organisation pyramidale en lui adjoignant une organisation horizontale qui se charge de l'implantation dudit projet.

Le projet inclut un responsable et une équipe qui jouent le rôle de maître d'œuvre par rapport au maître d'ouvrage qu'est l'établissement ; l'équipe-projet pouvant être interne ou externe à l'organisation où le projet doit être implanté.

- Le projet répond à une demande identifiable qui comporte exigences et exprime de nouveaux besoins qui n'ont pas ou pu trouvé réponses.
- Il implique la mise en place d'un changement et vise une fin identifiable.
- Le projet est séquentiel et comprend principalement : la phase de conception ou définition, la phase d'organisation ou de planification, la phase opérationnelle ou d'exécution, la phase d'achèvement ou d'évaluation

La gestion par projet se veut un mode original de gouvernement qui vise à déterminer les meilleures conditions dans l'implantation d'une innovation (quelle qu'elle soit) au sein d'un ensemble organisationnel.

Concrètement, il s'agit de confier directement l'innovation à une équipe autonome qui aura la plus large latitude pour intégrer cette innovation aux secteurs concernés de l'établissement, sans la faire transiter par la hiérarchie.

Ainsi, au lieu de considérer l'organisation comme une structure pyramidale à forte intégration, il s'agit de chercher à combiner avec une certaine fluidité ce qui ressort des opérations à mettre en place et ce qui a trait aux fonctions déjà assurées et maintenues par l'organisation.

Le schéma ci-après montre en quoi la gestion par projet est latérale, transversale à toutes les strates de l'établissement pour le programme concerné :

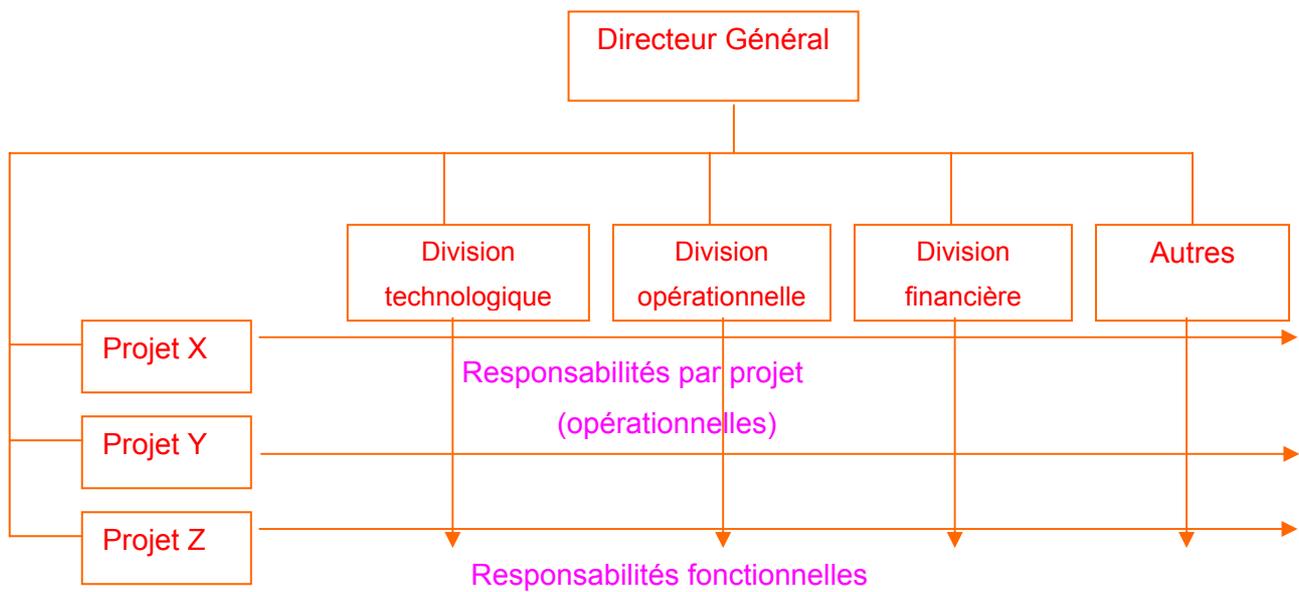


Figure 4 : Structure matricielle de la gestion par projet¹⁸ (extraite de H. Kerznzer, Project management, Van Noerstrand Reinhold Compagny, 1979, p 52°

En neutralisant les hiérarchies fonctionnelles, la gestion par projet se donne une compétence opérationnelle qui ne relève que d'elle-même, une fois que lui a été confiée la mission spécifique visant tel ou tel « objet », elle est un puissant « *ressort de créativité* »¹⁹

Ainsi, après avoir décrit quelques types de management, voyons maintenant comment définir le manager ou dans le secteur qui nous intéresse le directeur d'établissement social ou médico-social.

¹⁸ Jean Pierre BOUTINET - Anthropologie du projet – Op.Cit. , p 228

¹⁹ Jean Pierre BOUTINET - Anthropologie du projet – Op.Cit. , p 228 « *de ce fait, elle s'apparente à la théorie de la Lateral Thinking mise en évidence par E. de Bono (1971) comme puissant ressort de créativité...* »

C) Pour quel manager ou directeur ?

Les directeurs ou managers ont pour fonction première dans l'organisation de prendre des décisions, et les décisions sont très nombreuses dans l'organisation « ordinaire » même si elles ne sont pas toutes équivalentes.

Certaines sont très importantes et touchent au devenir de l'établissement et d'autres n'ont que des implications limitées.

Nous ne pouvons parler du manager, du décideur sans évoquer les notions de pouvoir ou d'autorité

a) *Du pouvoir du manager...*

Le concept de pouvoir

Le pouvoir est défini par Philippe Bernoux²⁰ comme « la capacité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes »

Pour Michel Crozier et Erhard Friedberg²¹, le pouvoir est fondement de l'action organisée, relation stratégique d'échange et de négociation.

Il s'agit donc pour ces auteurs de l'organisation d'un échange social, de l'expression d'un rapport de force et d'influence entre les individus.

Le concept d'autorité

L'autorité est généralement définie comme pouvoir reconnu et procure, non seulement le droit de commander, mais la possibilité d'être obéi, sans violence ni contrainte, dans le respect et la confiance.

En psychologie sociale et en sociologie, l'autorité concerne la capacité d'un individu occupant un poste hiérarchique à exercer le pouvoir qui lui est attribué. Là encore, l'autorité, s'appuyant sur les compétences et la valeur reconnue, s'exerce sans contrainte.

Max Weber, au début du siècle donne quelques informations sur le concept d'autorité, il oppose l'autorité rationnelle et légale du chef de l'organisation bureaucratique chargé d'appliquer les règles impersonnelles prévues pour tous à l'autorité d'un chef traditionnel, porteur de lois et de coutumes ou à la domination d'un chef charismatique.

²⁰ Bernoux (P), Sociologie des organisations,

²¹ Michel Crozier et Erhard Friedberg

En deçà de ces concepts, l'évolution de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social donne une nouvelle dimension à cette fonction de management qui est reconnu aujourd'hui comme un véritable métier.

b) ... au métier de Directeur d'Etablissement Social ou Médico-Social

Des spécificités liées au secteur.

Il n'y a pas de différence de nature entre les divers métiers de management, il y a des spécificités selon les secteurs où ils s'exercent. Le métier de directeur est lié à l'environnement, aux besoins organisationnels et techniques des établissements ou services.²² Une des spécificités du directeur du secteur social, c'est d'être à l'interface du projet de prise en charge – dont il est le garant – et des relations avec les usagers et leurs familles – dont il est l'intercesseur. Cette double mission renvoie aux valeurs qui doivent être les siennes, lesquelles se traduisent dans deux options de management : la participation et l'engagement.

Le management participatif est l'affirmation d'une croyance en l'homme capable d'engagement à condition qu'il soit placé dans des conditions favorables. Il a son prolongement dans l'engagement sous deux aspects : l'éthique de la responsabilité et l'équité.

Je reprendrais ici, en illustration, les propos de Jean Marie Miramon²³, dans son chapitre sur les repères pour l'action :

« L'engagement doit se traduire par des initiatives visant à répondre à des besoins nouveaux, quitte à bousculer un certain immobilisme comptable – développement d'une nouvelle activité différée en attendant son financement intégral alors qu'il serait possible de dégager des moyens par redéploiement –

S'engager dans l'équité, c'est aussi savoir opérer les choix à court et moyen terme pour faire respecter la place de chaque catégorie socio-professionnelle dans une institution, c'est aussi refuser de répondre systématiquement aux sirènes du toujours plus économique, qui incitent par exemple de se débarrasser des travailleurs handicapés au rendement insuffisant dans les CAT et ateliers protégés. »

²² Jean Marie Miramon, Denis Couet, Jean Bernard Paturet - Le métier de directeur, Techniques et fonctions – Op. Cit. – p 67

²³ Jean Marie Miramon, Denis Couet, Jean Bernard Paturet - Le métier de directeur, Techniques et fonctions - Editions ENSP – 2002 – 272 pages – p 101

L'évolution de la fonction de Directeur

« La fonction de Directeur d'établissement social s'est progressivement structurée parallèlement à l'évolution du secteur concerné, des lois, environnements et techniques, pour peu à peu se promouvoir autour de l'idée de métier identifié à partir de concepts et de normes définissant une responsabilité et des compétences, lesquelles ont évolué au fil de l'histoire, des modèles de référence et des cultures sectorielles »²⁴

Par ces propos, Patrick Lefèvre montre bien l'évolution de cette fonction devenue un métier. Aussi, être directeur aujourd'hui suppose, d'avoir intégré une culture, des connaissances et des compétences spécialisées dans plusieurs domaines complémentaires qui permettent à tout directeur d'être légitimé dans sa fonction.

Les fonctions, les missions du Directeur d'Etablissement Social sont aujourd'hui clairement définies. Un référentiel de compétences²⁵ décrit cinq fonctions principales :

- « Définition et conduite de l'intervention sociale : Le Directeur est le garant de la qualité du service rendu et de l'adaptation des prestations aux besoins de la population accueillie.
- Définition et conduite du projet d'établissement ou service : Domaine d'ordre stratégique, la conception et la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service donne la légitimité de la structure d'intervention sanitaire, sociale ou médico-sociale. Cette légitimité se fonde sur le service à rendre, dans le cadre d'une mission d'intérêt général et d'utilité sociale, qui s'inscrit en interaction avec son environnement.
- Animation et gestion des Ressources humaines : Les personnes chargées de réaliser les interventions sont une valeur-clé de la réussite de l'entreprise. L'action du Directeur est déterminante dans la mobilisation et la participation des personnels, la production d'un système cohérent de management en accord avec la stratégie globale de la structure. La valorisation du potentiel présent et une démarche prospective entraîne l'ouverture au changement.

²⁴ Patrick Lefèvre, guide de la fonction de directeur, Op. Cit. p 75

²⁵ Référentiel de compétences du Directeur d'Etablissement Social et Sanitaire et Social – ENSP.

- Gestion économique et financière : Il s'agit ici pour le Directeur de fixer les conditions d'utilisation et d'optimisation des moyens. En fonction des délégations de la personne morale, les capacités mises en œuvre se situent du suivi des opérations à l'élaboration d'une politique pluri-annuelle, permettant le maintien ou le développement des ressources afin d'assurer dans le temps, la qualité des services.
- Gestion technique et logistique : Le Directeur est responsable de la bonne gestion des moyens techniques et de leur constante adaptation aux besoins de l'activité.

Les compétences demandées au Directeur représentent les savoir-faire nécessaire à la réalisation des activités - ensembles d'actes coordonnés en vue de la réalisation d'un objectif déterminé – dans chacune de ces cinq grandes fonctions.

La formation dispensée par l'Ecole Nationale de la Santé Publique est ainsi orientée vers les axes suivants :

- compréhension et action dans un environnement
- ingénierie et conduite de projet
- management et pilotage stratégique. »

Quel est donc le pouvoir d'un directeur dans l'organisation sanitaire et sociale ?

Le pouvoir du directeur prend sa source et trouve sa légitimité en dehors de l'établissement.²⁶ Le directeur est avant tout un responsable qui doit rendre des comptes ; Sa responsabilité est engagée dans l'exercice de son pouvoir, c'est la loi qui détermine les champs de responsabilité pénale et civile liés aux actes posés par le directeur.

Cette responsabilité représente aujourd'hui, un enjeu majeur pour tous les décideurs. En effet, si le propre du décideur est de prendre des décisions, elles comportent pratiquement toujours une part de prise de risques. Etre responsable c'est devoir accepter et subir les conséquences de ses actes, en répondre.

Si l'erreur, la faute ou l'excès de pouvoir doivent pouvoir faire l'objet d'une sanction, et donc la recherche d'un coupable, le risque devrait faire l'objet d'une reconnaissance institutionnelle, or, il n'en est rien, il est rare que l'on fasse le procès d'une organisation, ou du mécanisme de la décision.

²⁶ Régis Lapauw – la pratique du management des entreprises sanitaires et sociales – Editions Privat – janvier 1997 –166 pages – p106.

C'est à partir de ces repères, analyses et stratégie de démarche-projet-qualité, en lien avec mon expérience professionnelle antérieure, l'enseignement dispensé à l'ENSP et dans le cadre du DESS de stratégie de direction, que je vous présente dans la deuxième partie, l'analyse de la situation rencontrée lors de mon expérimentation pendant le stage professionnel à l'Institut Le Val Mandé (ILVM).

Pour récapituler l'ensemble de ce chapitre, je reprendrais ci-après le schéma réalisé par Jean Louis Deshaies qui illustre le « *triptyque de la démarche de projet* ». Trois axes interdépendants sans lesquels les solutions proposées et les réponses apportées aux « *besoins-désirs-demands* » des usagers par la mise en situation et la responsabilisation des professionnels ne resterait qu'au stade de l'intention :

- La commande : Ce que l'on doit faire
- La conception : Ce que l'on veut faire
- La réalisation : Comment on le fait.

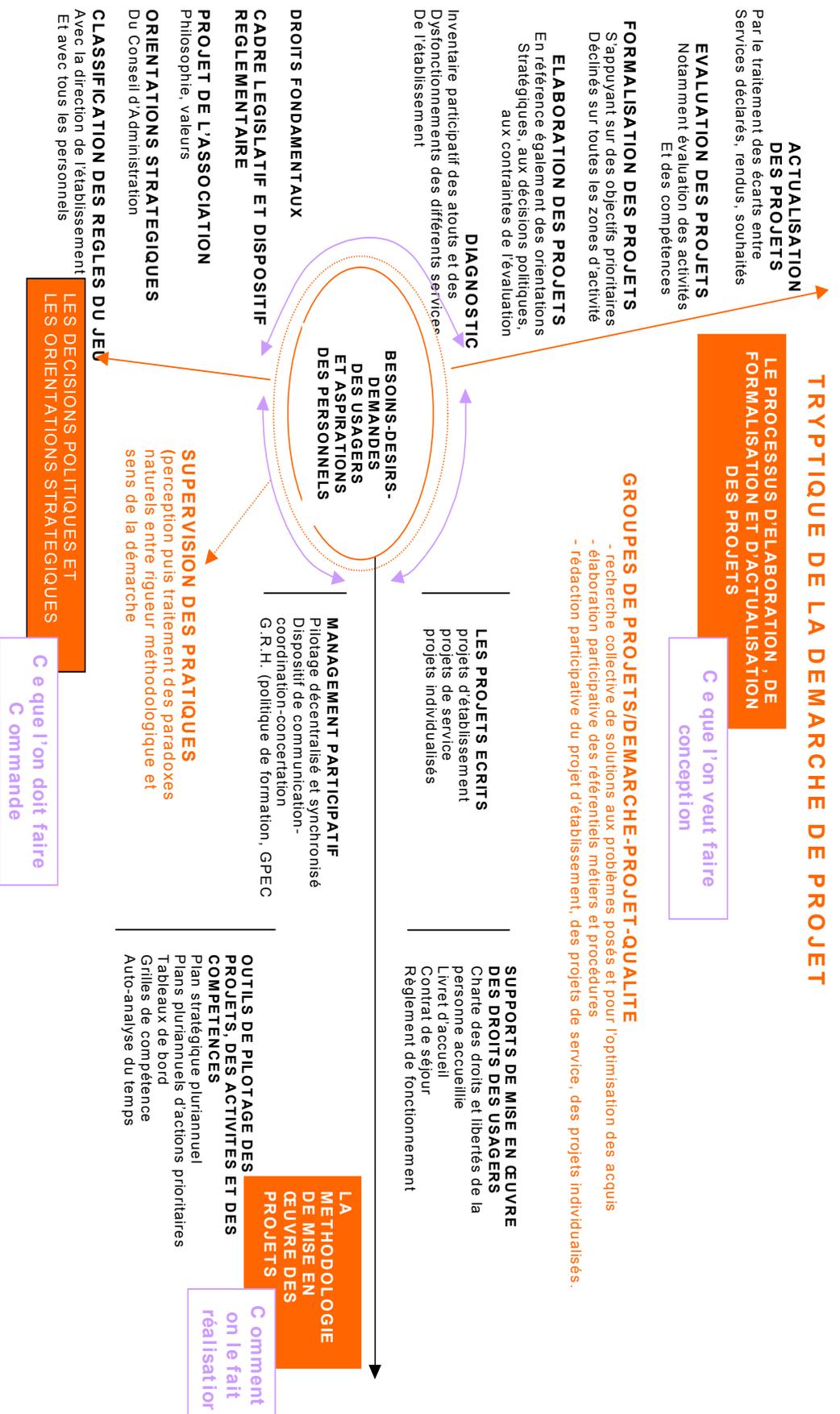


Figure n° 5 : Triptyque de la démarche projet d'un établissement sanitaire, social et médico-social²⁷

²⁷ Extrait du dossier le projet, c'est à quel sujet ? - revue management sanitaire et social n° 9 – novembre 2001 – p 21

2 LE PROJET D'ETABLISSEMENT : UN CHOIX STRATEGIQUE DU DIRECTEUR DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FUSION.

Le rattachement de l'Institut Médico-Educatif (IME) de Corbeil-Essonnes à l'Institut le Val Mandé peut être assimilé à une fusion absorption. A la différence des fusions opérées dans le secteur hospitalier, il n'y a pas ici création d'une nouvelle entité mais rattachement d'un établissement ayant une activité non offerte par l'établissement absorbant. L'établissement rattaché perd son statut autonome et sa capacité juridique pour devenir « un service » de l'ILVM.

L'écriture du projet d'établissement de l'Institut médico-éducatif de Corbeil-Essonnes était une opportunité et un moteur pour effectuer les changements à opérer. En tout premier lieu pour la survie de l'établissement et la remobilisation de ses personnels, ensuite pour inscrire l'établissement dans l'offre de services du département, dans le cadre de son rattachement à l'Institut le Val Mandé.

Dans ce chapitre, après avoir décrit les deux établissements pour en donner la mesure, il vous sera présenté, selon la méthodologie développée ci-dessus, la conduite stratégique de l'accompagnement au rattachement (2.1), et les modalités de la conduite du projet d'établissement (2.2).

2.1 Du rattachement de l'IME à l'ILVM

Si il existe une méthodologie standard de la démarche projet, nous l'avons vu, il est indispensable de l'adapter au contexte spécifique de chaque établissement, compte tenu de son histoire, de sa culture et de ses acteurs. Il me paraît nécessaire de savoir ce que représentent les structures qui doivent fusionner, leurs poids dans le dispositif d'action sociale et les valeurs qu'elles véhiculent.

Aussi, je vous présenterai les deux structures dont l'histoire, la dimension et les évolutions sont des facteurs importants (2.1.1) qui déterminent le cadre de l'accompagnement au rattachement (2.1.2) où la prise en compte du facteur humain a été déterminante (2.1.3)

2.1.1 Deux structures très différentes en histoire et en taille...

Nous pouvons penser que la taille et l'histoire des deux établissements est un obstacle supplémentaire à la réalisation du rattachement. Comme évoqué souvent dans les fusions du secteur hospitalier, il s'agit de ne pas réactiver le « syndrome du loup et de l'agneau »²⁸. Toutefois, l'analyse de la situation historique, politique, juridique, économique des établissements permet de situer le contexte du rattachement et du projet d'établissement. et de porter une attention particulière à cette problématique.

A) L'Institut Le Val Mandé (ILVM), un établissement centenaire...

L'ILVM est établissement public autonome créé en 1883, il fête cette année ces 120 ans. Il est, aujourd'hui composé de plusieurs services qui s'efforcent d'accompagner les personnes en situation de handicap, qu'elles soient enfants ou adultes, dans leur projet personnel. L'objectif : favoriser le bien être, « l'être bien » et le projet de vie de la personne que l'on accueille. (historique annexe 1).

²⁸ Dr Monique Raikovic - les fusions d'établissements - Op. Cit. p 20

a) *Structuré en pôles d'activités et de compétences.*

Pôle des adultes en activité professionnelle

Le CAT - centre d'aide par le travail, recevant des adultes handicapés sensoriels, moteurs, avec ou sans troubles associés, de 18 à 60 ans, aptes à travailler et orientés par décision COTOREP, d'une capacité de 100 places, et oeuvrant dans 3 domaines :

- Le pôle Artisanat d'art –rénovation – menuiserie, cannage, paillage de chaises.
- Le pôle prestations hôtelières : gestion d'un gîte-relais, locations de salles séminaires et gestion d'un self.
- Le pôle conditionnement – industrie : reconditionnement, mise sous pli etc..

Il est à noter, en projet, la création d'un **SACAT**, service qui recevrait les travailleurs handicapés vieillissants à temps partiel. Entre foyer occupationnel et CAT, ce service viendrait en aide aux personnes handicapées vieillissantes qui ne peuvent occuper un emploi à temps plein en CAT mais qui souhaite cependant garder une activité..

Le foyer d'hébergement recevant 32 adultes travaillant ou ayant travaillé en milieu protégé à temps plein ou à temps partiel.

Le SAVIE - service d'accompagnement à la vie sociale, accompagne les adultes, à la sortie du foyer d'hébergement ou du domicile des parents ou résidant déjà en habitat indépendant (accompagnement de 18 adultes).

Pôle des adultes en situation occupationnelle

La MAS - maison d'accueil spécialisé ouverte 365 jours a une capacité d'accueil de 44 places pour adultes polyhandicapés, âgés de 20 à 60 ans.

Le foyer de jour, d'une capacité de 26 places pour adultes handicapés (20 à 60 ans) dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle.

Le SASMO, service d'aide spécialisée en milieu ordinaire, vient d'ouvrir (10 prises en charge) de personnes handicapées à domicile

Le foyer de vie – *projet en cours qui ouvrira en 2004 – permettra d'accueillir les adultes handicapés sans capacité de travail qui ne pourront rester au domicile de leurs parents (eux-même âgés).*

<p style="text-align: center;">Pôle des enfants/Adolescents en section d' éducation et d'enseignement spécialisés</p>
--

La SEHA – section d'éducation pour déficients visuels avec handicaps associés importants. Ouvert 210 jours par an, ce service accueille 30 enfants de 6 à 20 ans (dérogation 25 ans dans le cadre de l'amendement CRETON), en externat, demi-pension, internat de semaine et internat séquentiel selon le projet du jeune.

En projet, la restructuration de ce service, dans le cadre du prochain projet de structuration, afin de créer une section pour enfants poly-handicapés.

La SEES – section d'éducation et d'enseignement spécialisés, située sur la commune de Cachan, d'une capacité de 30 places, s'adresse aux enfants de 4 à 20 ans, atteints de déficience visuelle ou de cécité, sans trouble associé. Ouverte 210, jours par an, elle fonctionne en semi-internat (20 places) en internat de semaine (10 places), l'internat séquentiel peut être proposé en fonction du projet individuel du jeune.

L'IME - institut médico-éducatif situé sur la commune de Corbeil-Essonnes, rattaché à l'ILVM au 1^{er} janvier 2003, accueille 55 enfants, atteints de déficience intellectuelle avec ou sans handicaps associés. L'établissement fonctionne en externat, 210 jours par an.

<p style="text-align: center;">Le site pour la vie autonome</p>
--

Le DIVAL 94 - L'ILVM a été choisi, sur appel d'offres de la DASS pour mettre en œuvre le site pour la vie autonome « centre ressources » des personnes en situation de handicap sur le département du Val de Marne. Créé en décembre 2002, il est opérationnel depuis le 2^{ème} trimestre 2003.

Cette présentation permet de donner la mesure de cette structure. 350 personnes sont accueillies dont 70 % d'adultes et 30 % d'enfants. 240 personnels concourent à la bonne marche de l'établissement : 49 % sont des personnels médico-sociaux, 14 % des personnels rééducatifs et 32 % des personnels administratifs et logistiques. En 2001, la masse salariale représente 65,20 % du budget de fonctionnement de l'ILVM.

Le budget total de l'établissement s'élève à 10 045 000 € financés à 68 % par l'assurance maladie, 21 % par le département et 11 % par l'Etat.

b) ... dans une organisation en constante évolution.

L'ILVM a connu de nombreux bouleversements, des mutations importantes au cours de ce siècle et notamment sur les trente dernières années.

De plus, les orientations de l'ILVM sur les cinq dernières années - avec la création de nouveaux services et un accueil plus large de la population handicapée - ont nécessité de nombreuses adaptations, tant au niveau architectural, financier qu' au niveau des compétences, du nombre des personnels.

L'ILVM, cet établissement en dynamique²⁹, a montré une grande adaptabilité pour répondre aux besoins des personnes accueillies :

- en créant de nouveaux services avec des modes de prises en charge diversifiés,
- en recevant de nouveaux types de handicaps, selon les besoins recensés.

En effet aujourd'hui, l'ancien Institut Départemental des Aveugles (IDA) accueille 52 % de personnes présentant d'autres handicaps que le handicap visuel.

- en favorisant le professionnalisme des personnels,
- en développant un réel partenariat et en construisant un réseau opérationnel.

Il s'inscrit complètement dans son environnement, politique, économique, institutionnel, humain.

Parmi les valeurs de cet établissement public, figure en première place la prise en compte de la personne handicapée avant la prise en charge, ce n'est plus l'utilisateur qui doit s'adapter à la structure, mais la structure qui doit sans cesse évoluer et s'adapter pour répondre à l'utilisateur.

L'intégration de l'IME, qui accueille des enfants déficients intellectuels offre un nouveau service et répond à cette volonté de diversifier les « publics » et de répondre aux besoins. La particularité de ce rattachement entraîne irrémédiablement des changements , en particulier par son implantation sur un autre département et par la transformation du poste de directeur de l'IME en directeur adjoint de l'ILVM.

Le Directeur Général de l'ILVM, suite aux évolutions de la structure a décidé de se questionner à nouveau à propos du management, de l'organisation de la structure et de sa nécessaire adaptation. Une réflexion a été amorcée dans le cadre du séminaire de

²⁹ Delphine Jaunasse sous la direction de Jean Poitevin - A la lumière des temps, Histoire et perspectives d'un établissement fondé pour les aveugles – préface de Jean Poitevin - impression Laplante – 2000 – 165 pages, p 148-149

direction qui s'est tenu en mai 2003 et fait l'objet d'une attention particulière et d'une priorité du prochain schéma directeur en cours d'élaboration. Les aspects de ces changements seront abordés en troisième partie de ce document.

B) L'Institut Médico-Educatif (IME), un établissement jeune sans réelle autonomie.

a) *Un établissement qui n'a pas su ou pu trouver sa place...*

L'IME a été créé en octobre 1963 par délibération du Conseil Municipal, sa vocation était l'accueil, en externat, d'enfants handicapés mentaux légers ou moyens, de 4 à 20 ans, par transformation d'un foyer de l'Enfance qui ne recevait plus suffisamment d'enfants.

L'établissement était alors un service municipal, il n'avait pas la capacité juridique et ne disposait pas de son budget.

Il a cependant été érigé en établissement public en juillet 1990.

L'IME est situé sur la commune de Corbeil-Essonnes, dans le département de l'Essonne (91). Il est constitué d'un bâtiment de deux étages, style maison bourgeoise et de deux petits pavillons en préfabriqués, construits sur un terrain de 2000 m².

Il est situé en bordure de la nationale 7, toutefois son implantation au cœur de la ville est importante pour le travail de socialisation effectué avec les enfants.

L'établissement accueille 55 enfants en externat avec demi-pension. Les enfants sont répartis en 6 groupes. Un calendrier d'ouverture est établi chaque année. L'établissement ouvre au minimum 210 Jours.

b) *... dont les difficultés sont les causes du rattachement*

Une succession de difficultés n'a jamais permis à cet établissement de s'inscrire dans le schéma départemental de l'Essonne et dans son environnement institutionnel. Pourtant, les besoins du département et en particulier du bassin Corbeil – Evry montrent que l'implantation d'une telle structure sur ce secteur est nécessaire.

La prise en charge devenait défailante, la direction n'avait pas de schéma directeur, pas de projet d'établissement. Les conflits avec les personnels et les familles s'accroissaient.

Les services de la DASS s'étaient peu intéressés à l'établissement, et n'avaient pas assuré de réel contrôle. Les budgets étaient éventuellement reconduits sans qu'une réelle concertation sur le suivi des dépenses et les besoins financiers soient réellement étudiés. Ainsi l'IME dispose du prix de journée le plus faible du département et ne peut faire face aux recrutements des personnels sur les postes « autorisés ». Il n'a par ailleurs

aucune marge de manœuvre pour proposer de nouveaux circuits de transports sur des secteurs proches de l'établissement par exemple et ne peut donc accueillir certains enfants alors qu'il dispose de places disponibles... les problèmes sont multiples et variés.

Suite à la pression des familles et des agents, et en l'absence de direction, le Conseil d'Administration de l'établissement a sollicité différents éventuels « repreneurs » afin que l'établissement puisse perdurer. Le directeur de l'ILVM, membre du Conseil d'Administration de l'IME à titre de personne qualifiée, est sollicité. Peu intéressé par cet établissement, éloigné et sur un autre département, il a d'abord refusé.

A nouveau sollicité, il accepte le principe du rattachement (après délibération du Conseil d'Administration de l'ILVM). Nommé directeur par intérim le 1^{er} septembre 2002, il est nommé directeur de l'IME le 1^{er} janvier 2003.

Ainsi, ces deux établissements, qui avaient a priori peu de points communs par rapport à leur histoire ou à leur place dans l'environnement institutionnel si ce n'est une mission commune en faveur de la population des personnes en situation de handicap et leur statut d'établissement médico-social public se retrouvent en situation de fusion à l'instar des fusions-absorptions, avec tous les avatars que cela suppose pour l'établissement absorbé : perte de l'autonomie juridique, fonctionnement centralisé, crainte d'une perte totale d'identité ...

Néanmoins, les personnels livrés à eux mêmes depuis plusieurs mois, en quasi « auto-gestion », étaient en attente d'une solution pour « leur établissement » dont la disparition, la fermeture aurait pu être envisagée. En quête d'un encadrement, d'une ligne directrice, d'un devenir, ils ont accepté avec soulagement la proposition de reprise de la structure par l'Institut le Val Mandé. Cependant les craintes et les attentes étaient nombreuses. Et personne ne mesurait encore les conséquences de cette fusion.

2.1.2 ... qui déterminent le cadre de l'accompagnement à la fusion.

La préparation de la fusion des deux établissements aura demandé un peu plus d'un an. Le facteur temps est ici très important. Cette fusion a demandé de nombreuses démarches, une grande réflexion pour aborder l'ensemble des domaines qui allaient être touchés et une communication claire et continue pour réduire les craintes des familles comme des personnels de l'IME. Ce paragraphe est un compte rendu chronologique des événements, une sorte de vade mecum.

A) Le rattachement, un choix difficile,

Compte tenu d'une situation qui ne pouvait perdurer, le Conseil d'Administration (CA) de l'IME délibère dans sa séance du 22 octobre 2001 sur le principe du rattachement de l'établissement à un établissement public social de la région.

Dans l'attente, un directeur par intérim est nommé de février à août 2002 sur l'IME.

Le CA de l'IME entérine le principe du rattachement à l'ILVM le 25 mars 2002. Il en sera de même par le CA de l'ILVM en séance du 20 juin 2002, après l'avis favorable émis par la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale (DASS) de l'Essonne.

Le 26 juillet 2002, Le Directeur de l'ILVM est nommé directeur par intérim de l'IME de septembre à décembre 2002 par arrêté du Préfet de l'Essonne.

Aussi, dès sa prise de fonction en qualité de directeur par intérim, le directeur de l'ILVM établit-il une convention de mise à disposition de moyens humains et matériels par l'ILVM au profit de l'IME (et réciproquement), signée conjointement par le Président du CA de l'IME et par lui-même .

C'est dans le cadre de cette convention que j'ai effectué mon stage, en qualité de chargée de mission de la direction de l'IME, en co-pilotage avec le Directeur Général de l'ILVM.

Après l'accord de principe des deux Conseils d'Administration, la procédure de rattachement peut s'opérer.

Ce dossier sera géré de la manière suivante : le Directeur de l'ILVM était chef de projet, le groupe de pilotage constitué par les responsables des services financiers et services du personnel de l'ILVM, la responsable administrative de l'IME et moi-même.

B) Une procédure complexe à mettre en œuvre

Le rattachement de l'IME à l'ILVM entraînait toute une procédure administrative et juridique, non connue à ce jour et pour lequel les textes n'apportaient aucune aide.

En effet, la fusion de deux établissements médico-sociaux publics de deux départements distincts n'avait jamais été opérée, à ma connaissance. Il fallut donc découvrir au fur et à mesure les modalités de ce rattachement.

Quel préfet était compétent pour telle ou telle décision ?
Quelle DASS prendrait en charge le budget de l'établissement ?
Quelle incidence sur ce budget (prise en charge de frais de siège, de frais communs) ?
Quelle CPAM serait caisse pivot ?
Quel comptable ?
Qu'en était-il des biens de l'établissement ?
Comment disparaissait l'établissement public rattaché ?
Quelle procédure pour les personnels, titulaires, stagiaires, contractuels ?
Quel Conseil d'Administration allait être compétent pour prendre telle ou telle délibération ?

C'est à partir de cette grille de questionnements qu'il fallut faire des investigations multiples et variées.

Le GEPSO fut missionné pour apporter une aide à la démarche administrative et juridique de l'établissement, cependant son rapport de septembre 2002 apportait une idée imprécise des opérations à mener dans la mesure où aucun texte ne venait préciser la procédure.

a) *Des modalités du rattachement...*

❖ Les modalités juridiques et administratives

Elles devaient être effectuées dans un délai très court. Il convenait donc d'être efficace et d'agir avec rigueur. La question de l'intégration des personnels était primordiale et devait être réglée le plus rapidement possible afin de pouvoir répondre aux inquiétudes des agents et de ne pas interrompre le versement de leur salaire. De même, afin de pouvoir gérer l'établissement (travaux, assurance par exemple), il fallait que les biens soient transférés à l'ILVM.

Après l'accord de principe des deux Conseils d'Administration, il convenait que ceux-ci se réunissent à nouveau pour délibérer sur le rattachement effectif de l'IME à l'ILVM et sur les modalités.

Deux points essentiels devaient être traités : la situation des personnels et des biens de l'établissement.

- il fut décidé que « l'ensemble des personnels de l'IME, relevant du titre IV de la fonction publique hospitalière, est intégré à compter du 1^{er} janvier 2003 dans les effectifs de l'ILVM et que pour les agents non

fonctionnaires, les obligations à la charge de l'IME sont transférées à la charge de l'ILVM ³⁰»

- De même, il fut décidé que « l'ensemble des biens meubles et immeubles antérieurement affectés au fonctionnement de l'établissement, les droits et obligations, et, d'une manière générale tous les éléments d'actif et de passif, y compris la trésorerie de l'IME sont transférées en pleine propriété à l'ILVM au 1^{er} janvier 2003 ³¹»

Le 24 octobre 2002, par délibération du CA de l'ILVM et le 29 octobre 2002, par délibération du CA de l'IME, le rattachement de l'IME à l'ILVM au 1^{er} janvier 2003 est prononcé à l'unanimité.

La municipalité de Corbeil-Essonnes est alors saisie pour délibérer sur la suppression de l'Etablissement Public autonome qu'elle avait créée par délibération du 26 mars 1990. Par délibération du 25 novembre 2002 Le Conseil Municipal supprime l'Etablissement public à compter du 1^{er} janvier 2003.

Les services fiscaux (brigade domaniale et évaluations) de l'Essonne sont sollicités afin de valoriser le patrimoine en vue de la rédaction de l'acte notarié pour le transfert du patrimoine immobilier.

❖ Les modalités comptables et budgétaires.

Un certain nombre d'opérations comptables et budgétaires, d'opérations pour ordre devaient impérativement être effectuées pour le 31 décembre 2002 : clôture de la régie d'avances et de recettes, clôture du compte chèques. L'exercice budgétaire devait être clos le 31 décembre et il ne pouvait y avoir de journée complémentaire puisque l'établissement en tant que tel n'existait plus après le 1^{er} janvier, toutes les écritures comptables devaient être effectuées afin que compte administratif et compte de gestion du comptable soient conformes au 31 décembre 2002 avant la transmission au comptable du Val de Marne.

L'établissement fonctionnait avec le plan comptable M22 simplifié et n'avait pas de comptabilité d'engagement. Les opérations budgétaires étaient effectuées à partir d'un logiciel comptable standard émanant du privé et qui avait été adapté à la structure et il n'y

³⁰ délibération du Conseil d'administration de l'ILVM du 24 octobre 2002

³¹ délibération du Conseil d'administration de l'ILVM du 24 octobre 2002

avait pas de suivi budgétaire réel. De plus, il n'était pas tenu de comptabilité patrimoniale et l'inventaire des biens de la structure n'avait jamais été effectué.

Il fallut donc, à partir de tableaux Excel, reconstitué les opérations budgétaires de l'exercice 2002 afin de pouvoir effectuer un compte administratif et effectuer un inventaire comptable des biens de l'établissement pour l'évaluation de l'actif.

❖ Les mesures à prendre en faveur des personnels.

L'intégration de 35 personnels dans les effectifs de l'ILVM demandait que soit examinée la situation administrative de chaque agent afin de déterminer les termes de son intégration. Les modalités étant variables selon leur statut : titulaires, stagiaires, contractuels à durée déterminée ou indéterminée. De plus, en l'absence de responsable du personnel pendant plusieurs mois, il convenait d'apporter une attention particulière aux questions d'avancement d'échelon ou de grade, puisque les dernières commissions administratives paritaires avaient eu lieu sans que les décisions aient été répercutées sur les salaires des agents.

Enfin, la procédure d'intégration demandait que chaque agent effectue une demande de démission –mutation pour les titulaires et la reprise des contrats pour les non-titulaires.

Un arrêté individuel fut pris pour notifier l'intégration à l'ILVM au 1^{er} janvier 2003.

b) *... au mode de fonctionnement dans l'après fusion.*

Quels liens hiérarchiques, techniques et organisationnels allait avoir l'IME avec l'ILVM ?

Ce rattachement remettait en cause le fonctionnement de l'IME, mais allait susciter des questionnements, des réflexions sur l'organisation générale de l'ILVM

La gestion de l'urgence et des opérations ordinaires de gestion

Dans un premier temps, des groupes de travail furent organisés avec l'équipe de direction, les attachés des services économiques et service du personnel de l'ILVM et de l'IME.

Il fut décidé, de regrouper dès le 1^{er} janvier 2003, un certain nombre d'opérations à l'ILVM qui disposait d'une infra-structure adaptée. En effet, les systèmes informatisés de l'ILVM pouvaient tout à fait intégrer cette nouvelle structure.

Ainsi, rapidement l'ensemble des dossiers, des salaires, des carrières des agents furent regroupés et gérés par les services du personnel de l'ILVM, ce qui permit de ne pas retarder le versement des salaires et le suivi des carrières.

Il en fut de même pour la gestion financière et budgétaire, puisque le budget de l'IME était devenu un budget annexe de l'ILVM.

Il était également important de régler la question des dossiers administratifs des enfants, afin de ne pas interrompre les prises en charge et les règlements des prix de journée par les caisses d'assurance maladie. Là encore, l'ILVM disposant de logiciel adapté et de personnel affecté à cette tâche, la gestion des recettes de la structure fut transférée.

Cependant, le maintien de personnel administratif sur la structure déconcentrée et la mise en place de systèmes informatiques via le réseau permettait à l'IME de gérer en direct certains dossiers, d'effectuer les opérations quotidiennes nécessaires à son fonctionnement, et le transfert via Intranet de toutes informations utiles à l'ILVM.

Ainsi la gestion des personnels : absences ou maladies, congés, suivi des heures annualisées, suivi médical des agents ; la gestion des dossiers des enfants : prise en charge CDES, tableau de bord des présences, planning etc., la gestion comptable : bons de commandes, livraison ...restait sur l'IME.

Il convenait par ailleurs d'étudier les synergies qui pouvaient être mises en oeuvre en oeuvre rapidement.

La mutualisation des moyens, les liens opérationnels

Afin d'apporter une aide technique à l'IME, l'ILVM qui dispose d'une infra-structure conséquente, mis à disposition des compétences spécifiques pour préparer un certain nombre de dossiers à traiter dans l'avenir, effectuer une analyse de la situation de l'établissement dans des domaines comme la sécurité des personnes et des biens, les soins ..

Ainsi, la responsable de la maison d'accueil spécialisé chargée de la coordination des soins vint rencontrer médecins et infirmière afin de prendre connaissance des problèmes spécifiques des enfants accueillis et recenser les besoins en terme de conseils comme de fournitures.

La responsable des services généraux chargée des questions d'hygiène et de la sécurité alimentaire vint apporter son soutien à l'évaluation de la situation de l'IME : groupe de travail organisé avec les personnels d'entretien et de cuisine.

Le chef des services techniques chargé des travaux, de la prévention des risques professionnels et de la sécurité incendie rencontra les ouvriers d'entretien et prépara la venue de la commission de sécurité incendie et analysa les besoins en matière de travaux et de sécurité.

Ces personnels ayant des missions transversales sur l'ensemble des structures de l'ILVM intégreront donc ce nouveau service et il fut convenu que chacun d'entre eux se rendraient une fois par mois sur la structure.

Cette démarche de mutualisation des moyens et des liens fonctionnels et techniques est à peine entamée. Elle nécessitera dans l'avenir d'être approfondie.

C) Une communication primordiale

a) *Aux instances et aux partenaires...*

Les profonds changements occasionnés par le regroupement des établissements nécessitaient la rencontre des financeurs et des partenaires privilégiés de l'établissement. Ces rencontres avec les services de la DASS, de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) ou de la Commission Départementale de l'Education Spécialisée (CDES) permettaient non seulement de présenter l'ILVM, mais d'entendre la commande et la demande de l'environnement et de fixer les bases des orientations envisagées par l'ILVM pour l'établissement.

Par ailleurs de nombreux partenaires devaient être informés de cette décision afin de préparer les modifications administratives qu'entraînait ce rattachement, et qu'il n'y ait pas de perturbations importantes dans le fonctionnement des établissements.

L'énumération qui va suivre, peut paraître fastidieuse, cependant elle montre bien l'importance de la communication de tous les actes administratifs qui modifient de façon importante la vie des établissements et l'importance du travail effectué par les services du personnel de l'ILVM et de l'IME.

Aussi des courriers ont été envoyés à Mr le Ministre de la Santé, Madame la Secrétaire d'Etat chargé du Handicap, le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales, les Directeurs Départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales des départements du Val de marne et de l'Essonne, les Présidents des Conseils Généraux du Val de Marne et de l'Essonne.

Il était également indispensable d'intervenir auprès de l'INSEE, l'URSSAF, le CROSS, la COTOREP et les CDES 91 –94, la CRAMIF, les CPAM 91-94– le Trésorier Général d'Evry 91, de Créteil 94 – le Trésorier Principal de Corbeil 91, le Payeur Départemental de Créteil 94 – le Comptable du Trésor, les services fiscaux, la Caisse des Dépôts et consignations, les caisses de retraite diverses, le Comité Général des Oeuvres Sociales (CGOS), les Assurances, les ASSEDIC.

b) *... comme aux familles et aux personnels*

La communication aux personnels passe par les instances comme le Comité Technique d'Etablissement (CTE) ou le Comité d'Hygiène et Sécurité et des Conditions de travail(CHSCT) qui se sont réunies régulièrement tout au long de cette année de fusion, tant à l'ILVM qu'à l'IME. Cependant dans un souci de communication permanent, les différentes phases de la fusion ont été évoquées lors de réunions institutionnelles mensuelles avec l'ensemble des personnels, toutes catégories confondues.

L'information aux familles revêt là aussi toute son importance.

La participation des familles à la vie de l'établissement est de plus en plus souhaitée et souhaitable, elle s'inscrit pleinement dans les obligations de la loi 2002-2. De plus, la situation de l'établissement ces dernières années, les avait grandement préoccupé et ils avaient manifesté (dans tous les sens du terme) leur volonté d'être entendues et informées. Là encore, en dehors de la réunion du Conseil d'Etablissement, des réunions mensuelles furent organisées les samedi matin pour présenter l'Institut Le Val Mandé, informer de l'avancée de la fusion et des orientations pour L'IME.

Si l'information a revêtu un caractère particulier tout au long de cette procédure de rattachement et si elle a, en partie, rassuré les différents acteurs, l'inquiétude des personnels était encore très prégnante, en particulier sur leurs futures conditions de travail.

2.1.3 ... et la prise en compte de la dimension sociale.

Comme évoqué dans la première partie, le facteur humain est très important que ce soit dans le cadre d'une fusion comme dans le cadre de l'écriture d'un projet d'établissement.

La particularité des changements survenant dans l'établissement m'oblige à détailler ici la démarche du directeur, en qualité de responsable des Ressources Humaines mais aussi à décrire les différents aspects de la situation à gérer.

La gestion des Ressources Humaines devint rapidement une priorité. En deçà de l'inquiétude que générerait la fusion et qui nécessitait d'apporter rapidement des réponses, toute l'organisation du travail devait être remise à plat : effectifs, horaires de travail, gestion du temps de travail, dans un contexte et un climat dégradé.

A) Une situation de crise...

Je relèverais quelques points de la situation de crise rencontrée :

❖ Un climat institutionnel antérieur très dégradé

Un conflit très important, opposant un grand nombre de professionnels et certaines familles à la direction de l'établissement avait entraîné une inspection de la DASS en 2000 et une grève des personnels au printemps 2001, par ailleurs, plusieurs procédures étaient en cours auprès du tribunal Administratif. Ce conflit avait laissé de nombreuses séquelles.

❖ L' inquiétude légitime qui régnait parmi les personnels :

Quelle était cette nouvelle direction et dans quel climat allaient-ils travailler ?

Allait-il y voir réduction de personnel, les postes vacants seraient-ils pourvus, les contrats de travail renouvelés ?

Ne seraient-ils pas mutés d'office à St Mandé ? N'allait-on pas leur demander d'effectuer des remplacements sur l'ILVM ?

Allait-on modifier la structure de leur emploi, leurs horaires de travail ?

❖ Une organisation du travail inadaptée et en dehors de la réglementation

Les 35 heures n'étaient pas appliquées, les amplitudes horaires non respectées, les fiches de poste inexistantes.

Les temps de réunion et de préparation empiétaient gravement sur les temps de prises en charge. Tous les personnels travaillaient à la fois dans l'éducatif, le thérapeutique, le pédagogique...

Compte tenu des circonstances, il était nécessaire d'agir rapidement sur ces différents points.

La stratégie à mettre en place nécessitait cependant tact et diplomatie. J'usais donc de plusieurs stratégies :

- En premier lieu rétablir un climat positif et valorisant de communication,
- puis valoriser une éthique de management, considérer le principe supérieur de l'intérêt général tout en prenant en compte la gestion individualisée des salariés
- le fait de ne pas laisser perdurer des dysfonctionnements entre les services et les personnels -
- enfin le respect de la loi : la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative à nos établissements, le statut de la fonction publique hospitalière et le code du travail.

a) *Un personnel en grande souffrance qui devait faire le deuil du passé.*

Un constat :

L'absence totale de communication avec l'ancienne direction et un climat social désastreux où plus personne n'osait prendre la parole en dehors du représentant du personnel. Paradoxalement, de nombreux agents avaient besoin d'être entendu pour raconter leur vécu professionnel.

Le cabinet conseil Techné³², missionné par le Conseil d'Administration à la demande de l'ancienne direction pour une « *action de conseil et d'accompagnement ayant pour objet l'étude et l'identification des différents atouts et points de difficulté de l'institution dans son organisation et son management* » décrit le style de management de la direction de la manière suivante :

Management volontariste et solitaire :

Volonté d'introduire le changement par une formation intra-muros sur le projet d'établissement et les projets individuels. Pilotage autoritaire qui se serait avéré contre-productif. Management non participatif, mode de communication interne écrit privilégié à l'échange direct. Position de repli et d'enfermement, à distance des équipes et des groupes de vie des enfants.

La perception de la direction :

Manque de légitimité de la fonction lié au positionnement du Conseil d'Administration, non reconnaissance de la part des équipes, absence de relais en interne pour un mode de management participatif.

La perception des personnels : Management arbitraire et tyrannique, absence de reconnaissance du travail effectué, traitement inégalitaire et différencié des salariés, volonté de faire « table rase » du passé.

Le cabinet Techné³³ conclut pour décrire le type de management de l'établissement : « *un management paradoxal, alternant distance voire absence, et interventionnisme, en dehors d'un cadre institutionnel rénové et lisible* »

³² Techné –conseil – l'organisation et le management institutionnel de l'IME : Enjeux, difficultés et résolutions.- rapport d'étude – septembre 2001 – 64 pages, p40

³³ Techné –conseil – l'organisation et le management institutionnel de l'IME : Enjeux, difficultés et résolutions.- rapport d'étude – Op. Cit p 54

Suite au départ de la direction, les personnels avaient fonctionné en quasi « auto-gestion » pendant plusieurs mois, avec une direction intérimaire présente une fois par semaine. Tout en souhaitant ardemment une nouvelle direction, une peur perceptible les envahissait. Ils ne savaient plus à quel « saint se vouer » ni à « quelle sauce ils allaient être mangés » et le vécu antérieur reprenait constamment une place prépondérante.

Ceci étant posé, la gestion à proprement parlé, de ces aspects des ressources humaines pouvait commencer.

b) ... auquel il fallut apporter des réponses tant collectives que personnalisées

Des réponses individualisées

Au delà de leur situation administrative qui avait trouvé réponse rapidement, de nombreux agents sollicitèrent des entretiens afin d'exprimer leur vécu professionnel et consulter leur dossier personnel. L'analyse des situations personnelles fut effectuée par le Directeur Général en fin octobre, début novembre 2002.

En effet, il ne me paraissait pas souhaitable, qu'une directrice stagiaire intervienne dans les dossiers des agents et je ne souhaitais pas en faire la lecture afin de ne pas influencer mon jugement.

Des réponses collectives.

Une mise à plat, une analyse du fonctionnement et des solutions rapides étaient indispensables dans pratiquement tous les domaines de la gestion des Ressources Humaines : l'organisation du travail, la sécurité dans l'établissement, la réglementation du travail, la formation permanente, le recrutement et la question des conflits internes.

Tous ces points avaient un impact important pour la construction de l'avenir immédiat comme à plus long terme et devaient être étudiés si possible en amont ou en même temps que la construction du projet d'établissement.

Le schéma ci-dessous donne la mesure et le cadre dans lequel il convenait de travailler.

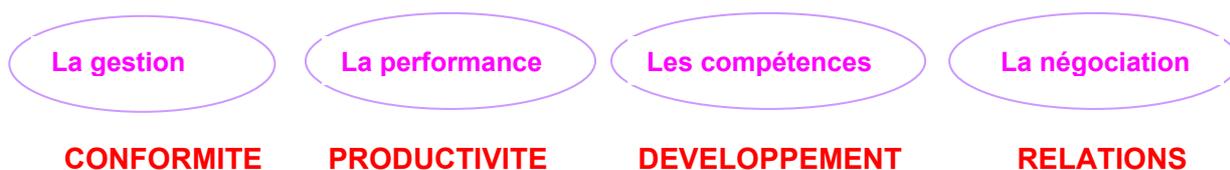


Figure 6 : Les points d'impact de la fonction Ressources Humaines³⁴

Cependant les agents devaient faire le deuil du passé afin de repartir sur de nouvelles bases. Ils devaient intégrer cette nouvelle direction et le nouveau cadre de travail qu'ils avaient pourtant ardemment souhaité.

Une psychologue institutionnelle ayant été embauché pendant la période d'intérim, la mission lui fut confiée, dès la rentrée septembre, d'axer les groupes de parole avec les professionnels autour de cette notion de deuil.

B) ... devenue une dynamique positive de la crise

La réponse aux attentes, la prise en compte des situations individuelles permirent de rétablir peu à peu un climat de confiance et le dialogue put à nouveau s'instaurer, afin d'appréhender point par point les dysfonctionnements.

En dehors du temps formalisé de rencontres des représentants du personnel dans le cadre des instances CTE ou CHSCT, il fut organisé des rencontres mensuelles entre syndicats et direction afin d'évoquer les points que soulevaient le rattachement, les questions des personnels ou les modifications/transmutations de l'organisation du travail.

a) *Remédier aux dysfonctionnements...*

La conformité :

La mise en place des 35 heures n'était pas effective à l'IME. Il convenait donc de rétablir cette situation en harmonisant les procédures, en fonction de l'accord local signé entre la direction et les représentations syndicales de l'ILVM.

³⁴ Patrick Lefèvre – guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales. Op. Cit .p 260

L'étude des plannings des agents et des horaires de travail permettait une adaptation dans la mesure où les agents travaillaient en moyenne 1 h 15 par jour sur la structure en dehors de la présence des enfants (8h00 – 16h 15), qu'ils travaillaient tous en horaire continu, sans coupure pour le déjeuner. L'aménagement du temps de travail ne remettait donc pas en cause le temps de prise en charge des enfants (9h00 – 16h00), d'autant plus que les enfants n'étaient pas pris en charge le mercredi après midi et que les professionnels vaquaient.

Il fallut faire un état des lieux sur l'exercice 2002, afin de restituer ou de payer les heures supplémentaires effectuées.

L'IME ne dispose pas d'outil informatisé de gestion du temps de travail. Je travaillai donc, à partir de l'outil Excel, à la mise en place de l'annualisation du temps de travail, avec des décomptes individualisés pour chaque agent. (voir annexe)

Un cadre réglementaire des horaires de travail : un certain nombre d'agents des services généraux : agents de service hospitalier qualifiés, chauffeurs, ouvriers d'entretien, travaillaient sur des amplitudes horaires qui dépassaient largement le cadre légal. Un réajustement de leurs horaires de travail leur permit rapidement de gagner en qualité de vie et par là même en qualité de travail.

La mise en conformité des horaires et temps de travail des agents ne peut que convenir aux agents, cela réduit leur temps de travail, cela représente également un atout pour la direction qui respecte le droit de ses salariés.

Cependant l'organisation du travail est perturbé par ces modifications et il convient néanmoins de ne pas amoindrir la qualité de l'offre de services et des prises en charge auprès des enfants.

b) Identifier les points de fragilité de l'organisation

La productivité

Définition du rôle et de la place de chacun

La qualité des prises en charge ne devaient pas souffrir des aménagements du temps de travail. A partir de l'analyse que j'effectuai des plannings individuels des enfants, des activités des groupes et des professionnels par pôle d'activité – éducatif – thérapeutique – pédagogique – il apparut que les temps de réunion et de préparation, de rangement... hebdomadaires occupaient un quart du temps de travail, au détriment des prises en charge des enfants, que les rôle et place de chacun et leur champs d'intervention n'étaient plus clairement définis et que l'ensemble des prestations thérapeutiques étaient

regroupés sur les 2 voire les 3 premiers jours de la semaine uniquement en fonction des souhaits des professionnels. Cette organisation s'était peu à peu mis en place pour pallier aux postes non pourvus (2.05 ETP) et aux absences des personnels (les bilans sociaux de l'établissement font apparaître une augmentation de + 4.88 % d'absentéisme et + 12 % des arrêts maladie entre 1996 et 1999)

Dans un premier temps, j'ai demandé aux professionnels de définir par écrit leur fiche de poste actuelle au sein de la structure (définition du rôle, champs d'intervention et médiateurs utilisés), puis dans un second temps, des groupes de travail ont été organisés pour :

- 1) mesurer les écarts avec la définition classique des fiches métiers de la fonction publique hospitalière
- 2) redéfinir le sens des actions et les besoins spécifiques des enfants et de l'institution.

Ce travail favorise l'articulation des compétences et la transversalité, chacun ayant une meilleure connaissance interne des métiers et des qualifications des autres membres du personnel. En effet, il n'est pas question de détruire le travail d'équipe mais de donner à chacun des repères « qui fait quoi », des liens interdépendants et de redonner une identité professionnelle, aux éducateurs, aux thérapeutes, aux pédagogues, aux personnels administratifs ou d'entretien.

Cette notion de repères étant essentiel en premier ressort vis à vis des enfants accueillis.

c) *Dynamiser les équipes.*

Le développement.

Développer les compétences, anticiper et prévoir les évolutions des emplois et fonctions sont des enjeux pour l'établissement. Il convenait d'examiner la situation de la structure et de s'appuyer sur les compétences internes à valoriser.

Les moyens en personnels

Le tableau des effectifs faisait apparaître les postes vacants, non pourvus depuis plusieurs mois, voire davantage. La mise en place des 35 heures avait encore creusé l'écart entre postes pourvus et besoins. Le budget alloué pour couvrir les frais de personnel était insuffisant et ne permettait pas le recrutement des postes pourtant autorisés par le Conseil d'Administration et les financeurs. Une intervention, par le biais d'une décision modificative s'imposait. Les services de la DASS acceptèrent le principe et une augmentation du budget permis de commencer les recrutements nécessaires dans les meilleurs délais. Dans le cadre du budget prévisionnel 2003, deux postes

supplémentaires furent demandés dans le cadre de l'aménagement du temps de travail qui furent accordés.

La formation continue a toujours été un des leviers les plus importants de l'évolution des personnes.

La direction précédente avait axé son management en ce sens, cependant si les plans de formation 1999 et 2000 étaient en lien entre objectifs et action, les demandes de formation à partir de 2001 n'étaient plus en lien avec les objectifs et correspondaient davantage « à une fuite en avant »

Le plan de formation n'avait pas été honoré et il convenait d'incorporer les demandes de formation 2003 dans le plan global de l'ILVM.

En concertation avec les agents, il fut décidé que le budget de formation 2002 qui ne pouvait plus être utilisé à des formations personnelles (compte tenu du peu de temps restant jusqu'à la clôture de l'exercice et de l'absence de sessions ou/et de dates arrêtées auprès des organismes de formation) serait utilisé au démarrage de l'écriture du projet d'établissement et au règlement d'honoraires d'un cabinet conseil qui viendrait poser les bases du projet.

L'intervention d'un cabinet extérieur permettait une certaine « neutralité » en cette période riche de changements, bouleversements et rebondissements...

Le plan de formation 2003 devait comporter 3 axes : les formations « obligatoires » liées à la sécurité des personnes et des biens – sécurité incendie par exemple – les formations collectives liés aux objectifs – information, formation autour de la connaissance et des impacts de la loi du 2 janvier 2002 – et les formations individuelles qui devaient être en rapport avec le cadre des missions de l'établissement.

Les plans de formation 2002 et 2003 reçurent un avis favorable du CTE et furent adoptés par le CA.

Deux agents de l'IME sollicitaient une formation individuelle de moniteur éducateur et éducateur spécialisé. Après un bilan de compétence, effectué à l'ILVM, en présence d'un membre externe à la structure, l'un partira en formation dès 2003, l'autre à la rentrée 2004.

Par ailleurs, il est décidé d'organiser des concours sur titres pour des agents titulaires de diplômes d'Etat d'éducateurs spécialisés et de moniteurs, agents contractuels depuis plusieurs années.

La prise en compte des formations individuelles a eu un impact sur l'ensemble des personnels qui se sentaient à nouveau « reconnus » professionnellement.

Les actions menées et développées ici ont été déterminantes dans la mise en œuvre des projets futurs et en particulier de l'écriture du projet d'établissement. Le recadrage des actions, des emplois, la gestion des attentes ont été un facteur essentiel pour conduire les équipes aux changements.

La confiance a pu se rétablir parce que les engagements pris avaient été tenus.

C) ... ont permis de conduire les équipes au changement.

Les relations

Je reprendrais ici un article sur « l'art de convertir les équipes au changement » de Pierrick Vitiello³⁵ de l'École des Mines de Paris qui précise que pour calmer les craintes, la conduite des évolutions doit se faire par étapes et par touches simultanées :

- Montrer la nécessité de changer le quotidien
- Définir un calendrier et Informer régulièrement de l'avancée du projet
- S'appuyer sur les personnels ouverts au changement, montrer l'implication de la direction
- Associer les équipes au diagnostic et à la recherche de solutions et rassurer quant à la pertinence des choix effectués
- Identifier les obstacles, les lever et s'appuyer sur les cadres de l'institution.

Cette méthode, appliquée point par point, s'est avérée opérante.

1^{er} janvier 2003 : le rattachement est effectif. L'ensemble des agents a intégré l'ILVM, à l'exception d'un contrat arrivé à terme et non renouvelé : les agents titulaires ont intégré par démission mutation, les agents contractuels par une reprise de leur contrat.

Le poste de directeur d'établissement est transformé en poste de directeur adjoint de l'ILVM.

L'IME perd donc son statut d'établissement public autonome, il devient un service de l'ILVM et doit intégrer cette nouvelle dimension. Le travail autour du projet d'établissement l'y aidera.

³⁵Pierrick Vitiello - Les cahiers du management - L'expansion - février 2002 n° 660 – 2 pages, pp154,155

2.2 ... à la conduite du projet d'établissement

Ainsi, en devenant un service de l'ILVM, l'avenir immédiat de l'établissement est sauvegardé. Cependant, pour construire l'avenir, il faut des projets. Est-ce pour cela que la démarche du projet d'établissement a été menée de façon concomitante au rattachement de l'établissement ? (2.2.1), quelle a été la mise en œuvre de l'écriture du projet ? (2.2.2), c'est ce qui sera évoqué dans ces paragraphes.

2.2.1 Pourquoi le projet d'établissement ?

Le projet est un acte symbolique de direction qui vise à dynamiser l'institution et ses différentes ressources.

Au regard de son histoire et des nouvelles dispositions réglementaires, l'IME « Le Val d'Essonne » rencontrait l'opportunité de poser les bases de sa projection sur l'avenir.

Après une histoire difficile et des projets non aboutis, il était important de saisir cette opportunité.

A) Un soutien à la fusion, une projection sur l'avenir...

Il convenait d'évaluer les valeurs communes et de construire une culture identique, de soutenir la complémentarité et la notion d'appartenance et d'aborder la mise en œuvre d'une harmonisation des pratiques et des procédures.

a) *Par l'opportunité de réinscrire l'établissement dans son environnement*

L'établissement avait peu à peu modifié ses prises en charge en élargissant l'accueil à des enfants et adolescents présentant des troubles du comportement et déficiences intellectuelles plus importants, sans pour autant adapter les moyens. Ces moyens insuffisants et l'absence de projets finalisés avaient éloigné l'établissement de sa finalité.

Il était nécessaire d'observer, d'être à l'écoute de l'environnement social et de faire un diagnostic précis, pour inscrire l'établissement dans cet environnement et lui redonner la place qu'il devait occuper.

L'analyse de cet environnement et de ses besoins a permis de dégager les pistes de la construction de l'établissement pour demain.

b) *Par la remobilisation des équipes*

De nombreux travaux avaient été réalisés par les équipes dans le cadre de formations antérieures : sur la notion de référent, sur l'élaboration du projet individualisé et sur l'élaboration d'un projet d'établissement qui n'avait pas été validé parce qu'écrit par la direction sans l'aval des agents.

Aussi, il était important d'analyser et d'utiliser ces travaux afin que les équipes n'aient pas le sentiment d'avoir travaillé pour rien, et qu'une fois de plus, nous faisons « table rase du passé », d'autant que ce travail était très intéressant et s'inscrivait complètement dans la démarche actuelle.

redonner du sens à l'action...

Comme évoqué dans la 1^{ère} partie, il est indispensable de re-questionner l'existant et de s'appuyer sur les points forts et les points faibles.

Il convenait surtout de clarifier le rôle et de redonner la place aux professionnels en fonction de leur champs de compétences, d'améliorer l'offre de prises en charge et de replacer les différents types et temps de réunion nécessaires à la réflexion et aux écrits.

Il fallait, dans un premier temps, définir les grandes orientations et modifications pour l'année 2002 – 2003, en partant et en plaçant l'enfant au cœur du dispositif. Ces termes ne devant pas être un vain mot mais une réalité de chaque instant.

Il fallait re-questionner les modes de prise en charge à mettre en oeuvre sur cette année « scolaire ». Fallait-il ou non, reconduire à l'identique les actions des années précédentes ?

Les projets personnalisés des enfants devaient être formalisés et communiqués aux familles, à défaut, cette année, de les définir avec eux.

Enfin, il convenait de réfléchir à la réorganisation de l'espace en optimisant les lieux à disposition.

... affirmer une identité

- Un nom pour l'établissement

La dimension symbolique de l'identité s'est trouvée dans le choix du Directeur Général de donner un nom à cet établissement qui avait toujours été appelé « Institut Médico-Educatif de Corbeil »

Le choix a été fait d'une boîte à idées où chaque agent pourrait proposer un nom, puis à partir de quelques noms significatifs, un vote a été organisé.

Le choix retenu n'est pas anodin puisque l'établissement s'appelle désormais « Institut Médico-Educatif le Val d'Essonne » (IMEVE). Les agents ont choisi un nom qui leur permettait de s'identifier à l'Institut le Val Mandé, de revendiquer une appartenance. L'établissement « orphelin », venait d'être adopté, avec ses particularités et ses spécificités.

B) Dans une réponse à l'obligation réglementaire.

Le principe de l'élaboration du projet d'établissement n'est pas récent dans les textes. Déjà, dans les dispositions générales des annexes XXIV, il est mentionné à l'article 30 : « Après concertation menée avec l'ensemble des personnels placés sous son autorité, le Directeur propose au Conseil d'Administration un projet d'établissement fixant les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques du centre ainsi que les modalités de leur réalisation et de l'évaluation de leurs résultats ; Ce projet d'établissement, adopté par le Conseil d'Administration, est conforme à la réglementation et porté à la connaissance de la tutelle... »

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 qui rend obligatoire l'élaboration d'un projet d'établissement pour une durée de cinq ans ne vient que renforcer les termes des annexes XXIV et de la loi du 30 juin 1975.

Conformément à la réglementation, le projet doit mentionner les objectifs de l'établissement notamment en matière de prestations et expliciter les modalités de mise en œuvre à travers l'organisation et le fonctionnement.

L'information, par une formation en interne, du contenu de la loi n° 2002-2, a permis à l'ensemble des personnels d'intégrer le cadre réglementaire dans lequel l'établissement doit aujourd'hui fonctionner.

Le cadre de la loi a été un support important pour créer l'adhésion autour de la démarche stratégique de changement et le cadrage des actions.

a) *Promouvoir une dynamique d'amélioration permanente*

« Rien n'est jamais acquis » dit le proverbe.

Les équipes acceptèrent la remise en cause de leurs pratiques et le bien fondé de l'évaluation des modes d'action. En pointant eux-mêmes les dysfonctionnements, en

proposant des améliorations, des modifications, ils en ont rapidement ressenti les effets dans la qualité de leur travail.

La démarche qualité sur laquelle il leur est demandé de travailler dorénavant et la mise en place, dans les mois à venir de grilles d'évaluation et de référentiels afin de mesurer la qualité des prestations, des activités proposées aux enfants, semble entendue.

Ce n'est que l'avenir et l'évaluation qui dira si cette démarche, semble-t-il intégrée, s'avère efficiente.

Elle permet cependant d'entrevoir l'auto-évaluation en vue de l'évaluation externe telle que définit la loi.

2.2.2 Comment le projet d'établissement ?

Les travaux relatifs à la réalisation de l'écriture du projet d'établissement débutèrent vers novembre 2002, dans le contexte de la fusion. Les équipes étaient plus sereines compte tenu des réponses apportées à leur situation personnelle mais la méfiance était encore importante quant au devenir de l'établissement.

Le calendrier pour la réalisation de l'écriture du projet poussait vers un rythme de travail intense, puisque l'échéance avait été fixée pour une présentation du projet au Conseil d'Administration d'avril 2003.

A) Un recueil d'informations indispensable

a) *Une analyse de l'offre existante et des besoins du département.*

« La méthode d'analyse stratégique consiste donc à se servir des données recueillies lors des entretiens pour définir les stratégies que les acteurs poursuivent les uns à l'égard des autres et pour remonter, à partir de là, aux jeux auxquels correspondent et dans lesquels s'insèrent ces stratégies. Ces jeux, à leurs tours – et les solutions auxquels ils aboutissent généralement – renvoient à la structuration des relations de pouvoir qui lient les divers acteurs les uns aux autres et qu'il s'agit justement de faire apparaître pour comprendre les régulations d'ensemble du système d'action étudié et en rendre compte »³⁶

³⁶ Michel Crozier – l'acteur et le système – Editions du Seuil, p 413

La démarche stratégique s'appuie sur une analyse de l'environnement qui a pour fonction de permettre aux acteurs de situer leur institution de façon aussi précise que possible à l'intérieur du contexte dans lequel elle se meut et d'identifier les axes majeurs d'évolution de cet environnement³⁷.

La réflexion stratégique sert à valoriser les atouts de l'institution concernée, en évitant les incohérences. Elle oblige l'établissement à avoir une vision d'ensemble, impliquant tous les responsables, elle interroge la structure sur ses grandes options. Elle fait ressortir les objectifs visés par l'institution ainsi que l'environnement dans lequel s'insère l'établissement en positionnant tous ses partenaires. Cette démarche permet l'anticipation et facilite les prises de décision.

Un travail de recherche et d'analyse est donc nécessaire : Etude de la population accueillie, analyse de l'offre de services existante, Etude des demandes de placement en cours... (voir annexe)

B) Les modalités d'organisation d'une démarche participative.

Maintes fois évoquée dans mes propos, la prise en compte et la participation de l'ensemble des personnels est primordiale dans la mise en œuvre d'un projet d'établissement. La conduite de ce projet a donc été organisée dans le cadre d'une « gestion par projet »

a) *La création des groupes-projet*

Le groupe projet est formé par le Directeur de l'ILVM, responsable du projet, la directrice de pôle (nouvellement nommée), deux intervenants extérieurs et moi-même, il effectue le cadrage du projet, son contrôle et sa validation au fur et à mesure de son élaboration.

Le groupe de pilotage, sur le site, est constitué, du cadre socio-éducatif, d'un intervenant dans chacun des domaines éducatif, thérapeutique et pédagogique.

³⁷ Michel Crémadez – le management stratégique hospitalier – Editions Masson – 1997

Les groupes de travail sont organisés à partir de thèmes choisis et définis par le groupe de pilotage auxquels participent l'ensemble des personnels, répartis en fonction des thèmes qu'ils ont choisi. Le nombre de personnels (35) facilite ce type de participation. Les intervenants extérieurs animaient l'ensemble des réunions de travail.

b) L'écriture du projet

Le travail effectué avant le démarrage de l'écriture du projet – redéfinition des objectifs et des modalités de prise en charge sur l'année en cours, redéfinition des rôles de chacun – permit une projection sur l'avenir plus aisée et une meilleure anticipation des besoins de demain. Il permit aux différents groupes-projet de mieux percevoir les besoins et les moyens à mettre en œuvre.

Je ne développerais pas ici les axes et le contenu du projet. Il fait l'objet d'un autre ouvrage (voir synthèse en annexe)

L'écriture à proprement parlé débuta en mars 2003. Le cabinet extérieur avait été chargé de l'écriture du projet. Il effectua une première mouture et le soumit au groupe projet. Cependant, le plan comme le contenu du document n'était qu'une ébauche, il développait l'analyse de l'existant et les grandes orientations mais manquait d'argumentation quant au bien fondé des orientations et propositions pour l'avenir. Les points d'argumentation furent discutés en réunions du groupe de pilotage. Le document fut remis en plusieurs exemplaires pour lecture à l'ensemble des personnels qui l'adoptèrent.

Toutefois, l'étude des besoins nouveaux en personnel, des moyens financiers et budgétaires ainsi que le projet architectural n'était pas dans la mission des intervenants. Un travail conséquent fut nécessaire afin d'obtenir un document finalisé à présenter aux Conseil d'Administration et aux différentes instances.

c) ... en vue de son adoption

Le projet – dans sa première version - fut présenté pour un accord de principe au Comité Technique d'Etablissement, au Conseil d'Etablissement et au Conseil d'Administration en avril 2003. Son principe fut adopté et permis de poursuivre les travaux nécessaires à sa finalisation. Il fut à nouveau présenté aux instances en juillet 2003 et adopté à l'unanimité. Il put donc être présenté aux autorités de contrôle et aux divers partenaires telles que Caisse d'Assurance maladie, Commission Départementale de l'Education spécialisée et Inspection de l'Education Nationale.

Il est actuellement à l'étude, en « navette » entre l'ILVM et les services de la DASS en vue d'un passage en CROSS avant la fin de l'année 2003.

Aujourd'hui, l'établissement est en mesure de définir les besoins auxquels il doit répondre en lien avec son expérience et l'offre de services actuellement disponible dans son champ géographique.

Le rattachement de l'IME et l'écriture du projet d'établissement étaient deux étapes déterminantes du devenir de cet établissement, mais ce ne sont effectivement que les premières étapes. La mise en œuvre du projet d'établissement et le suivi de sa réalisation dans les cinq années à venir permettra d'évaluer la réussite de ce projet et de l'actualiser si besoin est.

3 DE LA VALIDATION A L'EVALUATION POUR UNE PERENNISATION DES PROJETS.

Ce n'est pas sur le court terme que peut se décréter la réussite de la fusion et du projet d'établissement mais sur la mise en œuvre concrète des projets, le suivi de leur réalisation pour une pérennisation de la démarche.

Il est encore trop tôt pour s'auto-satisfaire, cependant, la validation et l'appropriation du projet par l'ensemble des personnels de l'IME me semble un premier gage de réussite. L'intérêt porté sur le « fond » du projet par les administrateurs de l'ILVM, les instances de contrôle et les partenaires en semble un autre.

Il convient cependant de rester vigilant dans les mois et les années à venir. De nombreuses adaptations doivent être affinées. La contractualisation des prestations, de nombreuses procédures doivent être formalisées (contrat de séjour ...). Le plus important semble aujourd'hui les liens qui unissent et uniront les structures et l'évaluation permanente qui sera mise en place.

Dans cette troisième partie, J'aborde les raisons qui laissent à penser que les deux projets réalisés cette année peuvent être considérés comme une réussite (3.1) et les risques ou les limites qui peuvent être des freins à cette réussite (3.2). la vigilance est donc de rigueur.

3.1 Quels sont les gages aujourd'hui de la réussite des projets

La réussite des projets touche aux enjeux du rattachement pour l'un et l'autre des établissements et aux bénéfices que chacun pourra en tirer. Quant au projet d'établissement, c'est la pertinence des réponses qu'il apporte, sa mise en œuvre rapide, après avis du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) qui seront déterminantes et son évaluation régulière : « faire ce qu'on a écrit, vérifier que ce qui a été écrit a bien été fait »³⁸

Afin d'évaluer la réussite des projets, il convient d'examiner les atouts dont disposent aujourd'hui les établissements, l'établissement absorbant (3.1.1) comme la structure absorbée. (3.1.2)

3.1.1 Un repositionnement pour l'ILVM

Nous pourrions penser qu'un service de plus ou de moins pour l'Institut Le Val Mandé ne change finalement pas grand chose. Plus de résidents, plus d'effectifs, plus de moyens financiers.

Or, il n'en est rien. L'arrivée de cet énième service vient tout à coup modifier le paysage de l'ILVM en augmentant son territoire géographique et sa sphère d'influence.

A) Une nouvelle dimension pour l'ILVM ?...

a) *Une image et une notoriété qui grandissent.*

L'Institut Départemental des Aveugles, devenu Institut le Val Mandé a montré sa capacité à s'adapter aux problématiques du secteur médico-social par une réflexion constante autour de débats fondamentaux comme les droits, les devoirs, l'identité de la personne handicapée, l'insertion ou l'emploi, l'intégration scolaire ou sociale.

Le Directeur de l'ILVM a réussi à construire un véritable réseau de partenariat. Je prendrais en exemple l'accord cadre signé en 2003, entre l'Institut et l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) sur la prise en charge hospitalière de ses résidents,

³⁸ Jean Louis Déshaies - Mettre en œuvre les projets – op. cit. p 60

résultat d'une réflexion énoncée en 2000 lors de l'écriture du livre « A la lumière des temps »³⁹.

En s'ouvrant aujourd'hui sur un nouveau territoire : l'Essonne, l'ILVM va pouvoir promouvoir l'Etablissement Public et les valeurs qu'il défend.

Aujourd'hui, l'ILVM est un « incontournable » dans la connaissance du handicap et des modes de prises en charge et un laboratoire de recherche qui travaille sur les enjeux du secteur médico-social de demain.

b) Une augmentation de son potentiel

L'intégration de l'IME constitue pour l'ILVM des moyens supplémentaires :

Un service complémentaire en terme de prises en charge d'un nouveau type de population vient augmenter « la palette » des prestations offertes. Une augmentation des personnels tant en nombre qu'en qualification avec une direction adjointe supplémentaire qui vient renforcer l'équipe de direction et asseoir son « staff »

Un budget supplémentaire vient conforter sa solidité financière.

c) Pour un établissement qui n'a plus à faire ses preuves.

La connaissance et la reconnaissance de l'Institut le Val Mandé n'est plus à faire. Son implantation depuis plus d'un siècle sur la commune de Saint Mandé, dans le Val de Marne, le nombre de personnes de « qualité » qui ont vécu dans ou à proximité de l'établissement ou qui l'ont visité ont contribué à le faire connaître, Victor Hugo ou le photographe Doisnaud pour ne citer qu'eux.

Cependant outre cet aspect anecdotique, c'est la mobilisation des directeurs et des personnels qui l'ont fait vivre depuis 120 ans et sa capacité à évoluer et à répondre à

³⁹ Delphine Jaunasse sous la direction de Jean Poitevin - A la lumière des temps, Histoire et perspectives d'un établissement fondé pour les aveugles :

« Les secteurs sanitaires, social et médico-social se sont forgé des identifiés spécifiques indépendantes au nom de textes différents, créant des institutions adaptées aux diverses modalités de prise en charge. Il semble malgré tout indéniable, que dans certains cas, la collaboration entre soins et approche éducative puisse être privilégiée en considérant la personne dans sa globalité. L'édification des deux secteurs a nécessité une différenciation, une dichotomie très fortement marquée – parfois artificielle – entre ces deux univers. Aujourd'hui, par une prise de conscience idéologique..., différents acteurs réfléchissent à la mise en réseau comme exemple du rapprochement entre secteurs sanitaire et social. Op. cit. p 145

l'évolution des handicaps et à leur mode de prises en charge qui lui donne aujourd'hui ses lettres de noblesse.

Nous pourrions penser que cet établissement, en grandissant sans cesse perd sa dimension « humaine » en regroupant en son sein plus de 350 « résidents » ou « clients ». Il n'en est rien, au contraire. En créant de nouveaux services d'aide au maintien au domicile ou d'aide à l'insertion à la vie ordinaire, l'ILVM cherche à pallier à l'institutionnalisation et offre des services innovants. De plus, le choix de maintenir, à l'intérieur comme à l'extérieur des services ou établissements distincts - de petite ou moyenne capacité - ayant chacun des spécificités reconnues est un engagement de la direction.

B) ... ou la dimension qu'il avait dans le passé ?

a) *Une dimension régionale ?*

J'évoquais par le titre de ce paragraphe, une nouvelle dimension de l'ILVM. Je crois que cet établissement reprend seulement la place qu'il occupait avant 1969, au moment de la réorganisation de la région parisienne, qui a vu l'éclatement du Département de la Seine et a dévolu l'Institut au département du Val de Marne.

Ne pouvons nous penser que « la fédération » d'établissements que constitue aujourd'hui l'ILVM puisse avoir une dimension régionale. Cela ne correspond-il pas de ce que pressent l'avenir, une autre définition du niveau d'intervention des collectivités locales et une nouvelle dimension de la région ? avec une vision plus large encore dans le cadre de la politique communautaire d'une Europe des régions. Ceci est un autre débat...

b) *Et un souci de proximité.*

Je crois cependant que ce positionnement de l'établissement dans ce nouvel environnement ne remet en cause ni la notion de proximité ni le fait de devoir recentrer les actions des établissements en faveur de la population de leur département d'origine.

Cette notion de proximité a été intégrée dans le projet d'établissement de l'IME et en constitue un des éléments force, l'ILVM en préservant la spécificité de l'IME dans son environnement propre, a permis à celui-ci d'être reconnu dans le paysage institutionnel de l'Essonne.

3.1.2 Une reconnaissance pour l'IME

L'IME en tant qu'établissement public reprend sa place dans le schéma départemental. Les personnels de l'établissement se sont toujours attachés à offrir un lieu de vie accueillant aux enfants, à leur apporter soutien, bien être et à développer leurs potentialités. Cependant, l'établissement a souffert d'isolement et de manque de reconnaissance du travail accompli, tant en interne qu'en externe.

A) Une direction de proximité

L'établissement avait besoin d'un encadrement très présent. La mise à disposition, dès septembre 2002, d'un directeur à temps plein et d'un cadre socio-éducatif en relais du cadre dont le départ en retraite était prévu pour fin décembre a joué un rôle important pour relancer la dynamique de l'établissement.

a) *Une « mini » équipe de direction*

Une reconnaissance professionnelle, immédiate et réciproque entre le directeur et le cadre socio-éducatif a permis d'appréhender rapidement les problématiques de l'établissement et de convenir des modalités d'intervention auprès des équipes.

Peut être liées à nos expériences professionnelles antérieures, ce duo a été immédiatement co-opté par les personnels.

Les modalités de fonctionnement mis en place : rencontre quotidienne du directeur et du cadre, réunion de direction sur le site, une fois par semaine avec le directeur de l'ILVM et la responsable administrative de l'IME, ont permis un suivi et une validation des actions tout au long du processus de la fusion et du projet d'établissement.

Ma présence quotidienne à l'IME, aux réunions mensuelles institutionnelles, mon accompagnement à l'ensemble des réunions de travail, mon passage régulier sur les groupes d'enfants et dans les services généraux ont été particulièrement appréciés. Mon souci d'informer, d'expliquer les actions mais aussi les contraintes avec lesquelles il fallait travailler reçurent un écho favorable.

B) Une confiance retrouvée

Les équipes, autour du directeur et du nouveau cadre socio-éducatif, se sont retrouvées à travers la démarche de projet et l'élaboration du projet d'établissement. Au fil des réunions de travail, de la réponse aux attentes et de la prise en compte de leur passé comme de leur présent professionnel, la parole est peu à peu revenue et elle a été pleinement retrouvée dans des échanges fructueux et riches de savoir-faire.

a) *Un professionnalisme et une spécificité valorisés*

Le Directeur doit s'appuyer sur les compétences internes et sur les agents favorables au changement.

La qualité de la prise en charge quotidienne auprès des enfants avait été saluée par les parents lors d'une réunion en septembre 2002.

L'ancienneté des agents (de 4 à 30 ans avec une moyenne sur l'établissement de 13.5 ans et de 24 ans pour le personnel éducatif) ne s'était pas traduit par une usure professionnelle ou par une époque révolue mais par un professionnalisme porteur de savoir faire et de savoir être transmissibles.

b) *Une parole autorisée et favorisée*

L'aspect relationnel de la fonction de directeur était mis à l'épreuve dans l'établissement. La parole était quasi-inexistante et aucun agent n'osait frapper à la porte du directeur ni même entrer dans son bureau.

Les premières réunions de service étaient curieusement silencieuses et constituées de monologues que je ponctuais de « qui ne dit mot consent ». Rapidement, j'énonçai clairement que je ne recevrais plus le représentant du personnel pour toutes les questions ou problèmes liés à l'activité quotidienne de l'établissement et que j'attachais de l'importance à rencontrer directement les agents qui rencontraient des difficultés liées au fonctionnement de la structure.

La parole revint peu à peu pour devenir riche d'échanges entre les professionnels comme avec la direction.

La remise en cause des pratiques professionnelles n'a pas été vécue comme des atteintes personnelles mais comme une évaluation et une évolution nécessaires à un contexte professionnel, environnemental et réglementaire. Les propositions d'orientations futures de l'IME répondent à ce contexte.

Ainsi, la réflexion, les débats autour des projets éducatifs, pédagogiques, thérapeutiques ont-ils permis de faire évoluer les pensées et d'accepter les changements nécessaires.

C) ... par une reconnaissance auprès des partenaires

a) *Une réponse adaptée aux besoins de l'environnement qui met l'établissement en perspective.*

Il existe 71 établissements et services médico-sociaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée sur le Département de l'Essonne. Dont 13 IME accueillant des déficients intellectuels. Seuls deux établissements dont Le val d'Essonne sont des établissements publics.

L'offre de services que propose l'IME pour les cinq années à venir apportent des réponses aux dossiers en attente à la CDES, elle prend en compte la situation des établissements sur le territoire du département et la problématique d'enfants plus lourdement handicapés, avec handicaps associés, troubles du comportement et multi-handicaps tout en favorisant l'intégration et l'insertion sociale de tous les enfants qui lui seront confiés.

L'offre de services tout en restant dans le dispositif des annexes XXIV simples, tend à décloisonner les admissions par type de pathologies ou classe d'âge afin, d'offrir une prise en charge diversifiée qui prenne en compte les enfants dans leur diversité, en fonction de leurs désirs et de leurs potentialités, répondant ainsi à sa mission de service public.

b) *Et permet d'envisager un réel partenariat.*

Le projet d'établissement a été reçu avec intérêt par les partenaires et instances de contrôle.

Transmis et discuté avec le secrétaire de la CDES, il a permis la mise en œuvre immédiate de réunions de concertations régulières, à l'IME, sur le suivi des dossiers en attente qui nécessiteraient une observation-évaluation de la situation, sur le suivi des enfants de l'IME et les limites de la prise en charge actuelle.

Débatu avec l'inspecteur de l'Education Nationale, celui-ci favorisera, voire participera dès la rentrée prochaine, à l'élaboration du projet pédagogique pour les années à venir (équilibre et problème entre intégration en milieu ordinaire et classes intégrées).

Envoyé au Directeur de la DDASS de l'Essonne et présenté aux inspecteurs chargés de l'établissement et du secteur, il a reçu un accord de principe et est aujourd'hui en

« navette » afin d'être proposé à l'avis du CROSS avant la fin de l'année. Une partie du financement de l'opération d'investissement que demande la reconstruction de l'établissement fera l'objet d'une inscription sur le plan Etat Région 2005-2006.

Soumis à l'appréciation du directeur de la CRAM, celui-ci a fait parvenir un courrier au Directeur de la DDASS pour faire part du vif intérêt qu'il portait au projet et de son souhait d'un passage au CROSS au plus vite.

Autant de gages, tant en interne qu'en externe, du bien fondé de ce projet. Il convient cependant d'être prudent et de ne pas minimiser les obstacles qui peuvent se présenter ou qui ne manqueront pas de se présenter.

3.2 Quels pourraient être les freins ?

Nous l'avons vu tout au long de ce travail, les changements occasionnent inmanquablement des résistances, des adaptations plus ou moins faciles à réaliser. Il est essentiel de tenter d'évaluer dès à présent les écueils à éviter pour ne pas risquer de mettre en échec les projets. Il est donc important d'étudier les changements occasionnés et les changements souhaitables dans l'organisation de l'ILVM (3.2.1) ainsi que les contraintes liées à ce nouveau service déconcentré (3.2.2).

3.2.1 La résonance de la fusion dans l'organisation générale de l'ILVM

Il est inévitable que le rattachement d'un établissement à un autre occasionne des modifications dans l'organisation du travail. Cependant dans le cadre du rattachement de l'IME, c'est la structure de l'organisation de l'ILVM qui subit des modifications. Non que celle-ci soit mise en péril, d'une quelconque manière, son socle est solide. Cependant la dimension actuelle de l'ILVM, ses sensibles évolutions, incitent et conduisent le Directeur Général à repenser l'organisation dans cette nouvelle configuration.

A) La nouvelle configuration de la structure ILVM...

a) *Une fédération d'établissements ?*

Je souhaite m'arrêter sur la notion de « fédération » d'établissements, évoqué dans ma présentation de l'ILVM, parce que je trouve que c'est une piste intéressante de réflexion pour l'évolution du management et de l'organisation de la structure, en fonction des choix effectués par l'établissement : création de trois pôles et création d'une équipe de direction.

Ce terme est employé par le Directeur Général lorsqu'il présente l'ILVM et les différentes structures qui le compose. Que mettons-nous derrière cette sémantique. Si fédérer veut dire unir, de quelle union s'agit-il ?

Il convient de définir ce qui peut être entendu par là, aussi, je reprendrais, sous forme de tableau ci-joint, les grands traits de la définition, des principes, de la spécificité du fédéralisme en droit constitutionnel⁴⁰ et tenterais de faire une transposition applicable à l'établissement médico-social.

Sur le plan juridique, le fédéralisme est présenté habituellement comme un mode d'organisation plus avancé que la simple décentralisation dans un Etat unitaire, alors qu'en réalité, il ne semble pas y avoir de différence de nature entre fédéralisme et décentralisation. Cependant, nous pouvons nous demander jusqu'à quel point fédéralisme et décentralisation ne sont pas deux concepts opposés. La décentralisation exprime un **courant centrifuge** (dé-centralisation) consistant à donner de l'autonomie à la périphérie par rapport au centre, le fédéralisme lui un **courant centripète**, allant du sens d'un resserrement des liens, des solidarités.

En conclusion, je reprendrais les propos de Marie Odile Nicoud⁴¹, professeur de droit à l'université de Lyon : « *En fait, accepter le fédéralisme, n'est ce pas, implicitement, consentir à la centralisation ? Les principes d'autonomie et de participation font de plus*

⁴⁰ Pierre Pactet - Institutions politiques, Droit constitutionnel 18^{ème} Edition – Editions Armand Colin - août 1999 – 616 pages, pp 52 à 59.

⁴¹ Marie Odile Nicoud - Cours de droit constitutionnel – Cycle préparatoire au concours de directeur d'hôpital 2000-2001 – IISFCS Lyon – 75 pages, p 18.

en plus place aujourd'hui à ceux de coordination et coopération, en vertu desquels les Etats fédérés sont de plus en plus agrégés à la vie des Etats fédéraux ».

Alors, dans ce contexte particulier comme dans le contexte réglementaire, politique et juridique de l'ILVM, quel type de « fédération » d'établissements pourrait être mis en oeuvre afin de surmonter cette contradiction ? Comment trouver l'équilibre pour générer des forces de ces courants centrifuge et centripète ? L'ILVM peut-il être juridiquement considéré comme une fédération d'établissements ?

Je pense que cette réflexion est à mener.

	ETAT	ILVM
Mode de formation du fédéralisme	Par association volontaire ou par dissociation d'Etats unitaires	Nous pouvons considérer que les divers services de l'ILVM se sont constitués par association
Critères du fédéralisme	<p><u>L'unité</u> est la superposition d'ordres juridiques, ceux des Etats fédérés et celui de l'Etat fédéral qui recouvre l'ensemble du territoire des Etats fédérés et s'applique à l'ensemble de leur population chaque citoyen ayant la double citoyenneté.</p> <p><u>Participation</u> des Etats Fédérés au pouvoir Fédéral : double nécessité, afin de maintenir une certaine parité entre les collectivités fédérées et leur accord des possibilités d'interventions de l'<i>intérieur</i>, indépendamment de l'étendue du territoire ou du nombre de population. La participation s'exprime par la représentation au Parlement.</p> <p>La superposition d'un Etat fédéral aux Etats fédérés implique éventuellement imposition des décisions par l'Etat fédéral si besoin est, en l'absence d'adoption à la majorité des décisions par les Etats fédérés ⇨ pas de souveraineté des Etats fédérés mais système alliant souplesse et efficacité</p>	<p>Unité : la comparaison peut là aussi se faire. L'ILVM personne morale ayant la personnalité juridique et représentant l'Etat fédéral recouvre l'ensemble des Etablissements fédérés (Pôles ou services) et s'applique à l'ensemble de la population accueillie. Nous pouvons également utiliser le terme de double citoyenneté. Les « usagers » sont résidents à la MAS, ou travaillent au CAT et sont également « clients » de l'ILVM.</p> <p>Participation des Etablissements fédérés au pouvoir fédéral : nous pouvons considérer que les directeurs de pôles participent au pouvoir fédéral en qualité de directeurs adjoints de l'ILVM. De même les « citoyens » (résidents ou représentants, personnels) des établissements membres s'expriment à travers les instances (CVS, CTP, CHSCT) ;</p> <p>Nous pouvons également parler de superposition d'un établissement fédéral l'ILVM aux établissements fédérés, et l'ILVM peut imposer des décisions si besoin est... Nous retrouvons également l'absence de souveraineté des établissements fédérés dans la mesure où c'est le CA, organe de l'Etablissement fédéral qui prend les décisions et les orientations.</p>

<p>Procédés, principes du fédéralisme</p>	<p>Intégration et équilibre : principes antagonistes : autonomie (pouvoir d'auto-organisation interne) des Etats fédérés et association de ces Etats au sein d'un ensemble se superposant à eux: L'intégration des Etats membres doit être assurée par le respect de leur pérennité, leur personnalité et leur originalité, en tenant compte de leur histoire, respect de leur spécificité.</p> <p>Répartition des compétences entre Etat Fédéral et Etats fédérés : résolue par la Constitution fédérale : énumération des compétences au profit de l'Etat fédéral ou au contraire l'Etat fédéral a des compétences de droit commun et il convient d'énumérer les compétences des Etats membres.</p>	<p>Intégration et équilibre :</p> <p>C'est là, me semble-t-il, tout l'intérêt que pose la constitution d'une « fédération » d'établissements. Elle permet l'intégration de chaque établissement ou secteur (pôles) dans un ensemble harmonieux; avec des valeurs communes que constitue l'ILVM, mais peut assurer à chacun des établissements membres, le respect de leur spécificité et une certaine autonomie.</p> <p>Répartition des compétences entre Etablissement fédéral et Etablissements fédérés :</p> <p>Elle peut également être résolue par la formalisation de ces compétences. Notamment par la <u>délégation</u></p>
<p>Difficultés du fédéralisme</p>	<p>(négociations Systeme complexe et hiérarchisé appelant des solutions variées sur le plan juridique et politique. Les difficultés sont liées à la répartition des compétences d'une part et aux rapports multiples : citoyens, Etats fédérés et instances fédérales. L'observation par les Etats fédérés des décisions prises par l'Etat fédéral : en cas de contestation, les tensions et conflits sont souvent réglés par des moyens politiques, mesures financières...)</p>	<p>Systeme complexe et hiérarchisé : nous vivons dan un monde complexe, travaillons dans un système complexe et devons « manager dans la complexité »⁴² Avec ou sans fédération d'établissements, la complexité nous cerne, mais pour reprendre la sémantique utilisée par Dominique Gévelot : complexité ne veut pas dire complication.</p>

⁴² Dominique Gévelot – manager dans la complexité – Préface de Jean Louis Le Moigne – Editions INSEP CONSULTING – 2001 – 357 pages, p 22

B) ... qui nécessite une adaptation de l'organisation générale

La création, des trois pôles d'activités fin 2002 et d'une troisième direction adjointe en janvier 2003 nécessite une redéfinition des rôles et de la place de chacun dans l'organigramme de l'ILVM.

a) *Un nouvel organigramme.*

Le nouvel organigramme de l'ILVM doit permettre de redonner à chacun, par une redéfinition des fonctions et missions, le cadre de son champ d'intervention.

Il définit les rôles hiérarchiques, à chacun des niveaux de responsabilité ainsi que les responsabilités transversales.

Cette redéfinition des rôles, des missions et fonctions de chacun est liée à l'évolution des métiers et à l'historique de l'ILVM.

Le Directeur de l'ILVM, a choisi de revisité l'organisation, il a axé la réflexion d'un séminaire de direction en mai 2003 autour des notions de délégations.

Mais qu'est ce que déléguer ?

J. WEBB définit la délégation comme « la méthode qui permet aux gens ordinaires de faire des choses extraordinaires »

Le concept de délégation renvoie à la confiance et au partage.

Déléguer, c'est :

- confier la réalisation d'objectifs négociés, c'est à dire fixés et énoncés, en laissant l'autonomie des méthodes et des moyens,
- contrôler par des mises au point périodique
- porter assistance au délégué en cas de difficultés.

Mais c'est également : gagner du temps et prendre du recul, profiter des connaissances et de l'expérience, développer les capacités et l'autonomie des collaborateurs et les motiver en leur confiant initiatives et responsabilités.

C'est le Directeur Général, par ses choix de délégation, qui déterminera la réorganisation technique, hiérarchique et fonctionnelle de l'ILVM. Il permettra à l'établissement d'aborder l'avenir avec un mode d'organisation et un cadre de management adapté aux récentes évolutions de la structure ILVM.

C'est de l'appropriation de ces nouvelles délégations que chaque responsable, de pôles, de services ou de structures, pourra pleinement exercer dans ses champs de compétences.

Il s'agit là encore de stratégie de projet : le projet d'évolution qui donne leur sens aux projets de réalisation.

b) *... qui doit donner la mesure de l'équipe de direction.*

L'arrivée de directions adjointes est récente et date de moins de cinq ans. Auparavant, les attachés d'administration, alors chefs de bureau avaient des attributions, des fonctions ou missions (responsables des services financiers et service du personnel) très vastes, ils relevaient directement de la hiérarchie du Directeur d'Etablissement.

La création de directions adjointes a occasionné une perte de pouvoir des attachés d'administration qui ressentent parfois mal cette situation. Ceux-ci ont eu tendance à s'enfermer et à enfermer parfois l'établissement dans un pouvoir d'expert qui gênent voire paralysent parfois l'action des directeurs.

La ré appropriation par les directeurs de ces « pouvoirs d'expert » me paraît essentielle, dans les domaines financiers et informatiques notamment.

C) Une direction collégiale ?

Un fonctionnement en équipe de direction demande une réflexion approfondie et collégiale autour des fonctions du ou des directeurs. Les structures sont peu habituées à ce type de management. Les directeurs d'établissement, la plupart du temps, sont seuls à diriger leurs établissements, essentiellement à cause de la taille de ceux-ci. La création d'une direction collégiale demande que les délégations soient clairement définies et qu'une répartition des responsabilités soit opérée. Les directeurs de l'ILVM doivent avoir, me semble-t-il, des responsabilités en qualité de directeurs adjoints de l'ILVM et des responsabilités en qualité de directeur de pôles.

En effet, les directeurs de l'ILVM, de par leur formation, plus pointue et aux compétences élargies souhaitent avoir « une marge de manœuvre » dans la gestion de leurs services et un pouvoir décisionnel, ce qui nécessite une réelle délégation du Directeur Général, qui ne sera plus informé de toutes les modalités de mises en œuvre des actions, mais exercera essentiellement un contrôle périodique. Il convient de réfléchir aux modalités de ce contrôle et de mettre en place des outils.

Il est difficile de mettre en œuvre cette organisation d'équipe de direction, bien qu'elle offre, je crois, de nombreux avantages. Elle permet d'éviter « la solitude » du directeur devant des problèmes difficiles, d'échanger avant de prendre ses décisions, de s'appuyer sur des compétences complémentaires et des approches différentes. Je reprendrais un

proverbe dont je ne connais pas l'auteur « Seul, on va plus vite, accompagné, on va plus loin »

3.2.2 La capacité d'intégration d'un service déconcentré.

Cette intégration comporte deux aspects, l'intégration de l'ILVM par l'IME mais aussi l'intégration de l'IME par l'ILVM. L'IME doit « ressentir » qu'il fait partie intégrante d'un ensemble et l'ILVM doit favoriser les contacts avec cet établissement éloigné.

A) Les difficultés à vivre une gestion centralisée et à distance.

a) *Une gestion de la structure qui ne doit pas subir de lourdeur administrative.*

En perdant son autonomie juridique, l'IME a également perdu son autonomie financière et sa « liberté » de gestion. Si celui-ci va au contraire bénéficier de la richesse de l'ILVM et de sa solidité financière, les contraintes quotidiennes peuvent peser sur son fonctionnement.

L'IME avait l'habitude de gérer en direct son budget. En devenant un service de l'ILVM, les contraintes de gestion quotidienne sont plus importantes. En étant autonome avec de petits besoins, il n'était pas contraint par les marchés d'appels d'offres, et n'était pas soumis à la comptabilité des stocks. Aussi, bien que les systèmes informatiques permettent une passation des commandes en direct, les délais de livraison, le choix des fournisseurs ne peuvent plus relever de sa compétence. La structure perd en liberté de gestion.

De même, la régie de dépenses permettait une certaine souplesse dans l'organisation de certaines activités en faveur des enfants ou en dépannage pour des achats peu onéreux et urgents. La création d'une sous-régie, gérée par l'ILVM n'apporte plus ces facilités, le montant est moindre et les comptes de dépenses autorisées peu nombreux.

Des aménagements sont nécessaires pour permettre à l'établissement de ne pas souffrir de cette gestion centralisée et ne pas perturber le fonctionnement du service. De ces aménagements découleront le climat à l'IME, par le sentiment de ne pas avoir été pénalisé par l'intégration.

B) Pallier au risque de recréer l'isolement

a) *Créer des liens entre les services, les personnels...*

La distance entre les deux établissements – 42 km et un trajet de 45 minutes à 1 heure 30 selon la circulation – ne favorisent pas les échanges entre les personnels qui peuvent se sentir isoler.

En dehors de réunions actuellement formalisées - le cadre socio-éducatif de l'IME vient à l'ILVM au minimum une fois par semaine pour participer aux réunions de cadres, réunions de pôles ou réunions de direction - les autres personnels ont peu l'occasion de se rendre à l'ILVM.

Certaines manifestations (Noël, journée portes ouvertes) sont l'occasion de convier l'ensemble des personnels et des enfants, mais elles sont rares.

Il convient de réfléchir à cet aspect, afin que l'isolement de la structure ne vienne perturber les projets et n'incitent à nouveau les personnels à travailler en « auto-gestion »

Ce peut-être par le biais de la formation continue, de stages de découverte des services, dispensés au sein de l'ILVM que les personnels de l'IME pourraient être conviés.

C'est aussi, par le biais de réunions de direction ou de réunions de travail sur des thèmes intéressant l'IME que celui-ci se sentira partie intégrante de l'ILVM, les réunions inter-services, organisées à l'ILVM sur des thèmes transversaux, et qui intégreront l'IME pourraient, de temps en temps, être délocalisées sur Corbeil Essonnes.

Le travail d'évaluation du projet d'établissement et à l'intérieur de celui-ci des projets personnalisés, des contrats de séjour, des projets de prestations éducatives, thérapeutiques, pédagogiques, des prestations hôtelières et des diverses activités devra obligatoirement s'inscrire dans une démarche qualité globale de l'ensemble des services de l'ILVM.

Il est essentiel que la réflexion et les groupes de travail autour de ces sujets soient élaborés en commun. Il convient d'être attentifs à harmoniser l'ensemble des procédures dans un souci d'efficacité et afin d'être pertinent en vu de l'évaluation interne et externe.

Le risque de voir se multiplier grilles d'analyse et suivi en tout genre doit être évité, afin de ne pas engendrer une perte de temps au détriment de la prise en charge et pour plus d'efficience.

b) *Favoriser la communication transversale.*

La communication des projets fusion et projet d'établissement a été une préoccupation constante. Cependant cette communication a été uniquement verticale, intéressant en premier lieu, les familles, les instances et les personnels. Toutefois, il est important de souligner que la communication transversale a pêché.

Les cadres des autres structures de l'ILVM ont fait part de leur regret de ne pas avoir été informé régulièrement des projets et des modalités de leur élaboration. Notamment, le cadre du service SEHA, autre service enfant, qui était sur cette même période en réflexion et en cours d'audit – analyse de l'existant - sur son propre projet de service, et sur l'évolution, la restructuration de celui-ci pour accueillir, demain, des enfants poly handicapés. On constate ici une faille dans la communication interne de l'établissement.

Cette communication doit être améliorée. Des pistes doivent être recherchées. Il est vrai que la constitution des pôles d'activité est récente, mais peut-être convient-il de structurer ces réunions de pôles avec les cadres, autour de la communication inter-services, sur les projets en cours ou à venir...

Un outil de communication doit être recherché. Il existe l'outil « intranet » accessible depuis de nombreux postes de travail mais tous les agents n'ont pas accès à l'informatique.

La création d'un journal d'information, par exemple, pourrait être un outil efficace de communication. Cependant il est important que ce journal soit convivial, que sa forme ne soit pas trop administrative, il ne s'agit pas ici de reproduire des notes de service. Son contenu doit pouvoir intéresser les agents, les familles, les administrateurs de l'ILVM. Il ne serait pas seulement l'outil de la direction mais un espace d'information, formation, de découverte de notre secteur médico-social, des métiers qui le compose...

Autant de réflexions à mener, de pistes à rechercher pour une évaluation constante et permanente de la qualité. Qualité de vie des personnes et des personnels, des prises en charge, qualité des prestations, qualités des professionnels, qualité de la communication...

C'est à partir de cette volonté de démarche qualité, dans le cadre de la formalisation des procédures inscrites dans les décrets de la loi n° 2 du 2 janvier 2002 et autour de l'évaluation, que la réussite de l'intégration de l'IME à l'ILVM et le bien fondé du projet d'établissement seront ou non couronné de succès.

CONCLUSION

Le rattachement de l'IME et l'écriture du projet d'établissement étaient deux étapes essentielles pour reconstruire l'avenir de cet établissement.

La particularité de ce rattachement, de cette fusion absorption, tient aux circonstances et au contexte du rattachement dont les raisons essentielles n'étaient pas économiques.

L'attente des différents acteurs : familles, personnels, partenaires a certainement favorisé le climat social dans lequel a pu s'élaborer cette fusion.

Nous l'avons évoqué, les fusions ne s'improvisent pas, elles doivent être préparées, en amont comme dans l'après fusion. Quelque soit le secteur dans lequel les fusions interviennent, les problèmes sont similaires, sur le plan juridique, comptable, budgétaire ou organisationnel, cependant elles sont toutes un cas d'espèce, car chaque entreprise a sa propre culture.

La reconnaissance des spécificités, la construction de valeurs communes et le sentiment d'appartenance jouent un rôle important dans la réussite des projets.

Le rôle, la place, le type de management et les stratégies mises en œuvre par le directeur revêt ici toute son importance.

La prise en compte de la culture de l'établissement, de son passé, de ses atouts a permis d'analyser sereinement les dysfonctionnements de l'institution, et a favorisé les échanges permettant l'adhésion des personnels et des familles aux projets et aux nécessaires adaptations des prises en charge, de l'organisation du travail.

Redonner du sens, agir avec bon sens sont les mots clefs de la réflexion menée lors de l'élaboration des projets.

Les orientations proposées dans le projet d'établissement pour demain, répondent aux besoins du département et à la réglementation. Le projet d'établissement s'est totalement inscrit dans l'esprit de la loi n° 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale. Cette loi a été le support du nouveau cadre dans lequel devaient s'axer les actions de l'IME. Par sa proposition d'offres de services, l'Institut Médico-Educatif Le Val d'Essonne reprend sa place d'établissement public dans le schéma départemental de l'Essonne.

Nous l'avons vu tout au long de ce travail, les changements occasionnent inmanquablement des résistances, des adaptations plus ou moins faciles à réaliser. Et qui ne sont pas toutes perceptibles au présent. Il est donc essentiel d'être vigilant dans le suivi et la mise en œuvre des projets et d'étudier les modifications diverses et variées qui peuvent toucher à l'organisation des structures et être des freins.

C'est donc autour de l'évaluation des projets, des prestations offertes, dans le cadre d'une démarche qualité globale à l'ensemble des structures, autour de la formalisation des procédures évoquées dans la loi du 2 janvier 2002 (contrats de séjour, contrat personnalisé, livret d'accueil ..) que s'inscrira pleinement la réussite des projets ou leur nécessaire adaptation.

C'est dans la capacité des établissements à faire évoluer leurs structures, à intégrer des conceptions innovantes permettant l'articulation entre prises en charge personnalisées et action sociale globale que les établissements médico-sociaux arriveront à composer avec l'ensemble des modifications de notre société.

C'est de la manière propre à chaque regroupement, à chaque projet de jeter des passerelles entre le passé qui doit pouvoir être revisité sans regrets et l'avenir, que les établissements seront à même de rechercher des solutions originales, sans vouloir nécessairement copier l'existant.

Un nouveau défi pour les directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux : Gérer

Bibliographie

OUVRAGES

LEFEVRE P. – *Guide de la fonction de directeur d'établissement social ou médico-social* - Éditions Dunod – avril 1999 – 405 pages

M. HABECK M. – KRÖGER F. – R TRÄM M. - *Après la fusion* - Préface de Patrice Zygband – Éditions Dunod - 2001- 161 pages

BOUTINET JP. - *Anthropologie du projet* - Éditions PUF- 1991 – 350 pages

DESHAIES JL. - *Mettre en œuvre les projets* – Préface d' Henri Savall – Éditions L'Harmattan – avril 2000 - 297 pages

LOUBAT J.R. – *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social* – Éditions Dunod – 2002 – 264 pages

MIRAMON JM., COUET D., PATURET JB. - *Le métier de directeur, Techniques et fonctions* - Éditions ENSP – 2002 – 272 pages

LAPAUW R.– *la pratique du management des entreprises sanitaires et sociales* – Éditions Privat – janvier 1997 –166 pages

JAUNASSE D. sous la direction de **POITEVIN J.**- *A la lumière des temps, Histoire et perspectives d'un établissement fondé pour les aveugles* – préface de Jean Poitevin - impression Laplante – 2000 – 165 pages

PACTET P. - *Institutions politiques, Droit constitutionnel* - 18^{ème} Édition – Éditions Armand Colin - août 1999 – 616 pages

ARTICLES

Outlook – *Fusions-acquisitions : Comment évaluer le fossé culturel* - le magazine des idées qui créent le futur – Andersen Consulting - juin 2000 – 7 pages

RAIKOVIC M. - *les fusions d'établissements* - Décision santé n° 165 – 15 octobre 2000 – 7 pages.

CLAVERANNE JP. , PASCAL C., PIOVESAN D. - *Restructuration des établissements hospitaliers, les logiques du secteur public à l'épreuve du privé* - gestions hospitalières - juin/juillet 2002 – 5 pages.

CALMES G., LEFRANC L. – *Le regroupement des établissements de santé en l'an 2000* - gestions hospitalières – octobre 2000. 6 pages

BARATTA N. – *la fusion entre établissements : un événement culturel* – Décision Santé Organisation n° 95 – 15 – 30 avril 1996 – 4 pages

Forcioli P. – *Fusion hospitalière, mode d'emploi* – Revue Hospitalière de France n°6 – novembre-décembre 1999 – 13 pages.

CROUZILLES C., JOUBERT A. – *Restructuration hospitalière : une expérience d'accompagnement par la formation* – Gestions hospitalières – octobre 2000 – 42 pages

OLLIVIER R. – *Fusion, projet d'établissement et formation* – Revue hospitalière de France n° 4 – juillet-août 1997 – 2 pages

AUSSERRE F. – *Les fusions mode d'emploi* – Décision santé n°149 – 1^{er} au 15 octobre 1999 – 2 pages

DUCALET P. , LAFORCADE M. – Dossier : *Le projet, c'est à quel sujet ?* – management sanitaire et social n° 9 – novembre 2001 – 16 pages.

VITIELLO P. - Les cahiers du management - L'expansion - février 2002 n° 660 – 2 pages

COURS

NICOUD M O. - *Cours de droit constitutionnel* – Cycle préparatoire au concours de directeur d'hôpital 2000-2001 – IISFCS Lyon – 75 pages

TEXTES REGLEMENTAIRES

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975

Ordonnances du 24 avril 1996

Code de la famille et de l'action sociale

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002

Annexes XXIV

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Historique de l'ILVM

ANNEXE 2 : Activité de l'IME

ANNEXE 3 : Analyse des besoins du département

ANNEXE 4 : Modèle planning annuel théorique individualisé

ANNEXE 5 : Synthèse du projet d'établissement

Annexe 1

Historique de l'ILVM

L'Institut Départemental des Aveugles.

C'est en 1880, qu'Alphonse Péphau, directeur de l'Hospice national des quinze-vingts, crée la Société nationale d'assistance pour les aveugles, et dont la finalité est de « soustraire à la mendicité le plus grand nombre possible de ces infortunés en leur assurant des moyens de travail et de secours suffisants ». La fondation de l'École Braille (école primaire) est l'une de ses premières réalisations. D'abord installée à Maisons-Alfort, l'École est cédée au Préfet de la Seine le 1^{er} mai 1887 et s'installe définitivement sur la commune de Saint Mandé en 1888.

Devenu Institut départemental des Aveugles au début du siècle, l'établissement a connu de nombreuses restructurations, parmi lesquelles son statut autonome le 1^{er} janvier 1985 et sa mise en adéquation avec la loi du 30 juin 1975, qui crée le secteur social et médico-social.

Avec son nouveau nom, en 1999, l'Institut Le Val Mandé reconnaît la diversité de son public, au delà de la déficience visuelle. Le sous-titre « Promotion et réadaptation des aveugles et handicapés » donne à l'Institut ses valeurs fondamentales : promouvoir une perception novatrice du handicap, en favorisant le progrès, l'épanouissement, mais aussi le bien-être de la personne handicapée, qu'elle soit enfant ou adulte. Réadaptation visuelle (le cas échéant) et réadaptation sociale, vers d'avantage d'autonomie complètent les objectifs de l'Institut.

« Lumières et ombres sont les deux éternelles voies du monde » Zoroastre. C'est par cette très belle citation que débute l'ouvrage « A la lumière des temps » écrit par Jean Poitevin, Directeur de l'Institut Le Val Mandé (ILVM), établissement médico-social, recevant aujourd'hui un public handicapé diversifié alors que sa mission première était l'accueil des déficients visuels.

Ce livre, écrit à la fin du XX^{ème} siècle, retrace l'histoire de cette institution qui a traversé le siècle, ses mutations, ses évolutions, ses réflexions. Aujourd'hui, cet établissement est un « incontournable » dans la connaissance du handicap et des modes de prise en charge et un laboratoire de recherche qui travaille sur les enjeux du secteur médico-social de demain.

Annexe 2

Le rapport d'activité 2002 de l'IME

la population accueillie

Sur la base des 55 enfants présents au 31 Décembre 2002, les grandes caractéristiques de la population accueillie sont les suivantes :

- La tranche d'âge se situe entre 4 et 20 ans.
- Les enfants accueillis à l'IME présentent diverses pathologies. Les pathologies les plus représentatives sont :
 - La trisomie (37% de la population accueillie).
 - Les maladies neurologiques malformatives (16% de la population accueillie).
- 7 enfants sont accueillis dans des familles d'accueil (ASE ou placement spécialisé) et 6 enfants sont suivis dans le cadre d'une AEMO administrative ou judiciaire ; ces deux catégories représentent 24,5% de la population.
- 19 enfants (35,8% de la population accueillie) nécessitent un suivi médical (vigilance) dont 2 avec des soins infirmiers quotidiens.
- 12 enfants sont partiellement scolarisés à l'extérieur.
- 22 enfants (41,5% de la population accueillie) ont un suivi psychiatrique (CMP, CATTP ou thérapie extérieure).
- De nombreux enfants sont issus de milieux familiaux d'origine étrangère socialement défavorisés ; ce qui nécessite l'adoption de moyens adaptés ... comme un interprète par exemple.

Il est également important de préciser que :

- 46% des enfants accueillis sont repérés par une déficience intellectuelle moyenne.
- 20% ont des troubles d'énurésie.
- 85% ont des troubles psychomoteurs.
- 55% souffrent d'un retard psychomoteur global.
- 63% se font comprendre globalement.
- 60% repèrent des « indices-images » en lecture.
- 50% savent dénombrer de 1 à 5.

Enfin, la population accueillie est répartie sur 3 sections et 6 groupes :

Sections	Groupes	Tranches d'âge	Nombre d'enfants	%
Section des PETITS	Groupe 1	4 – 10 ans	7	12,70%
	Groupe 2	7 – 11 ans	8	14,50%
Section des MOYENS	Groupe 3	8 – 12 ans	9	16,40%
	Groupe 4	8 – 13 ans	10	18,20%
Section des GRANDS	Groupe 5	11 – 14 ans	10	18,20%
	Groupe 6	11 – 20 ans	11	20,00%
TOTAUX		4 à 20 ans	55	100 %

L'activité du service

En 2001, le service s'est trouvé en sur-effectif : 59 enfants pour une capacité de 55 enfants dans des locaux relativement restreints. L'origine de ce sur-effectif est liée à l'accueil à temps partiels d'un nombre important d'enfants : 14 enfants ont, en effet, une prise en charge partielle à l'IME qui varie de 2,5 à 4,5 jours par semaine.

Un travail important a été effectué par les équipes pour favoriser l'orientation des plus grands. Ainsi, en 2002, 13 adolescents ont été réorientés :

- 9 en Section d'Initiation et de Formation PROfessionnelle (SIFPRO) avec pour objectif l'orientation en Centre d'Aide par le Travail (CAT) ou en foyer occupationnel.
- 1 en foyer occupationnel.
- 1 vers des services sanitaires pour des raisons médicales.
- 2 sont retournés au foyer à la demande de leurs parents.

Concernant les admissions :

- En 2002, 63 dossiers d'admission ont été étudiés.
- 7 admissions réparties sur les différents groupes ont permis la régulation du nombre d'enfants et ont rajeuni la population accueillie. Quelques informations générales sur ces 7 admissions :
 - Leur origine géographique → Corbeil : 3, Evry : 3, Mennecy : 1.
 - Leur âge → moins de 6 ans : 2, de 6 à 14 ans : 4, plus de 14 ans : 1.
 - Leur sexe → féminin : 3, masculin : 4.
 - Leur prise en charge → temps plein : 4, temps partiel : 3.
- Les demandes d'admission semblent évoluer davantage vers des handicaps mentaux avec troubles de la relation et du comportement et non plus vers la seule déficience intellectuelle.

Annexe 3

L'analyse des besoins du département

A partir du bilan du schéma départemental

Les informations présentées se basent sur le document de « préparation du schéma d'organisation sociale et médico-sociale de l'Essonne » diffusé lors de la réunion de lancement du 15 Janvier 2003.

621 enfants recensés par la CDES sont en attente d'accueil ou d'hébergement. Les besoins se répartissent de la façon suivante :

Nbre enfants en attente	Lieux	%
216	IME	34,80%
134	IR	21,60%
14	IEM	2,30%
11	IES	1,75%
11	EEP	1,75%
235	SESSAD	37,80%

A partir de l'étude des besoins formulés par la CDES

A partir des demandes de placement non satisfaites sur le département de l'Essonne et en particulier sur le bassin de Corbeil – Evry – Courcouronnes au 15 Janvier 2003.

207 enfants sont en attente d'une place en IME sur le département de l'Essonne ; parmi ces 207 enfants :

- 123 sont scolarisés.
- 33 sont à domicile.
- 27 sont en établissement.
- 24 ont une situation inconnue.

Annexe 4

Modèle planning théorique annualisé

2003 PLANNING THEORIQUE

Agent à Temps plein

Calendrier 2003 : 212 jours d'ouverture prise en charge des enfants, 214 jours de travail pour les agents
Me :

Heures à effectuer de janv à août : 1568 x 8/12

1045,33

1568 x 4/12

522,67

Jours	Nbre de jours	nbre h. décimale	nbre h.	nbre h.
			par jour	x nbre de J.
Lundi	25	7,5	7h30	187,5
Mardi	27	7,5	7h30	202,5
Mercredi	27	7,5	7h30	202,5
Jeudi	24	7,5	7h30	180
Vendredi	27	7,5	7h30	202,5
Samedi	5	4,25	4	21,25
Total :	135			996,25

Jours	Nbre de jours	nbre h. décimale	nbre h.	nbre de J.x
			par jour	nbre h.
Lundi	15	7,5	7h30	112,5
Mardi	14	7,5	7h30	105
Mercredi	15	7,5	7h30	112,5
Jeudi	15	7,5	7h30	112,5
Vendredi	15	7,5	7h30	112,5
Samedi	4	4,25	4	17
Total :	78			572

Moyenne semaine : 37h30

2003 PLANNING THEORIQUE

Agent à 80 %

Calendrier 2003 : 212 jours d'ouverture prise en charge des enfants, 214 jours de travail pour les agents
Me :

Temps de travail pour 0,80 % TP

1254,4 sur la base de 1568 heures

Exemple avec absence le mercredi

Heures à effectuer de janv à août : 1254,4 x 8/12

836,27

1568 x 4/12

418,13

Jours	Nbre de jours	nbre heures décimales	nbre h.	nbre h.
			par jour	x nbre de J.
y compris 29 et 30/08				
Lundi	25	7,5	7h30	187,5
Mardi	27	7,5	7h30	202,5
Mercredi	27	0	0	0
Jeudi	24	7,5	7h30	180
Vendredi	27	7,5	7h30	202,5
Samedi	5	4,25	4	21,25
Total :	135			793,75

Jours	Nbre de jours	nbre h. décimale	nbre h.	nbre de J.x
			par jour	nbre h.
Lundi	15	7,5		112,5
Mardi	14	7,5		105
Mercredi	15	0		0
Jeudi	15	7,5		112,5
Vendredi	15	7,5		112,5
Samedi	4	4,25		17
Total :	78			459,5

horaires semaine : 30h00
hors samedi

Horaires tt perso
8h30 - 12h30 4 heures
13h15 - 16h45 3heures 30
avec 45 mn pour déjeuner

horaires éducateurs avec repas thérapeutiques
8h45 - 16h15

Annexe 5

Synthèse du document projet d'établissement

L'IME « LE VAL D'ESSONNES » aujourd'hui

L'IME « Le Val d'Essonnes » est un établissement médico-social installé à Corbeil – Essonnes. Il est régi par les annexes XXIV simples modifiées par le décret de 1989. L'IME accueille en semi-internat, sur une période de 210 jours par an, des enfants, adolescents et jeunes adultes de 4 à 20 ans déficients intellectuels avec ou sans troubles associés.

L'IME « Le Val d'Essonnes » est rattaché depuis le 1^{er} Janvier 2003 à l'Institut Le Val Mandé (ILVM). Il est un service du pôle « enfants – adolescents » de l'ILVM.

L'IME « Le Val d'Essonnes » accueille actuellement 55 enfants répartis sur 3 sections et 6 groupes dans des locaux trop étroits et vétustes. Son offre de services s'articule autour : d'un projet éducatif, d'un projet thérapeutique et rééducatif, d'un projet pédagogique, d'une prise en charge médicale, de prises en charge et soutiens spécifiques. La motivation et les compétences du personnel sont à retenir et à valoriser autour du nouveau projet.

Quelle offre pour quels besoins ?

Sur le département, deux grands constats peuvent être mis en avant pour aujourd'hui et pour demain :

- Tout d'abord, il existe un manque de structures pour couvrir les besoins existants et en particulier sur le bassin Corbeil – Evry - Courcouronnes. Ainsi 34,78% des demandes de placement en IME sont localisées sur ce bassin. D'autre part, les besoins départementaux à court et moyen termes se situent plus particulièrement sur les enfants relevant d'IME ou de SESSAD (72,62% de la population en attente de placement).
- Ensuite, on observe une absence de prise en charge pour une catégorie d'enfants en difficultés. En effet, des dossiers ne sont retenus par aucun établissement et certains enfants en difficultés ne sont pas amenés à rencontrer des professionnels.

Ces observations préfigurent de ce que sont et de ce que seront les besoins de prise en charge sur le département de l'Essonne. L'IME « Le Val d'Essonnes » a une volonté de s'inscrire dans ces évolutions.

Le positionnement de l'IME demain

Les évolutions souhaitées sur les cinq prochaines années de l'IME s'articulent autour de 2 AXES et de 5 PRESTATIONS :

➔ **AXE N°1 : INNOVATION**

SESSAD : Le Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) est un service destiné aux enfants de 4 à 14 ans. Il offre 10 places. La prestation repose sur le soutien à l'intégration scolaire, sociale et institutionnelle ou à l'acquisition de l'autonomie.

SERVICE DE CONSEIL ET DE RESSOURCES : Ce service permettra 20 évaluations par an. Cette fonction est constituée de professionnels de l'établissement qui réalisent une prestation caractérisée par l'observation de jeunes visant à donner un avis global au plan éducatif, thérapeutique et pédagogique. Il s'agit d'offrir un plateau technique à la CDES.

➔ **AXE N°2 : CONSOLIDATION ET ADAPTATION DE L'EXISTANT**

IMP 6-13 ans : L'Institut Médico-Pédagogique propose 30 places. C'est une prestation destinée à favoriser l'intégration, l'adaptation, l'épanouissement et le bien-être des enfants.

SEDIHA 13-20 ans : La Section d'Education pour Déficients Intellectuels avec Handicaps Associés est une prestation destinée à l'orientation interne des enfants qui ne pourraient être réorientés vers un milieu pré-professionnel. Elle offre 10 places.

SIPP 13 – 20 ans : La Section d'Initiation Pré-Professionnelle propose 10 places. C'est une prestation qui permet l'évaluation des capacités d'apprentissage en vue d'une orientation vers le monde du travail protégé, et, le maintien des acquis pour les jeunes qui ne pourraient intégrer un milieu professionnel.

En conséquence, la capacité totale de l'établissement passe de **55 à 60 places**.

Pour mettre en œuvre ce projet, seront nécessaires :

- Des moyens en personnel et en aménagement et restructuration des locaux.

Des plans d'action centrés sur la formalisation et l'adaptation des supports de contractualisation des prestations.

Table des illustrations

- Figure 1** – Trois points au centre de l'intégration (Max M. Habeck – Fritz Kröger – Michael R Träm - Après la fusion - op. cit. p15) p 9
- Figure 2** – Eléments d'appréciation du diagnostic institutionnel d'un établissement médico-social (Extraite de Patrick Lefèvre – Guide de la fonction de directeur d'établissement social ou médico-social op. cit. p 183) p 16
- Figure 3** - Démarche qualité (Extraite de Jean Louis Déshaies - Mettre en œuvre les projets – Préface d' Henri Savall – Editions L'Harmattan – avril 2000.- Op. Cit, p 57) p 19
- Figure 4** - Structure matricielle de la gestion par projet (extraite de H. Kerzner, Project management, Van Noerstrand Reinhold Compagny, 1979, p 52 p 23
- Figure 5** - Trypyique de la démarche projet d'un établissement sanitaire et social p 29
- Figure 6** - Patrick Lefèvre – guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales. Op. Cit .p 260 p 46