



**PROMOUVOIR UNE NOUVELLE COLLABORATION  
PLURIDISCIPLINAIRE AU SERVICE DES USAGERS D'UN I.E.M.  
PAR L'ÉVALUATION INTERNE**

**Christophe BOUTELLER**

**2012**

*cafedes*



---

# Remerciements

---

Je adresse mes remerciements :

- Aux professionnels de l'EM Thésée et de l'EM La Mosaïque qui m'ont rendu la tâche plus aisée en palliant efficacement aux contraintes inhérentes à ma formation.
- A ceux de l'EM l'Aquarelle qui ont accompagné le début de ma formation.
- Aux professionnels que j'ai côtoyés tout au long de mon parcours qui ont participé peu ou prou à faire ce que je suis devenu.
- A l'ARAFDES.
- Aux membres de l'AGEPAPH et de SAGESS.
- A mes proches pour leur soutien indéfectible avec une pensée particulière pour ceux et celles qui se trouvaient en première ligne et surtout pour celle qui partage ma vie.
- A mes collègues de promotion pour cette précieuse solidarité qui nous a animés tout au long de la formation.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>1 IDEM Thésée un modèle de institution classique mais désuet</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 Contexte historique et réglementaire</b> .....	<b>7</b>
1.1.1 Approche historique du handicap .....	7
1.1.2 Evolutions règlementaires .....	9
1.1.3 Les orientations actuelles .....	13
<b>1.2 Contexte institutionnel</b> .....	<b>16</b>
1.2.1 Le public accueilli : Le handicap physique polymorphe.....	16
1.2.2 Cadre institutionnel.....	20
1.2.3 Des enjeux institutionnels à prendre en compte .....	23
<b>1.3 Diagnostic institutionnel</b> .....	<b>25</b>
1.3.1 Le rééducatif et l'éducatif : un mariage impossible .....	25
1.3.2 Les alliances et stratégies renforçant le système de actions concret .....	26
1.3.3 Des acteurs favorables au changement dans un contexte règlementaire porteur .....	29
<b>2 L'évaluation interne pour une meilleure collaboration pluridisciplinaire : approche conceptuelle</b> .....	<b>33</b>
<b>2.1 L'évaluation</b> .....	<b>33</b>
2.1.1 Histoire de l'évaluation des politiques publiques.....	33
2.1.2 L'évaluation dans le champ médico-social.....	37
2.1.3 L'évaluation aujourd'hui : de l'adjonction à l'opportunité .....	41
<b>2.2 Evaluation et collaboration pluridisciplinaire à IDEM</b> .....	<b>43</b>
2.2.1 Des identités professionnelles plus ou moins marquées.....	43
2.2.2 Des objectifs professionnels différents malgré un projet commun partagé - Exemple de l'autonomie.....	46
2.2.3 Quelles conséquences pour la collaboration pluridisciplinaire .....	48
<b>2.3 La démarche de l'évaluation interne pour clarifier la place et le rôle de chacun pour une collaboration efficace, gage de qualité</b> .....	<b>50</b>
2.3.1 L'évaluation interne réinterroge les finalités, les missions de l'institution inscrites dans un principe de réalité .....	51

2.3.2	L'évaluation interne interroge l'effectivité et la pertinence du projet institutionnel.....	53
2.3.3	L'évaluation mobilise les acteurs.....	54
<b>3</b>	<b>La mise en Œuvre de l'évaluation interne : Le choix d'une méthode en lien avec le projet de direction.....</b>	<b>57</b>
<b>3.1</b>	<b>Une prise de fonction entre attentes et craintes : 100 jours pour apaiser la situation.....</b>	<b>57</b>
3.1.1	Une arrivée dans un climat tendu.....	57
3.1.2	Comprendre l'institution et définir les priorités.....	59
3.1.3	Définir le cadre et rassurer.....	62
<b>3.2</b>	<b>L'opportunité évaluative.....</b>	<b>65</b>
3.2.1	Rendre le contexte favorable .....	65
3.2.2	Le choix de la méthode entre cohérence et stratégie .....	66
3.2.3	Une démarche explicitée, organisée et participative .....	70
<b>3.3</b>	<b>Les effets attendus de la démarche d'évaluation et son articulation avec quelques outils de management.....</b>	<b>72</b>
3.3.1	Une collaboration pluridisciplinaire améliorée par la contagion, l'acquisition d'un langage commun et le développement de l'apprentissage collectif .....	72
3.3.2	L'ouverture effective de la structure .....	74
3.3.3	Articulation avec les autres leviers managériaux.....	75
<b>•</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>79</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>82</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

## Liste des sigles utilisés

- ABAH** : Association Bourbonnaise pour l'Accompagnement des Handicapés
- AGEPAPH** : Association de Gestions d'Établissements pour Personnes Agées et Personnes Handicapées
- AMP**: Aide Medico Psychologique
- ANAP**: Agence Nationale d'Appui à la Performance
- ANESM**: Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
- APF** : Association des Paralysés de France
- APP**: Analyse de la Pratique Professionnelle
- ARS**: Agence Régionale de Santé
- AVERPAHM**: Association pour Vichy Et sa Région de Parents et d'Amis de personnes en situation de Handicap.
- CASF**: Code de l'Action Sociale et des Familles
- CDAPH**: La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- CMI** : Centre Médical Infantile
- CNESMS**: Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
- CPOM**: Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
- CRIEQ**: Centre de Ressources Interdépartemental pour l'Evaluation et la Qualité
- CROSMS**: Comités Régionaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
- CRP**: Centre de Rééducation Professionnelle
- CSE**: Conseil Supérieur de l'Evaluation
- CVS**: Conseil de la Vie Sociale
- DTARS**: Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
- DUP**: Délégation Unique du Personnel
- ESAT**: Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- ETP**: Equivalent Temps Plein
- FAM**: Foyer d'Accueil Médicalisé
- GCSMS**: Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
- IEM** : Institut d'Education Motrice
- IMC** : Infirmes Moteur Cérébral
- IME**: Institut Médico-Éducatif
- LOLF**: Loi Organique relative aux Lois de Finances
- ONU**: Organisation des Nations Unies
- PRIAC**: PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- MDPH**: Maisons Départementales des Personnes Handicapées.

**REBECA:** application web qui permet la remontée informatisée d'informations budgétaires et d'activité issues des comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux en charge des personnes handicapées

**RGPP:** Révision Générale des Politiques Publiques

**RH :** Ressources Humaines

**RMI:** Revenu Minimum d'insertion

**SAGESS:** Sud Allier Pour la Gestion d'Établissements et Services et Médico Sociaux

**SAMSAH:** Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

**SEGPA:** Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

**SESSAD:** Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

**SFE:** Société Française d'Évaluation

**SROMS :** Schéma Régional d'Organisation Médico-Social

**UAAME :** Unité d'Accueil et d'Accompagnement Médico-Educatif

**ULIS :** Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

## Introduction

Je exerce depuis 2011 la direction d'un complexe composé de deux établissements : l'Institut d'Education Motrice « Thésée » et l'Institut Médico Educatif « La Mosaïque ». Le premier établissement accueille 35 usagers âgés de 6 à 20 ans présentant une déficience motrice d'origines multiples avec ou sans troubles associés, le second 27 jeunes souffrant de troubles envahissants du développement (10 places) ou polyhandicapés (17 places). Un service d'accueil temporaire de 5 places est également rattaché à l'Institut Médico Educatif. Ces établissements sont gérés par l'Association pour la Gestion d'Établissements pour Personnes Agées et Personnes Handicapées (AGEPAPH). L'association gestionnaire fait partie d'un Groupement de Coopération Social et Médico-Social intitulé SAGESS. Ma prise de fonction faisait suite au départ, après une rupture conventionnelle, de la directrice en désaccord avec la direction générale. Je occupais au préalable un poste de chef de service dans un établissement de la même association et avais débuté une formation CAFDES en mai 2010. Par cette nomination, le directeur général, sous mandat de l'association me confiait une tâche d'ampleur : accompagner la fin de la délocalisation de l'IME sur le site de l'IMEM, relancer l'activité de l'IMEM, rétablir des relations positives entre les professionnels de l'IMEM, redonner aux parents les moyens d'une participation active dans la vie de Thésée, ouvrir l'institution à l'innovation pour améliorer l'accompagnement proposé aux usagers.

Je vais procéder à une analyse des dysfonctionnements de l'IMEM Thésée qui rassemble pourtant des conditions matérielles optimales, un encadrement humain riche et compétent, une situation budgétaire saine. Malgré cela, l'institution ne parvient pas, depuis son ouverture en 1995, à mettre en œuvre des stratégies qui lui permettraient de remédier aux graves difficultés quotidiennes qui nuisent à son fonctionnement. Elles se expriment dans des relations tendues et souvent conflictuelles entre les personnels des professions médicales, paramédicales et éducatives, dans une difficulté à faire évoluer les pratiques professionnelles, dans une vision de l'accompagnement déséquilibré des usagers centré sur la pathologie et son traitement médical, para médical et psychologique au détriment des autres dimensions. Elles éclatent au grand jour dans les comptes rendus du collectif de parents témoignant d'un désaccord récurrent avec les orientations des professionnels dans l'accompagnement des usagers. Elles trouvent aussi écho dans la faiblesse des partenariats et réseaux de proximité renforçant son isolement. N'y aurait-il pas, à travers cette posture institutionnelle qui conforte l'immobilisme et rassure en permanence les tenants du soin, l'illusion entretenue de guérir aux dépens de la compensation de l'adaptation et de l'insertion sociale ? Ne assistons-nous pas en la matière à la prise du soin sur l'éducatif ? Ne est-ce pas une tentative de simplification des situations qui vise à réduire un individu à sa pathologie ? Ne est-ce pas le

moyen d'affirmer une légitimité institutionnelle de fait dans la prise en charge des usagers par rapport à la famille ? Ces dérives qu'évoque ce faisceau non exhaustif de questions inspirent mon travail.

M'appuyant sur le célèbre précepte d'ALAIN « Rien n'est plus dangereux qu'une idée quand on n'a qu'une idée », je souhaite utiliser les forces identifiées de la structure évoquées précédemment ainsi que les opportunités externes pour initier le changement. Je vais ainsi tenter de répondre à l'interrogation suivante qui résume mon questionnement et qui constituera ma problématique : « *Comment permettre une complémentarité des actions de soins et des actions éducatives des différentes équipes, pour la réalisation des projets individualisés de chaque enfant et adolescent présentant un handicap moteur ?* »

Convaincu que la relance de la démarche d'évaluation, en sommeil à l'IDEM Thésée, permettrait d'interroger les pratiques en vigueur et représenterait le plus pertinent des moteurs possibles de changement, je pose comme hypothèse en réponse à ma problématique : « *La primauté du soin sur l'éducatif s'origine dans l'histoire institutionnelle. L'évaluation interne, qui aura à traiter des prédéterminants historiques, constitue un espace de questionnement, de construction, véritable levier pour engager la coopération des services* »

Dans une première partie, je présenterai le contexte macro dans lequel s'inscrivent les établissements comme l'IDEM Thésée en abordant tour à tour, l'histoire du handicap et le cadre réglementaire, une exploration du handicap physique et de son traitement. Suivront une présentation de la structure et de la population accueillie. Je conclurai cette première partie par un diagnostic de la structure via une analyse institutionnelle.

Dans une seconde partie, je m'attarderai sur une approche conceptuelle des outils permettant de pousser plus avant l'analyse de l'institution. J'aborderai ainsi successivement l'évaluation et la collaboration dans un contexte pluridisciplinaire évoquant tour à tour l'identité professionnelle et l'autonomie des usagers. Cette approche d'abord généraliste éclairera les spécificités de l'institution. Par ce développement, je montrerai l'intérêt de la démarche d'évaluation interne pour répondre à ma problématique et valider ainsi mon hypothèse initiale.

Enfin dans une dernière partie, je décrirai mon plan d'action en précisant le contexte de ma prise de fonction, la mise en œuvre de la démarche d'évaluation et enfin les attendus de cette stratégie. Ce plan d'action sera décliné avec la conviction qu'« Il y a une marée dans les affaires des hommes, prise dans son flux, elle porte au succès. Mais si l'on manque sa chance, le grand voyage de la vie se échoue misérablement sur le sable. Or aujourd'hui nous sommes à marée haute. Prenons le flot tant qu'il est favorable ou tout ce que l'on a risqué sera perdu » (William SHAKESPEARE)

# 1 L'EM Thésée un modèle d'institution classique mais désuet.

Cette première phase de mon développement va me donner l'occasion de décrire la situation institutionnelle. La question du handicap à travers l'histoire me permettra de montrer le lien étroit entre son traitement et l'évolution de la société. L'histoire institutionnelle de l'EM Thésée dans cette logique apportera un éclairage intéressant sur le modèle dominant à l'œuvre dans cette institution que je décrirai. Je présenterai enfin une analyse institutionnelle de l'établissement qui orientera le choix des concepts à développer dans la seconde partie en lien avec ma problématique.

## 1.1 Contexte historique et réglementaire

### 1.1.1 Approche historique du handicap

« A la manière dont une société traite certains phénomènes significatifs, elle se révèle. Le problème du handicap est de ceux-là »<sup>1</sup>. Il semble qu'un détour par une approche historique de la question du handicap constitue un préalable essentiel dans ce travail et ce à plusieurs titres : il permettra de montrer que la question du traitement du handicap est dynamique, qu'elle est intimement liée aux évolutions sociétales et au modèle dominant, qu'elle est malgré tout traversée par une constante : l'étrangeté et son rapport à la norme. Nous tenterons à chaque fois de confronter nos observations à la situation qui intéresse notre travail.

- De l'Antiquité, en passant par le Moyen Age jusqu'aux Lumières

La question du handicap à travers les temps anciens montre que la connaissance ou plutôt la méconnaissance présidait au traitement de ces personnes appelées infirmes ou invalides. Les personnes victimes d'une infirmité apparaissaient sous l'Antiquité et au Moyen Age, soit touchées par la grâce divine et possédaient alors des capacités magiques, soit symbolisant l'expression du mal et devaient être à ce titre écartées du regard d'autrui. Le traitement de cette question durant cette longue période précédant la recherche scientifique en neurophysiologie et en neurobiologie est marqué par des orientations assez floues ; l'amalgame entre le pauvre et l'infirme étant souvent de mise. Le schéma de régulation sociale qui prédomine au Moyen Age et qui est porté par l'Église, s'appuie sur le principe de charité : la charité terrestre constituant le moyen d'acheter le paradis céleste.

L'avènement de la médecine, introduite par Ambroise PARE (1517-1590) comme premier paradigme scientifique au moment de la Renaissance, a modifié le traitement de la

---

<sup>1</sup> STICKER H.J, 1997, « Corps infirmes et société », Paris, DUNOD, 263 pages - page 19

question du handicap. La recherche scientifique dans l'explication du phénomène vient atténuer l'idée de la responsabilité divine dans l'avènement d'une infirmité. Parallèlement Le grand enfermement des pauvres et infirmes entre le XIV<sup>ème</sup> et le XV<sup>ème</sup> siècle se poursuit avec la création sous Louis XIV de l'Hôpital Général (1656).

Avec la Révolution française, le enjeu consiste à inscrire tout citoyen dans le contrat social: création de l'Assistance Publique et distinction entre le malade et le pauvre. Ces orientations s'accompagnent d'une préoccupation qui s'affirme: l'éducation et la rééducation des infirmes.

Le XIX<sup>ème</sup> siècle sera lui dominé par l'assistance et le relèvement et ce jusqu'à la création La loi du 14 juillet 1905 sur les vieillards, les infirmes et les incurables, qui permet à tout français privé de ressources, incapable de subvenir par son travail aux nécessités d'existence, âgé de plus de 70 ans ou ayant une maladie incurable, d'être accueilli gratuitement dans les hôpitaux ou les hospices.

- « Les gueules cassées » et la naissance de la réadaptation

Avec la première guerre mondiale, le mutilé se substitue à l'infirme. C'est l'époque de la réadaptation. Cette période fait suite à l'explosion industrielle et à la multiplication des accidents du travail aux séquelles parfois importantes et durables. Avant cette période, « peu ou prou, l'infirme faisait exception et indiquait l'exceptionnel, l'altérité, maintenant il devient ordinaire, il faut qu'il retourne à la vie ordinaire »<sup>2</sup>. On assiste ainsi à un glissement conceptuel qui aboutira à l'émergence du terme de handicap. Ce qui prédomine alors c'est une volonté d'effacer la différence.

- La notion de handicap et « la révolution de 1975 »

Jusqu'en 1975, le secteur social et médico-social se est développé sans cadre juridique clair. Par imitation du secteur sanitaire, le législateur a donné une première base juridique au secteur par les lois du 30 juin 1975. Deux lois sont édictées: la loi 75-535 qui porte sur les grands principes d'organisation du secteur social et médico-social et la loi 75-534 relative aux droits des personnes handicapées. La notion même de usager n'est pas abordée dans ces deux textes. La logique, qui prime alors, est celle de l'institution spécialisée. Le territoire doit se doter de structures adaptées pour l'accueil de ce public spécifique. Il s'agit en l'occurrence d'un cadre réglementaire initié par des acteurs associatifs centré sur les institutions. Ce nouveau cadre réglementaire a permis l'amélioration notable de la situation des personnes en situation de handicap. Elles se trouvent ainsi reconnues et nommées et peuvent donc prétendre à un traitement. Cette nouvelle entité sociale que crée la loi contribue à la reconnaissance de ces personnes et

---

<sup>2</sup> STICKER H.J, 1997, « Corps infirmes et société », Paris, DUNOD, 263 pages . page 131

comme le prétend C GARDOU : « Nous existons comme sujet qu'à partir d'un statut explicitement reconnu par autrui »<sup>3</sup> Néanmoins un des effets pervers de cette loi est soulignée par HJ STICKER lorsqu'il affirme à propos des usagers handicapés : « Paradoxalement ils sont désignés pour disparaître, ils sont dits pour être tus »<sup>4</sup> . Au-delà de ces effets contradictoires qui expliquent sans doute qu'un bon nombre de structures spécialisées de l'époque soient implantées sur des territoires peu peuplés, les lois de 1975 marquent une réelle avancée pour les personnes handicapées.

Ces textes fondateurs ont dû, par la suite, être modernisés pour répondre aux évolutions sociétales nombreuses que traduisent en partie les modifications réglementaires en lien avec la décentralisation, la promulgation des ordonnances Juppé de 1996 qui effacent le clivage entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, la loi organique relative aux lois de finance (LOLF) de 1999 qui instaure les enveloppes limitatives de crédit en réponse à la rareté des ressources et la refonte du CASF entre 1999 et 2000.

L'ensemble de ces modifications a complexifié le texte initial sans combler pour autant le décalage existant entre la loi et la réalité du secteur.

Nous notons que la réforme du secteur médico-social que nous allons aborder dans le paragraphe suivant est largement inspirée de la nouvelle législation sanitaire en référence à la loi hospitalière du 31/12/1970 qui affirmait le droit des malades et la régulation de l'offre et du financement des soins.

« Le cousinage » entre médico-social et sanitaire est indéniable. Il va de soi qu'il s'exprime davantage dans les structures qui conjuguent les deux types d'accompagnement. L'EM Thésée fait partie de ces institutions.

Cette approche historique montre également l'intrication entre le type de société et le traitement de la question du handicap. Osons transposer cette logique à l'institution en posant comme principe que celle-ci produit un accompagnement et une prise en charge en fonction du modèle de référence qui y prédomine.

### **1.1.2 Evolutions réglementaires**

Impossible d'aborder une réflexion institutionnelle sans faire état du cadre réglementaire qui régit son fonctionnement. Aussi, je me propose de présenter les textes références en la matière en extrayant les points qui me semblent éclairants pour cet écrit

---

<sup>3</sup> GARDOU C, 2005, « Fragments sur le handicap et la vulnérabilité - pour une évolution de la pensée d'action », Ramonville Saint-Agne, Editions ERES, 226 pages - page 31

<sup>4</sup> STICKER H.J, 1997, « Corps infirmes et société », Paris, DUNOD, 263 pages - page 138

- Les annexes XXIV

Dans la foulée et dans l'esprit des lois de 1975, les annexes XXIV d'octobre 1989 organisent le secteur du handicap pour les enfants et adolescents. Issues de la circulaire de 1948 qui s'intéressait aux maisons à caractères sanitaires et du décret de 1956 qui définissait les établissements privés pour enfants inadaptés, elles précisent différents points, essentiels encore aujourd'hui dans nos quotidiens institutionnels. Elles se posent comme les premiers textes qui prennent en compte la complexité (troubles associés au trouble principal) de la personne handicapée dans son ensemble et insistent sur *la prise en charge globale* de l'usager dans une trajectoire évolutive. Cette prise en charge doit s'intéresser à toutes les dimensions du sujet dans une logique pluridisciplinaire. Ce travail institutionnel doit s'effectuer en lien étroit avec la famille. « « La famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et son évaluation » informations détaillées sur l'enfant ou l'adolescent à fournir à la famille tous les 3 mois - un bilan pluridisciplinaire complet chaque année »<sup>5</sup>.

L'institution doit produire un projet d'établissement et un projet individuel pour chaque enfant. Les annexes XXIV déclinent en plus les caractéristiques des structures en fonction du public accueilli. En ce qui concerne l'EM Thésée, ce sont les annexes XXIV bis qui sont applicables. Ce texte rappelle les axes de la prise en charge dans son article 2 : « accompagnement des familles • surveillance médicale • éducation motrice ou rééducations fonctionnelles nécessaires • .leveil et le développement de l'enfant • .l'enseignement • des actions d'éducation spécialisée tendant à développer la personnalité et l'autonomie sociale en utilisant autant que faire se peut les moyens socio culturels existants ». Elles proposent des modèles d'organisation internes via son article 5 avec par exemple la mise en place d'une section d'initiation et de première formation professionnelle. Section qui n'existe pas à l'EM Thésée. Elles évoquent la participation d'un médecin spécialiste de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle ou d'un pédiatre à l'équipe médicale, paramédicale et psycho-sociale. Cette équipe « travaillant en liaison avec les enseignants et les éducateurs » (article 9). Elles précisent en particulier les règles architecturales permettant d'accueillir dans les meilleures conditions possibles les enfants ou adolescents présentant une déficience motrice. Elles fixent par exemple dans son article 11, une taille minimale pour la surface des chambres (10.5 m2). Elles imposent par son article 14 l'existence de portes automatiques aux points principaux •

Si la dimension médicale est prégnante dans ce texte compte tenu des pathologies traitées sur les IEM, la dimension éducative et pédagogique est toujours citée dans une

---

<sup>5</sup> Article 3 des Annexes XXIV

visée d'insertion sociale et professionnelle<sup>6</sup>. La place des parents est elle aussi réaffirmée à plusieurs reprises dans les articles 3 et 9.

Cette relecture des Annexes XXIV donne la mesure des écarts existant entre les règles régissant l'EM Thésée et ce cadre réglementaire toujours d'actualité même si d'autres textes généralistes sont venus préciser et modifier le cadre régissant les établissements médico sociaux. L'absence historique d'une section d'initiation et de première formation professionnelle, une prise en charge pluridisciplinaire déséquilibrée avec une prévalence du rééducatif sur les autres domaines, un travail avec les familles non satisfaisant, une préparation à l'insertion sociale et professionnelle peu ou pas investie : notre analyse permettra de trouver des raisons à cet état de fait.

- La loi 2002-2

Initiée par les imperfections du texte au regard des évolutions sociétales, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale se donne pour missions : d'affirmer et de promouvoir les droits des usagers, de diversifier les missions et les offres en adaptant les structures aux besoins, de mieux articuler la planification, la programmation, l'allocation de ressources et l'évaluation, d'instaurer une coordination entre les différents acteurs, et enfin de rénover le statut des établissements publics. Ce texte, par opposition au précédent régissant le secteur, s'affirme comme celui des droits des usagers. On passe ainsi d'un cadre réglementaire centré sur les institutions à un texte prônant les droits des usagers. Le texte décline les outils qui permettront l'exercice de ces droits. Ainsi, pour garantir le droit des usagers (respect de la dignité, intégrité, vie privée, sécurité, libre choix entre les prestations, accompagnement individualisé de qualité avec consentement, confidentialité des données concernant l'usager, accès à l'information sur les droits fondamentaux et les voies de recours, participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement) le législateur a mis en place des outils permettant leur effectivité :

- Le livret d'accueil,
- Le contrat de séjour
- Le recours à un conciliateur, médiateur,
- Le Conseil de la Vie Sociale,
- Le projet d'établissement,
- Le règlement de fonctionnement
- La charte des droits et libertés

Cette loi aborde également dans l'article 22 l'évaluation interne et externe que je développerai ultérieurement dans la deuxième partie de notre travail.

---

<sup>6</sup> Article 7 des Annexes XXIV

Ce texte a modifié notablement le fonctionnement des structures qui a placé les usagers au cœur du dispositif institutionnel en adaptant l'offre d'accompagnement. Ce changement de modèle donne une autre dimension aux relations asymétriques entre les professionnels et les usagers construites jusqu'alors au regard de la fragilité du public accueilli : « L'enjeu de la loi renverse ce paradigme car il vise, soit à instaurer soit à restituer un pouvoir propre aux personnes accueillies »<sup>7</sup>. L'IDEM Thésée s'est conformé au nouveau cadre réglementaire en instaurant les outils garantissant l'expression des droits des usagers mais les déclarations de bonnes intentions, le développement d'une boîte à outils ne suffisent pas à eux seuls pour changer les habitudes de pensée façonnées par des années d'exercice. A ce titre, l'usager perçu prioritairement à travers ses difficultés est un mécanisme intellectuel encore extrêmement marqué sur la structure. Il conforte l'approche soignante des enfants accueillis qui présentent un handicap physique important.

- La Loi 2005-102

Elle a pour finalité de répondre à la nécessaire égalité de traitement sur l'ensemble du territoire en matière de scolarité, de formation, d'emploi et d'accessibilité, d'offrir des réponses de proximité et enfin de simplifier et de clarifier les procédures administratives. Au sein des institutions spécialisées comme l'IDEM, la question de la scolarité a soulevé de nombreuses interrogations sur l'organisation du dispositif pédagogique. Les difficultés organisationnelles inhérentes, les questionnements des professionnels du secteur médico-social sur la pertinence de cette orientation en terme de gains et de pertes, le sentiment d'une perte de pouvoir de ces mêmes professionnels, les réticences de certains enseignants des classes ordinaires ou même spécialisées à intégrer les élèves en situation de handicap, les projections parentales consécutives à une scolarisation en milieu ordinaire, le démarrage parfois chaotique des MDPH, les habitudes de fonctionnement et les réflexes sémantiques anciens ne permettant que progressivement l'utilisation de la nouvelle terminologie, ont constitué autant d'obstacles à la mise en œuvre rapide et efficiente de ce nouveau mode de scolarisation. Aujourd'hui, les écrits qui témoignent de résultats contrastés à améliorer mettent aussi en avant une incompréhension originelle dans l'interprétation des textes par les différents acteurs : il ne s'agissait aucunement d'appliquer aux enfants en situation de handicap, bénéficiant d'une scolarité en milieu ordinaire, le calque d'une scolarisation habituelle avec son lot d'attentes et d'exigences similaires. Il s'agissait de s'appuyer sur les vertus de l'école

---

<sup>7</sup> PATURET J.B décembre 2003, « Nouvelles législations et sens des pratiques de direction », cahier de l'Actif 330/331, pp 47-55

reprises dans le rapport de Jean-François CHOSSY<sup>8</sup>: L'école qui structure pour développer la notion du « vivre ensemble » - L'école qui accueille en référence au propos de Bengt LINDQUIST, rapporteur spécial de l'ONU qui affirme : « Ce sont tous les enfants qui ont droit à l'instruction et non notre système scolaire qui a droit à un certain type d'enfants »- L'école qui forme dans le sens où la formation scolaire contribue à ce que les enfants s'épanouissent. A Thésée, la dimension scolaire est insuffisamment développée comme nous le verrons plus loin avec des temps de scolarisation pure qui n'excèdent pas 10 heures par semaine en interne.

Ces évolutions successives du cadre réglementaire témoignent à la fois de la place accordée aux personnes en situation de handicap dans une société qui change de regard sur ce public, mais également du traitement que lui réserve la force publique dans une logique administrative. A ce propos, les relations tumultueuses entre le sanitaire et le médico-social montrent que la dimension économique influence la manière dont les pouvoirs publics traitent de la question du handicap. Ainsi, la question de la rareté des ressources et la volonté de contrôle et d'évaluation des dispositifs qui ont d'abord vu le jour dans le secteur sanitaire se sont progressivement immiscées dans le secteur médico-social. Nous allons voir dans le paragraphe suivant l'aboutissement de cette évolution à travers les derniers textes et instances en œuvre dans notre secteur.

### 1.1.3 Les orientations actuelles

- La loi HPST du 21 juillet 2009 et ses conséquences au niveau du secteur médico-social

Conjonction de deux logiques : la première en lien direct avec un contexte économique difficile s'accompagnant de ressources rares, et donc d'une volonté affichée de contrôler l'utilisation de l'argent public dans une réorganisation territoriale à une échelle plus pertinente ; la deuxième dans un rapprochement du modèle sanitaire et du modèle médico-social.

Au niveau de notre secteur, quatre objectifs majeurs : décroïsonner le médico-social et le sanitaire, favoriser des parcours de vie et de soins plus cohérents pour les usagers, poursuivre la convergence des logiques des deux secteurs, garantir la sanctuarisation des crédits médico-sociaux.

Ce cadre ainsi défini a une incidence évidente dans la vie des institutions et se traduit par : un changement d'interlocuteur avec la mise en place des ARS (Agences Régionale

---

<sup>8</sup> CHOSSY JF, novembre 2011, Rapport parlementaire, « Passer de la prise en charge à la prise en compte »

de Santé), une nouvelle logique « descendante » en termes de nouveaux projets<sup>9</sup>, des contraintes budgétaires fortes associant le principe des enveloppes fermées avec la convergence tarifaire et la signature de CPOM. Ces changements influencent sur le terrain la pratique des associations gestionnaires qui ont tout intérêt à interroger leurs modèles d'organisations pour répondre au mieux à ces nouvelles règles tout en conservant une qualité de service à la hauteur des attentes des usagers et de leurs familles.

Ce contexte réglementaire a, au niveau de l'AGEPAPH, entraîné des modifications significatives de fonctionnement sur lesquelles nous reviendrons. Au niveau même des structures, ces contraintes se font ressentir car elles s'accompagnent le plus souvent de réorganisations permettant de réaliser des économies d'échelles. Elles s'expriment par exemple dans la diminution du nombre de professionnels concernés par les fonctions supports ou au travers d'un élargissement de l'offre de service à moyens constants. Ces stratégies anticipatrices ne sont pas sans conséquence sur le climat social institutionnel et donc sur les usagers. La logique comptable nécessaire peut être stigmatisée voire diabolisée par les équipes qui se souciaient jusqu'alors très peu de cette dimension vécue comme marginale. En ce qui concerne cette loi, « Le enjeu n'est principalement ni technique, ni politique, ni organisationnel. Il se situe au niveau des valeurs sur lesquelles se sont construits les établissements »<sup>10</sup>. Le rôle des directeurs est à ce niveau prépondérant.

- L'ANAP et L'ANESM

Dans le pas de la Loi HPST la création de l'ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance est un signe fort. Présentée par l'article 18, modifiant l'article L 6113-10 du code de la santé publique, l'ANAP est « *un groupement d'intérêt public, constitué entre l'Etat, l'Union nationale des Caisses d'Assurance Maladie, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux* ». La mission principale de cette nouvelle agence consiste à aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers par l'élaboration et la diffusion de recommandations et d'outils, dont elle est chargée de suivre la mise en œuvre. Cet appui est destiné à permettre la modernisation de la gestion des établissements, l'optimisation de leur patrimoine

---

<sup>9</sup> Décret 2010-870 du 26 juillet 2010 sur les appels à projet

<sup>10</sup> ABRY JM, juillet-août 2010 « ARS et médico-social : choc des modèles ou fongibilité » revue Direction(s) n° 76 - pp. 44-45

immobilier, ainsi que le suivi et l'accroissement de leurs performances dans le souci d'une meilleure maîtrise des dépenses. (Créée par arrêté le 16 octobre 2009)

L'ANAP complète le rôle de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médicosociaux). Cette dernière issue du décret 2007-324 du 8 mars 2007 en remplacement du CNESMS (Conseil National de l'Evaluation Sociale Médico-Sociale instaurée par la Loi 2002-2 et créé par le décret 2003-1134 du 26 novembre 2003) oriente son action sur l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques, sur l'habilitation d'organismes pour l'évaluation externe, sur la promotion des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Ces deux agences témoignent d'une volonté étatique d'améliorer la performance des établissements et d'assurer un accompagnement médico éducatif de qualité. Nous nous situons dans la dynamique impulsée par la LOLF (Loi organique relative aux lois de finances) qui privilégie la logique du résultat à celle de moyens.

- D'une logique de institution à une logique de service : la tendance européenne

Le lien entre l'évolution du cadre réglementaire qui domine le secteur médico-social et qui revendique performance et qualité, et les dernières évolutions des Lois sur le handicap via la loi 2005-102 concourent à développer des dispositifs moins coûteux et proches du milieu ordinaire. La logique de service semble être la réponse la plus appropriée à cette double exigence. De plus, ce modèle répond à la recommandation européenne du 3 février 2010 relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés. Même si depuis, la notion de désinstitutionalisation a été précisée et adoucie au niveau français par l'ancienne secrétaire d'Etat auprès du ministre des solidarités et de la cohésion sociale Marie - Anne MONTCHAMP en réponse à une question posée par le sénateur P B RAYMOND, le 23 novembre 2011, dans laquelle elle souligne l'intérêt de la complémentarité entre les institutions, les services et les dispositifs de droit commun : « Je souligne l'effet positif de la loi du 11 février 2005 sur le rôle des établissements et services médico-sociaux. Un accompagnement de qualité se reconnaît en effet aujourd'hui, de plus en plus, à la capacité de la structure à être ouverte sur l'extérieur notamment du fait de la scolarisation des enfants. »<sup>11</sup>. Si la désinstitutionalisation des enfants handicapés fait partie des orientations politiques européennes actuelles, en France, on mise plutôt sur la complémentarité des dispositifs existants pour trouver une réponse appropriée aux besoins des usagers. Cette voie intermédiaire impose néanmoins que les institutions, comme Thésée, s'ouvrent encore plus.

---

<sup>11</sup> J.O Sénat séance du mardi 22 novembre 2011, page 8012

## 1.2 Contexte institutionnel

### 1.2.1 Le public accueilli : Le handicap physique polymorphe

L'EM Thésée accueille un public qui rassemble des caractéristiques particulières que l'on peut regrouper en trois grandes familles : les Infirmités Motrices Cérébrales, les traumatismes crâniens, les myopathies et maladies rares. Nous allons, dans les paragraphes qui suivent, tenter de présenter ces différentes populations à travers leurs descriptions et identifier leurs besoins. Nous montrerons ainsi la diversité des situations accueillies au sein d'une même institution. A ces différences, répondent des prises en charge adaptées et des accompagnements spécifiques. Leurs descriptions proposées privilégieront une entrée médicale car c'est cet angle de vue qui prévaut dans l'orientation de ces jeunes sur l'institution. Néanmoins les autres dimensions, descriptives en rapport avec les aspects scolaires et éducatifs ne seront pas oubliées et viendront témoigner de la nécessité d'une prise en charge globale.

- Définitions
  - Les Infirmités Motrices Cérébrales

Sur l'établissement qui accueille 35 jeunes, 20 d'entre eux sont concernés par cette pathologie. L'infirmité motrice cérébrale (IMC) résulte d'une atteinte cérébrale précoce survenue dans la période périnatale<sup>12</sup>. Cette atteinte qui n'a pas d'origine génétique et qui n'est pas curable est la première cause de handicap moteur de l'enfant et concerne 125 000 personnes en France<sup>13</sup>. L'infirmité motrice cérébrale a des conséquences sur les capacités motrices en engendrant des déficiences plus ou moins importantes à ce niveau. La déficience motrice n'est pas l'unique caractéristique que l'on rencontre chez les usagers concernés. Ainsi, de nombreux troubles associés sont fréquemment présents. C'est le cas pour les jeunes accueillis à l'EM qui, pour certains présentent des problèmes visuels, des difficultés langagières, des troubles sensoriels et d'autres symptômes. Ces troubles ne sont pas spécifiques à ce public mais contribuent à accentuer leur situation de handicap. Si on ne guérit pas les IMC, les professionnels qui accompagnent ce public s'appuient sur la « plasticité cérébrale » des premières années (10 ans) pour lutter contre les effets de cette pathologie et favoriser des progrès au niveau fonctionnel et cognitif. Ce sont des enfants qui ont besoin d'être beaucoup stimulés. Plus tard, à l'adolescence généralement si le besoin s'en fait sentir, ces enfants peuvent subir des interventions chirurgicales (allongement des tendons, injection de toxines botuliques) pour leur

---

<sup>12</sup> TARDIEU G, 1984, in Le dossier clinique de l'IMC, Méthodes d'évaluation et applications thérapeutiques

<sup>13</sup> Infirmité motrice cérébrale, paralysie cérébrale prospective octobre 2009 (document de la fondation motrice) 73 pages, p12

permettre de conserver une autonomie satisfaisante. On imagine aisément à la lecture de ce descriptif les contraintes inhérentes à l'accompagnement de ces usagers. Derrière ce tableau descriptif, qui brosse le portrait de ces enfants sous un angle particulier et qui invite à imaginer une prise en charge très médicalisée, il ne faudrait pas oublier les autres caractéristiques de ce public pour décliner une prise en charge globale adaptée spécifique aux institutions régies par les annexes XXIV. En effet, les compétences cognitives de ces usagers leur permettent généralement d'engager un apprentissage scolaire de niveau variable, c'est d'ailleurs le cas sur l'établissement. L'IdEM rassemble en son sein toutes les ressources nécessaires pour cela. La perspective d'une évolution positive des usagers atteints d'infirmités motrices cérébrales leur permettant de prétendre à une vie sociale adaptée, favorisée par une autonomie suffisante doit constituer pour les professionnels un gage de motivation pour mener à bien les actions éducatives et scolaires. L'accompagnement des familles qui passe par des échanges réguliers concernant la situation globale de l'enfant et pas seulement médicale est également essentiel. Les orientations postérieures à l'IdEM pour ces jeunes varient en fonction des projets entre des formations professionnelles qualifiantes via des CRP (Centre de rééducation professionnelle) par exemple ou l'intégration de structures de travail adaptées comme les ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) ou encore pour ceux qui ont moins de capacités, en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) en foyer occupationnel, en SAJ (Service d'accueil de jour) ou en SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé) .

- Les myopathies et les maladies rares

A l'IdEM Thésée nous accueillons 10 jeunes présentant des myopathies et des maladies rares. Le tableau clinique de ces pathologies varie. Néanmoins, pour les myopathies, quelques repères similaires existent : classées sous l'appellation scientifique de « dystrophies musculaires », elles portent le nom pour celles qui nous concernent de Duchenne (DMD) ou de Becker (DMB). D'après le dictionnaire médical<sup>14</sup> : « La dystrophie musculaire (myopathie) constitue un type de maladies héréditaires caractérisées par la dégénérescence progressive des muscles, sans atteinte du tissu nerveux. Les différentes formes de cette maladie sont classées selon l'âge de survenue des premiers symptômes, la vitesse d'évolution de la maladie et le mode de transmission génétique ». Il n'existe aucun traitement curatif pour ces pathologies. Contrairement à la plupart des usagers présentant une infirmité motrice cérébrale, ces jeunes accueillis à l'IdEM présentent une intelligence normale mais ont une espérance de vie limitée. Ils ont une conscience aigüe des conséquences morbides de leur état. Ils appréhendent chaque signe témoignant de

---

<sup>14</sup> [www.mediadico.com](http://www.mediadico.com)

leur perte d'autonomie. L'accompagnement proposé par l'institution pour ce public concerne autant la prise en charge rééducative et médicale qui peut s'intensifier au fil du temps que l'accompagnement psychologique et éducatif. Même si la tentation est grande de se concentrer sur la pathologie au risque de ne pas oublier le sujet, l'effort des professionnels doit se focaliser sur l'accompagnement global de l'usager dans son quotidien en lien avec la famille. Les relais extra-institutionnels sont à ce titre de réels partenaires comme l'AFM (association française contre les myopathies). L'évolution observée de la maladie nécessite des aménagements réguliers des projets individualisés. L'emploi du temps des jeunes myopathes en institutions préserve par définition une grande souplesse. Pour ce public la question de l'avenir se pose en termes de soins et rarement en termes d'insertion sociale ; la morbidité (espérance de vie aux alentours de 25 ans en moyenne) et la perte d'autonomie liées à cette maladie contrariant les projets d'insertion professionnelle et sociale. Pour la plupart des myopathes, si leur état de santé le permet, le retour en famille après le passage par l'institution est de règle. Pour les maladies rares, le diagnostic est parfois tardif : nous avons sur l'établissement le cas d'un usager présentant la maladie de Smith Magenis diagnostiquée après son admission.

- Les traumatisés crâniens

Au sein de l'EM Thésée, nous accueillons 5 jeunes qui ont été victimes de traumatismes crâniens graves aux conséquences invalidantes. Accidents de la circulation ou syndromes du bébé secoué sont à l'origine de ces pathologies. Pour mémoire, en référence au discours de Nora BERRA<sup>15</sup> à l'occasion de la présentation du programme en faveur des traumatisés crâniens et blessés médullaires en février 2012, chaque année en France 155 000 personnes sont concernées et parmi elles, 8500 seront traumatisées gravement et présenteront des séquelles invalidantes. Pour ce qui est des bébés secoués (âgés de moins d'un an) on évalue à 200 leur nombre chaque année, même si ce chiffre semble a priori sous-estimé. Les traumatisés crâniens présentent des difficultés intellectuelles et comportementales auxquelles peuvent se greffer des séquelles physiques. Le tableau général est conditionné par le siège du traumatisme et son importance. Un usager peut ainsi cumuler des séquelles physiques qui se manifestent par des troubles de l'équilibre, une paralysie partielle, des troubles sensoriels, une épilepsie ; des séquelles cognitives qui s'expriment à travers des troubles du langage et de la mémoire, des difficultés

---

<sup>15</sup> Discours de Nora BERRA à l'occasion de la présentation du programme d'actions en faveur des traumatisés crâniens et blessés médullaires - Hôpital Raymond Poincaré » 9 février 2012 <http://www.sante.gouv.fr/discours-de-nora-berra-a-l-occasion-de-la-presentacion-du-programme-d-actions-en-faveur-des-traumatismes-craniens-et-blesses-medullaires-hopital-raymond-poincare.html>

notables de concentration, des capacités d'apprentissages limitées ; des séquelles psychologiques et émotionnelles qui donnent libre cours à des attitudes socialement invalidantes comme une irritabilité forte, une inhibition ou une désinhibition anormales, une impulsivité déstabilisante, un langage parfois outrancier. Ces usagers sont questionnants pour les équipes de professionnels car leurs comportements et attitudes échappent à une logique ordinaire. Ils nécessitent un accompagnement adapté et un environnement institutionnel qui se doit d'être rassurant. Les apprentissages sont difficiles, inégaux et volatiles. La cohabitation avec les autres jeunes accueillis est parfois conflictuelle d'autant plus lorsque ces jeunes sont marchants.

- Evolutions chiffrées

Au niveau national les études épidémiologiques montrent une stabilité des cas de myopathie, un nombre annuel stable de prématurés à hauteur de 10 000 dont 40% à l'âge de 5 ans présentent des troubles moteurs sensoriels et cognitifs<sup>16</sup>. 8500 personnes victimes de traumatismes crâniens aux conséquences graves par an.

On peut également avancer que les techniques médicales favorisent la baisse du taux de mortalité des prématurés d'une part et les progrès des prises en charges pré et post natales d'autre part.

Ces mêmes techniques aux services des recherches génétiques qui progressent à pas comptés n'ont pas d'incidence sur le nombre de cas de myopathie.

Les techniques de réanimations et de traitements des cas de traumatismes crâniens n'ont cessé d'évoluer favorablement.

Les chiffres trop rares ne nous donnent que peu d'informations sur l'évolution en nombre de ces populations et ne nous renseignent par conséquent pas sur une variation du besoin en termes d'accompagnements institutionnels.

- Les dispositifs d'accompagnement de ce public

Les caractéristiques de ces usagers sont très différentes aux regards de la présentation qui précède. Mais il existe des dénominateurs communs concernant la grande vulnérabilité de ces jeunes et l'importance des soins au quotidien dans leur prise en charge. La tentation est alors grande de réduire ces jeunes à leur pathologie. Les séances de rééducations nécessaires, les interventions chirurgicales réparatrices, gage d'autonomie physique qui jalonnent leurs parcours participent à donner à cette dimension un caractère central. Cet aspect de l'accompagnement de ces usagers se trouve renforcé par l'engagement du pronostic vital à moyens termes pour certains d'entre eux.

---

<sup>16</sup> Etude EPIPAGE 1 menée par l'INSERM (institut national de la santé et de la recherche médicale) mars 2008 Etude épidémiologique sur les Petits Ages Gestationnels.

Néanmoins on ne peut se satisfaire de cette approche par trop réductrice. L'accompagnement global en institution complété par l'action de professionnels en libéral devra favoriser autant que faire se peut l'articulation entre, les moments consacrés aux soins, les temps de scolarisation, les interventions éducatives et psychothérapeutiques.

Il s'agira alors d'établir des priorités dans une collaboration pluridisciplinaire féconde en lien avec la famille. Les emplois du temps individualisés qui témoignent de la succession des interventions des différents professionnels renseignent sur l'orientation actuelle de l'EM.<sup>17</sup> Ces emplois du temps doivent tenir compte des événements qui scandent les parcours de vie de ces enfants. Ainsi, les périodes d'hospitalisations et de convalescences altèrent considérablement le rythme des acquisitions et ont donc un effet négatif sur le développement des compétences.

Lorsque ces usagers présentent des troubles associés, le rythme de progression à tous les niveaux est extrêmement ralenti.

Pour certains jeunes, victimes de maladies neurodégénératives, la perte progressive de la motricité est un élément déterminant et anxiogène qui se surajoute. La conscience de cet état impose pour ces jeunes et leur famille un étayage efficace qui peut prendre la forme entre autre d'un soutien psychologique.

### 1.2.2 Cadre institutionnel

- L'EM Thésée un établissement spécialisé créé sur les fondements d'un IME

L'EM Thésée est un établissement médico-social géré par l'association AGEPAH dont l'agrément, revu en 2007, autorise l'accueil et l'accompagnement de enfants et adolescents des deux sexes, âgés de 6 à 20 ans, porteurs d'une déficience motrice avec ou sans troubles associés, dans une capacité de 35 places, dont 5 places dédiées à l'accueil de enfants ou de jeunes traumatisés crâniens.

L'établissement s'inscrit dans le cadre des Annexes XXIV BIS (décret 89-798 du 27 octobre 1989 et de la Circulaire DASS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 (relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien). Il met en œuvre l'ensemble des dispositions légales qui s'imposent au secteur et notamment celles précisées dans les lois 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale et 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Créé en 1995, à partir de l'IME de Montord<sup>18</sup>, l'établissement est à l'origine né des réflexions qui ont fait suite à la refonte des annexes XXIV en 1989, avec le souhait de proposer des réponses adaptées à de nouveaux besoins. Dans cet esprit, un SESSAD

---

<sup>17</sup> Annexes 1 : emploi du temps des usagers.

<sup>18</sup> Montord est un village situé à 7 kilomètres de Saint Pourçain sur Sioule. L'IME y avait ouvert ses portes en 1967 et accueillait des enfants polyhandicapés.

avait vu le jour en 1989 et le projet de l'IME apportait une solution de prise en charge nouvelle et mieux adaptée pour une partie de l'effectif de enfants accueillis à l'IME de Montord. Une partie du personnel de l'IME va ainsi intégrer l'équipe naissante de l'IME sous une direction commune aux trois établissements et services (IME, SESSAD, IEM) Jusqu'en 2003, l'IME est un établissement nouvellement créé, qui connaît une montée en puissance avec un effectif important (jusqu'à 59 jeunes accueillis pour un agrément de 35 à 40 places).

Le milieu des années 2000 voit la survenue de importantes mutations :

Un changement de association gestionnaire a lieu, les Mutuelles Bourbonnaises, initialement porteuses des établissements se recentrant sur leurs activités assurantielles, L'AGEPAPH voit le jour.

Un changement de direction, dans un contexte de évolution des politiques publiques de prise en charge du handicap conduit alors l'IME à se recentrer sur une période de ouverture de 208 jours, en privilégiant l'accueil de enfants relevant spécifiquement d'une prise en charge institutionnelle et en prolongeant l'accueil au-delà des 208 jours pour certains, par la création d'une unité spécifique : l'Unité de Accueil et de Accompagnement Médico-Educatif (UAAME)

Ce projet de restructuration qui concerne également l'IME et le SESSAD est validé par le CROSMS de Auvergne en 2007.

Les mutations concernent également l'encadrement médical avec le passage d'une fonction de médecin de établissement, présent de manière continue à une fonction de médecin coordinateur.

Les jeunes accueillis bénéficient d'une notification prononcée par la Commission départementale pour l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

« Le but secret de l'histoire, sa motivation profonde, n'est-ce pas l'explication de la contemporanéité. »<sup>19</sup>. On peut en effet imaginer que cette création qui ressemble à une filiation a eu des incidences manifestes sur le mode de fonctionnement de l'IME.

Au niveau de l'accompagnement proposé aux usagers : la prégnance de la dimension médicale et rééducative, une approche du public en référence avec les expériences antérieures peu enclines à permettre la perception de potentiel chez des usagers fortement dépendants.

Au niveau des professionnels, à travers une comparaison permanente des situations des personnels d'une structure par rapport à l'autre.

---

<sup>19</sup> BRAUDEL F in « Le temps du monde » T3, 607 pages de Civilisation matérielle, économie et capitalisme, XVIème XVIIIème siècle, Paris Armand Colin 1979 3 volumes

- Contexte associatif et gouvernance

L'AGEPAPH, association gestionnaire de l'IdEM, est depuis plusieurs années, engagée dans une démarche volontariste de regroupement. Elle est rapprochée de deux autres associations l'ABAH et l'AVERPAHM. Ce rapprochement autour de valeurs communes, favorisant une logique de territoire (bassin vichyssois) et une logique de population (handicap) a abouti le 1<sup>er</sup> février 2012 à la création du GCSMS SAGESS (Sud Allier pour la Gestion des Etablissements et Services Spécialisés).

Organisée autour d'un siège, d'un directeur général et d'un administrateur, cette nouvelle instance n'est pas sans incidences sur le fonctionnement des établissements, sur la fonction de direction des structures membres, sur les représentations des salariés, sur les attentes des usagers et des familles.

Elle a pour objet de renforcer la cohérence des orientations politiques, de favoriser l'articulation entre les établissements et services, de consolider les structures financières, d'homogénéiser des procédures, de participer à la convergence tarifaire interne au groupement et de développer la fongibilité budgétaire. Regroupant une partie des fonctions supports en son sein, elle a contribué à alléger la masse salariale des structures.

Un projet de CPOM en cours de finalisation apportera en début d'année 2013 la dernière pierre à cet édifice novateur dans la région.<sup>20</sup>

SAGESS est aussi membre fondateur du CRIEQ : Centre de Ressources Interdépartemental de l'Évaluation de la Qualité en Auvergne. Ce positionnement participe à la lisibilité de nos structures et réaffirme l'engagement des associations tutélaires. En retour, il exige rigueur, réactivité, esprit d'initiative et créativité. Ces qualités sont en décalage pour ne pas dire en contradiction avec les caractéristiques trop souvent mises en avant à l'IdEM Thésée prônant un certain conservatisme comme nous allons le voir plus avant.

- Evolution récente, données chiffrées (budget, agrément.)

Contrôlé par l'Agence Régionale de Santé d'Auvergne, l'IdEM est implanté à Saint Pourçain sur Sioule dans l'Allier, une commune de 5000 habitants. L'équipe pluridisciplinaire de Thésée se compose de 48 équivalents temps plein. Cette structure est régie par le cadre réglementaire organisant le champ du handicap : les annexes XXIV décret 89-798 du 27 octobre 1989 (annexes XXIV bis pour l'IdEM), les lois n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes

---

<sup>20</sup> ANAP Avril 2012, « Les coopérations dans le secteur médico-social guide méthodologique-SAGESS-GCSMS », 44-47

handicapées et La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

LdEM Thésée accueille actuellement, conformément à son agrément, 35 jeunes de 6 à 20 ans. Le compte administratif 2011 montre une activité de 6600 journées pour 208 journées d'ouverture totale et 157 journées d'ouverture partielle (5 places d'accueil) pour un budget exécutoire 2011 de 3 525 289 ". L'activité est de loin très inférieure aux journées théoriques évaluées à 7000. Les jeunes sont majoritairement accueillis en internat (1524 journées en semi-internat 5074 journées d'internat). D'origine géographique départementale pour le plus grand nombre (20 sur 35) ou limitrophe pour les autres (Loire, Nièvre, Puy de Dôme, Saône et Loire) les jeunes sont pour les plus nombreux des garçons (23). La moyenne d'âge est de 14 ans et 10 mois au 31/12/11. La durée d'accueil de ces usagers est fonction de l'âge au moment de l'admission. On note à ce propos, un recul de l'âge d'entrée en institution qu'on peut expliquer par le développement des SESSAD qui accompagnent les usagers auparavant admis en institution, en milieu ordinaire, et par les effets de la loi 2005-102 qui participe à la poursuite des parcours individuels dans les dispositifs de droit commun. L'augmentation de la capacité des places de SESSAD sur le bassin de santé intermédiaire de Moulins en est une parfaite illustration. Une augmentation du nombre de places du SESSAD de Vichy priorité du PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie), membre du groupement SAGESS rend compte aussi de cette dynamique. L'activité moyenne pâtit quelque peu de cet état de fait et se exprime par un déficit de journées.

### **1.2.3 Des enjeux institutionnels à prendre en compte**

Edictés dans le cadre de mon recrutement, ils se articulent autour de trois axes que je vais successivement aborder.

- Relance de l'activité de l'dEM Thésée, un établissement adapté aux besoins des usagers

Les conditions matérielles d'accueil caractéristiques d'un établissement relativement récent regroupant en son sein tous les équipements nécessaires (même si certains doivent être renouvelés ou réhabilités pour répondre aux avancées technologiques et/ou réglementaires) d'une part et les compétences reconnues des professionnels dont l'expertise technique est indéniable d'autre part constituent le préalable à un établissement à fort potentiel. Une offre de service sur un mode institutionnel, unique sur le département, renforce un peu plus cet aspect.

Cependant, la fréquentation de la structure témoigne d'une sous-activité régulière se exprimant dans un déficit de journées récurrent. L'activité est donc à développer.

- Une nouvelle gouvernance associative à intégrer.

Les évolutions associatives symbolisées par la création du GCSMS SAGESS et qui s'inscrivent dans la droite ligne de la commande des politiques publiques impactent directement les établissements. Elles s'accompagnent de réorganisations, de modifications d'orientations politiques, d'apparitions de nouveaux interlocuteurs. Ces changements nombreux et de natures différentes peuvent questionner les équipes, les insécuriser et nécessitent un accompagnement de la part de la direction.

- Des relations partenariales et une ouverture institutionnelle à développer

L'IdEM Thésée souffre d'une image écornée auprès des autorités de contrôle et de tarification car les relations entre ces instances officielles se sont construites sur le mode de la méfiance. Le coût important de cette structure, l'instabilité des directions, les péripéties associatives, ont en effet altéré le lien de confiance et la qualité de la collaboration entre l'institution et la DDASS puis la DT ARS. Parallèlement, les interventions de certaines familles auprès de la MDPH, mécontentes de la prise en charge proposée par l'IdEM ont contribué à faire émerger des points de tension entre l'établissement et cette instance.

Le fonctionnement de la scolarité en interne et la frilosité à utiliser les dispositifs scolaires de proximité ont mis à mal les relations avec l'inspection académique. Des conflits de personnes sur des bases d'oppositions politiques ont contrarié les échanges avec les responsables locaux.

Les relations avec les services médico-sociaux de proximité SESSAD sont insuffisantes.

Une vision réductrice des orientations à la sortie de l'IdEM, ne évoquant que trop rarement l'insertion professionnelle, ont contribué à l'absence de relations avec les ESAT de la région.

La méconnaissance locale de l'IdEM constitue une variable préoccupante ..

Cette liste non exhaustive prouve la nécessité de travailler à la fois l'ouverture de la structure à et sur son environnement et la qualité des relations partenariales.

« L'ouverture des établissements sur l'environnement est devenue indispensable pour permettre aux personnes accueillies de maintenir ou de restaurer leurs liens familiaux et sociaux et d'exercer leur citoyenneté. Pratiquer l'ouverture, c'est aussi contribuer au décroisement du secteur social et médico-social, questionner l'organisation interne, faciliter l'accès des personnes aux ressources du territoire et offrir une transparence qui participe de la prévention des risques de maltraitance. »<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> ANESM décembre 2008 « Recommandation de bonnes pratiques professionnelles » Ouverture de l'établissement à et sur son environnement.

## 1.3 Diagnostic institutionnel

### 1.3.1 Le rééducatif et l'éducatif : un mariage impossible

- La rééducation comme modèle dominant à Thésée

Dans la lignée de l'IME de Montord créé par un médecin, le soin se affirme comme modèle dominant au sein de l'EM. En effet, Thésée présente une équipe rééducative forte composée de 6.25 ETP pilotée par un cadre kinésithérapeute, sous le regard des membres de l'équipe médicale (médecins généralistes, psychiatre, médecin de rééducation fonctionnel) pour 0.710 ETP et supervisée par deux psychologues pour 1 ETP. Cette équipe impose sa vision de l'accompagnement. Le profil du public accueilli incite à adopter ce regard. Il représente aussi une certaine garantie face aux familles car il apparaît difficile de s'opposer à des arguments médicaux techniques pour des parents parfois démunis. La persistance de ce modèle historique peut également trouver son origine dans la généalogie de cette institution, à l'instar de Auguste COMTE qui disait à ce propos que : « les morts gouvernent les vivants »<sup>22</sup> Il ajoutait que : « l'hérédité est donnée, l'héritage se cherche. La culture attend donc de nous une réinvention, une réappropriation »<sup>23</sup> Une belle idée pour motiver une évolution institutionnelle. On pourrait à cet égard utiliser la métaphore du palimpseste qui concerne un objet qui se construit par destruction et reconstruction successive, tout en gardant l'historique des traces anciennes.

- L'accompagnement éducatif à redéfinir

L'équipe éducative se compose de 24 professionnels, pour 23.3 ETP, aux qualifications différentes, organisés en équipes pour encadrer les 4 groupes de jeunes constitués. Un éducateur spécialisé responsable par groupe et une équipe d'aides médico-psychologiques. D'autres personnes membres de cette équipe interviennent de manière transversale (sur l'ensemble des groupes) comme peut le faire par exemple l'éducatrice sportive. Les quatre éducateurs spécialisés se partagent la référence des usagers. Pour animer cette équipe, un chef de service éducatif membre de l'équipe de direction. Les personnels éducatifs disposent de ressources évidentes et larges mais leur capacité d'influence est mise sous le teignoir des orientations rééducatives médicales et psychologiques. Les décisions éducatives prises par le responsable éducatif ne sont pas toujours pertinentes. Elles sont parfois arrêtées sans aucune concertation avec les membres de l'équipe médicale, rééducative et psychologique. Ainsi, le choix d'une

---

<sup>22</sup> GRUILLOT E mars 2002 « Petite chronique de la vie comme elle va » Condé sur Noireau, éditions Seuil, 167 pages p158

<sup>23</sup> GRUILLOT E mars 2002 « Petite chronique de la vie comme elle va » Condé sur Noireau, éditions Seuil, 167 pages p164

activité éducative pour un enfant ou la programmation du retour en famille d'un autre jeune peuvent être organisés sans tenir compte des impondérables médicaux (continuité de la prise en charge rééducative au domicile) et des incidences psychologiques dans le choix d'une activité. Elles ont pour effet de fragiliser un peu plus l'équipe éducative en la discréditant. Le pouvoir de ces personnels est donc jusqu'à présent limité, mais pourrait être renforcé par certains projets pour peu qu'ils soient habilement soutenus par leur cadre hiérarchique. Ces professionnels expriment très souvent leur mal-être par le biais des instances représentatives du personnel (DUP) pendant les ateliers d'Analyse de la Pratique Professionnelle (APP) et les groupes d'expressions (art. L. 461-1 et suivants du Code du Travail). Ils montrent une certaine lassitude car leurs revendications ne sont pas entendues jusqu'à présent. Les réunions éducatives hebdomadaires ne leur permettent pas d'aborder ces questions car elles se focalisent sur l'aspect organisationnel. Ils réagissent par un faible engagement, une capacité d'initiative et de créativité limitée. Ils se contentent le plus souvent de changer sur des modalités propres à l'organisation (horaires, matériels, transport...). Si les intentions des soignants sont clairement définies, celles des professionnels du secteur éducatif ne le sont pas suffisamment et affectent sans aucun doute le sens de leurs actions.

- L'autonomie des usagers comme zone possible de convergence

Les missions inhérentes à l'accompagnement proposé par la structure que définit le cadre réglementaire et qui sont reprises et précisées dans le projet institutionnel, évoquent l'autonomie des usagers. L'autonomie représente une dimension largement développée dans les écrits traversant le champ du handicap. L'utilisation régulière de ce concept en altère un peu le sens ou en tout cas l'assouplit et élargit par conséquent à tort ou à raison son champ de définition. Pour la question qui nous intéresse, cette volatilité du sens peut jouer en notre faveur car elle permettrait de rassembler sous une même bannière les rééducateurs et les éducateurs concourant ensemble au développement de l'autonomie des usagers. Pour les premiers, il s'agirait par exemple de poursuivre une rééducation en privilégiant l'autonomie dans les déplacements et les transferts, pour les seconds il conviendrait de mettre en œuvre les moyens nécessaires au développement de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. Cette remarque a valeur d'exemple et montre que des professionnels qui poursuivent à priori des buts spécialisés concurrentiels peuvent dans le dialogue définir des bases communes d'action et des espaces communs d'expression pour répondre aux besoins des usagers accueillis.

### **1.3.2 Les alliances et stratégies renforçant le système d'actions concret**

- L'approche clinique dévoyée

La succession des directeurs depuis l'ouverture de l'EM (4 directeurs différents depuis 1995) a favorisé l'installation d'une dynamique décisionnelle en marge du pouvoir hiérarchique. Il est à noter, qu'il n'existait à mon arrivée pas d'organigramme détaillé. Les professionnels de l'équipe médico-psychologique (1 psychiatre et 2 psychologues), disposent de ressources importantes qui recouvrent le savoir technique, la capacité d'influence, la maîtrise de l'information et/ou la capacité d'analyse à l'exception du pouvoir hiérarchique. Leur action s'inscrit dans une histoire institutionnelle qui leur a permis d'acquérir une capacité d'influence importante. En effet, il est habituel que toutes les décisions soient soumises à la critique psychologique de ces cadres techniques avant application. Leur expertise psychologique suffisait jusqu'alors pour l'adoption ou le refus d'un projet car ils ont su mettre en œuvre une légitimité portée par la direction précédente. Leur omniprésence dans les différentes réunions techniques amplifie cette influence qui est devenue hégémonique au détriment le plus souvent du point de vue éducatif. Il est à préciser qu'ils participent ensemble aux réunions de direction et utilisent cet espace pour défendre leur point de vue sans réelle opposition ou remises en questions de la part des autres cadres. Ces psychologues entretiennent un fonctionnement institutionnel déconnecté de la réalité du contexte ambiant et centré sur l'institution. Leur pratique est devenue à ce titre une idéologie libertaire qui a participé à enfermer l'institution sur elle-même.

- Des relations externes sélectives renforçant un fonctionnement autarcique et favorisant la pérennité du fonctionnement établi.

Les partenariats existants concernent surtout le domaine médical. Ils se concentrent sur le traitement des pathologies et sur les évolutions techniques en la matière. Un médecin spécialiste de la rééducation fonctionnelle intervient ainsi sur la structure tous les mois. Une pédiatre rattachée au Centre Médical Infantile (CMI) de Romagnat (63) rencontre les professionnels médicaux et paramédicaux tous les deux mois pour apporter un éclairage spécialisé. Une convention avec l'école de kinésithérapie de Vichy favorise un partenariat riche autour de l'accueil des stagiaires et l'actualisation des connaissances théoriques des praticiens institutionnels, les échanges réguliers avec les services de pédiatrie des hôpitaux départementaux participent au développement d'une connaissance et reconnaissance mutuelle. Ces partenariats sont efficaces et apportent crédibilité et légitimité aux personnels concernés. Ils consolident le pouvoir du secteur médical et paramédical dans l'organisation car ils renforcent chez les professionnels le sentiment d'expertise en détenant le savoir suffisant au traitement des pathologies des usagers. Au niveau pédagogique, des partenariats existent avec les établissements scolaires du bassin de Saint Pourçain sur Sioule ULIS au Lycée local et SEGPA dans un collège situé à une vingtaine de kilomètres. Ils restent cependant marginaux car vécus comme

secondaires par les personnels des équipes médicales, paramédicales et médico-psychologiques. Ils engendrent des contraintes logistiques pointées comme incompatibles avec les prises en charges de soin.

Ils confrontent de plus les usagers à des difficultés importantes réelles ou imaginaires anticipées par les psychologues qui évoquent le regard des autres, les difficultés cognitives, la fatigue, qui vont générer une souffrance psychique inutile.

Les professionnels de l'équipe éducative sont centrés sur leurs pratiques institutionnelles et ont développé très peu de partenariat qui, lorsqu'ils existent, donnent exclusivement lieu à des actions en interne. (Exemple : convention avec l'association « musique vivante »)

Les relations avec les familles sont rarement sereines. La dissymétrie entre parents et institution est réelle. « Il est donc inévitable que la relation des institutions éducatives aux familles se présente sous la forme d'une confrontation qui oscille selon leur statut social entre la collaboration, la soumission et l'hostilité ». On retrouve ce schéma pour l'ensemble des familles même si la variable statut social évoqué par GAYET<sup>24</sup> ne paraît pas pertinente à l'EM. Néanmoins, la prévalence de l'image de parents dans l'incapacité de occuper correctement de leurs enfants est tangible et portée par les psychologues de la structure. La tentation est alors grande de maintenir les parents à distance car parallèlement, le travail de co-construction associant famille et institution est présenté comme vain. L'avisibilité locale de la structure est criante et participe à entretenir un fonctionnement autarcique et protectionniste. A ce titre, les relations avec les élus et le tissu associatif de proximité sont inexistantes et l'établissement est souvent confondu avec un FAM, voisin plus ancien dépendant de la fonction publique hospitalière attentif à son image (communication via la presse locale, organisation de manifestations grand public )

- Une organisation institutionnelle favorisant la stabilité du système

Chaque usager dispose d'un emploi du temps individualisé au quart d'heure près, qui sert de repère à l'organisation collective de l'établissement. Il reprend les séquences de rééducations, de classes, d'ateliers éducatifs. L'emploi du temps des professionnels est lui-même complexe et se présente de la même manière avec des roulements sur 12 semaines pour les AMP. Les changements sont difficiles et générateurs de bouleversements en cascade peu maîtrisables. Tout salarié absent était d'ailleurs systématiquement remplacé par une personne spécialement embauchée en CDD. Cette organisation complexe, articulant fonctionnement institutionnel et prise en charge individualisée, trouve pour la majorité des professionnels sa justification dans la

---

<sup>24</sup> GAYET D, 2006/2 « Familles et institutions » Connexions n°86 pp. 13-22 - page 19

particularité du public accueilli. Cependant, cette déclinaison produit une inertie importante de l'organisation, contrarie toute initiative et interdit toute influence extérieure. Les seules ressources mobilisables correspondent à celles présentes sur l'IdEM. Pour les autres comme celles qui développeraient la sensibilisation au monde du travail (axe essentiel pour préparer l'insertion sociale future des usagers de l'établissement), elles ne sont que très peu abordées. Le changement est à ce titre difficilement envisageable. Cette organisation institutionnelle reflète également une vision particulière de l'usager et de son devenir. Elle constitue une réponse aux besoins des usagers perçus comme prioritaires. Elle escamote les aspects préprofessionnels présentés comme secondaires et par la même décide arbitrairement que les usagers sont dans l'incapacité de s'engager dans ce type de parcours.

### **1.3.3 Des acteurs favorables au changement dans un contexte réglementaire porteur**

- Les usagers et leurs familles

Les modalités favorisant l'expression des usagers sont nombreuses à l'IdEM. Les étapes préparatoires à la synthèse et les réunions du CVS proposent des espaces d'expression privilégiés. Les usagers utilisent ces moments à bon escient pour exprimer leurs attentes personnelles ou relayer la parole de leurs pairs autour de l'organisation générale de l'établissement. Sont en particulier ainsi évoqués le contenu des prises en charge pour les plus âgés et leur avenir après leur passage à Thésée. Ce sujet, source d'inquiétude, révèle la qualité du parcours antérieur. Ce parcours qui associe les différents axes de prise en charge : éducatif, thérapeutique, rééducatif et pédagogique se déroule majoritairement exclusivement au sein de la structure spécialisée. A ce titre, parmi les 36 usagers accueillis, un seul est engagé dans un parcours de scolarisation adaptée en SEGPA lui permettant de participer ponctuellement à des activités techniques. Un autre jeune partage son temps entre l'IdEM et l'IdME l'Aquarelle (IME avec une section d'initiation et de première formation professionnelle) dans lequel il découvre l'atelier « Espace vert ». Quelques jeunes affichent l'envie de découvrir des métiers ou de s'engager un parcours de formation professionnelle. Ce sont les plus âgés d'entre eux (18 ans et plus) qui demandent un autre accompagnement que celui proposé à l'IdEM qu'ils jugent, pour ce qui concerne les apprentissages, peu intéressant et parfois infantilisant. Ils sont donc pour les plus anciens favorables à une évolution sensible du mode d'accompagnement proposé qui revêt pour eux un enjeu important. Les parents se sont regroupés et ont constitué un collectif nommé « Thésée ». Ce collectif a pour vocation de rassembler les parents des enfants accueillis, de proposer du soutien aux familles en difficulté, de mettre à leur

disposition des informations, de participer à la vie de l'institution en interpellant la direction en cas de besoin sur des sujets qui les préoccupent. Si ce collectif a quelques difficultés à fédérer la majorité des parents, il existe et s'exprime. Pour ces parents, la perspective d'un parcours adapté et varié est un enjeu de taille car il représente une alternative plus valorisante qu'une prise en charge centrée sur le soin et le bien-être et multiplie les possibilités d'orientation à la sortie de l'EM.

- Les membres de l'équipe éducative

Ces professionnels sont, à l'EM Thésée, généralement favorables aux projets vecteurs de changement. Ils représentent pour eux une ouverture sur un autre possible en matière d'accompagnement éducatif. A ce niveau, les projets qui associeraient l'ouverture sur l'extérieur, le développement des actions éducatives privilégiant l'autonomie sociale leur permettraient également de sortir des schémas habituels de prise en charge focalisés sur le soin. Ils mettraient en exergue la dimension éducative de la prise en charge globale sur l'institution et valoriseraient les équipes concernées. Plusieurs pistes sont à explorer à ce niveau. Elles pourraient par exemple concerner des échanges avec le centre de loisir de la communauté de communes de Saint Pourçain sur Sioule ou des actions avec l'association musicale de la ville.

Ce type de projets représente des supports de communication intéressants entre les éducateurs la famille et les partenaires extérieurs. La conduite de tels projets offrirait à ces professionnels l'opportunité de travailler dans une relative autonomie avec la confiance de leur cadre hiérarchique. C'est important en terme de management dans un contexte où les équipes « ..estiment que la confiance qui leur est accordée est faible, leur capacité de créativité étouffée »<sup>25</sup>.

- Un contexte réglementaire favorable au changement

Le projet de SROMS établi en décembre 2012 souligne comme axe prioritaire : «Améliorer la fluidité des parcours de vie et de soins pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap »<sup>26</sup>

Le projet de SROMS énonce ainsi clairement une volonté politique de inscrire les personnes handicapées dans un parcours scolaire et préprofessionnel menant à l'emploi. Pour cela, il invite à s'appuyer sur toutes les ressources existantes du territoire qu'il s'agisse des établissements médico-sociaux ou des établissements scolaires dans un partenariat soutenu permettant les échanges de compétences (personnels) et de

---

<sup>25</sup> KNOLL C 2 décembre 2011 « Réhabiliter un management porteur de sens » ASH n° 2735, pp 30-32, page 31

<sup>26</sup> SROMS Auvergne page 28

ressources (plateaux techniques) entre chaque instance. Par ces orientations, le SROMS invite l'IdEM à s'appuyer sur les réseaux de proximité, à développer les actions d'insertion sociale et professionnelle. Un véritable changement de paradigme pour la structure.

Parallèlement, le projet de SROMS encourage la création de GCSMS : « Les coopérations doivent permettre de mieux répartir les rôles entre les différentes institutions et améliorer la coordination des acteurs des secteurs tant du champ médico-social que sanitaire, libéral, social et de la prévention. » L'association étant engagée très tôt dans la voie d'un GCSMS, elle a non seulement anticipé la commande publique mais a également utilisé ce GCSMS pour développer d'autres procédés : mutualisation de moyens et rapprochement des établissements du groupement au service des projets individualisés. Cette démarche favoriserait par exemple la mise en place de parcours individualisés adossés aux services spécifiques fournis par les structures existantes. Exemples possibles des partenariats à intensifier : avec l'Aquarelle, l'IME avec une section d'initiation et de première formation professionnelle pour l'accueil de jeunes de l'IdEM, avec le SESSAD de Vichy pour l'accueil progressif des usagers à l'IdEM ou la mise à disposition du plateau technique, avec des ESAT pour l'adaptation aux publics accueillis ( )

Un récent texte fixe les échéances réglementaires en lien avec la démarche d'évaluation (cf : CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux). Il oblige ainsi les équipes à relancer ou entretenir leur démarche d'évaluation tout en modifiant le projet institutionnel en conséquence. Le projet institutionnel questionné dans sa pertinence par la démarche d'évaluation devra naturellement s'adapter aux évolutions du secteur, de la gouvernance associative et du territoire.

Les orientations politiques représentent au moins sur ces trois aspects : valorisation des parcours des usagers, encouragement des GCSMS et des mutualisations, mise en œuvre du calendrier de la démarche d'évaluation, un contexte favorable pour le changement à l'IdEM Thésée. En effet ces orientations interrogent les pratiques en cours dans la structure et fixent le cap à suivre. La démarche d'évaluation qui s'impose pourrait mettre les équipes en réflexion sur le sens de leurs actions en lien avec un contexte qui évolue.

Par cette première partie j'ai souhaité décrire la situation, le plus précisément possible, en rappelant l'histoire du handicap, le cadre réglementaire, une présentation de l'IdEM et des

enjeux qui lui sont liés, les caractéristiques de la population accueillie, les particularismes de la structure en lien avec le contexte environnemental.

Par ce diagnostic, j'ai montré qu'au sein de l'IdEM Thésée, le soin prime sur les autres dimensions de la prise en charge, que cette orientation qui se explique par l'histoire et l'isolement relatif de la structure, a des conséquences sur la dynamique institutionnelle interne, sur la nature des relations avec les familles et sur les choix de prise en charge.

Le contexte règlementaire favorable au changement et les acteurs qui le soutiennent sont autant de opportunités à saisir.

Dans ce contexte, pour initier le changement à l'IdEM, j'utiliserai le levier de l'évaluation interne.

La partie qui suit proposera une approche plus théorique en lien avec l'évaluation et la collaboration pluridisciplinaire. Ces approches permettront de montrer l'intérêt de la démarche d'évaluation interne dans ce contexte institutionnel particulier, pour donner à la collaboration pluridisciplinaire un nouvel élan vecteur de changement.

## 2 L'évaluation interne pour une meilleure collaboration pluridisciplinaire : approche conceptuelle

La déclinaison des concepts et notions qui va suivre abordera successivement, l'histoire de l'évaluation et l'évaluation appliquée au champ médico-social, la collaboration pluridisciplinaire sous l'angle des identités professionnelles et enfin les bien-fondés de la démarche d'évaluation comme outil de médiation favorisant une meilleure collaboration entre les professionnels.

### 2.1 L'évaluation

#### 2.1.1 Histoire de l'évaluation des politiques publiques

- Dans les pas de la planification : l'évaluation

Il apparaît difficile d'évoquer l'évaluation sans faire référence à la planification car dans le cadre des politiques publiques, elle a précédé l'évaluation. Initiée par Jean MONNET sur les scories de la seconde guerre mondiale, la planification à la française se voit dotée d'un organisme ad.hoc via le Commissariat Général au Plan porté sur les fonts baptismaux par le décret du 3 janvier 1946. Structurée en plans quinquennaux ayant pour objet de réaliser des prévisions en matière économique et de dérouler un plan d'actions, la planification a connu ses heures de gloire dans un contexte sociétal favorable où la question des ressources ne se posait pas. Si les premiers plans sont exclusivement des plans de reconstructions, les suivants de 1962 à 1975 se concentrent sur la croissance et le développement économique et social. Le VI<sup>ème</sup> plan 1971/1975 se rattache ainsi au développement de la solidarité pour promouvoir les individus et veiller à leur autonomie professionnelle et sociale.

Cette logique de planification est impactée par les restrictions budgétaires consécutives aux chocs pétroliers. La planification devient un exercice périlleux et doit changer de paradigme. Elle fonctionne à partir de 1976 par Projets d'Actions Prioritaires, jusqu'à être réformée en 1982 pour devenir sélective et stratégique se concentrant sur des Grandes Actions et des contractualisations qui initient des partenariats nouveaux (Etat - région, Etat . collectivités territoriales .). Ces missions se recentrent sur le développement social. Le XI<sup>ème</sup> plan s'intéresse aux raisons qui engendrent l'exclusion, mais il ne sera pas mené à son terme.

Les balbutiements de cette planification modifient alors de fait les missions du Commissariat général au plan qui deviennent politiques avec une visée prospective. Il est remplacé le 27/10/2005 par le Centre d'Analyse Stratégique qui a pour objet la veille, l'expertise et l'aide à la décision sur un champ très vaste touchant l'économie et les questions de société.

Parallèlement l'évaluation s'invite dans les pas de cette planification. En 1985, le commissariat général au Plan indique : « Evaluer une politique, c'est dire dans quelle mesure ses objectifs ont été atteints, et à quel prix ; c'est aussi analyser les raisons pour lesquelles les objectifs ont été atteints, ou ne l'ont été qu'en partie ».<sup>27</sup> Elle en constitue même une des étapes puisque chaque nouveau plan débute par l'évaluation du précédent. Issue de l'évolution des modèles économiques dans les années 80, l'évaluation est une réponse à un changement de logique qui prévaut dans le paysage économique, à savoir le passage d'une logique de moyens à une logique de résultats. C'est aussi une réponse à la nécessité qui s'impose au monde politique, en perte de légitimité, de justifier ses options en développant un argumentaire solide (cf. petit guide de l'évaluation par le CSE). Cette démarche intervient tardivement en Europe en comparaison avec ce qui se joue aux USA où l'évaluation est un élément incontournable du secteur économique depuis les années 30 avec une visée normative.

En France l'évaluation voit politiquement le jour grâce au décret n°90-82 du 22 janvier 1990 qui crée le Comité interministériel de l'évaluation, un Conseil scientifique de l'évaluation et qui définit l'évaluation d'une politique publique dans son article 1<sup>er</sup> : elle a pour « objet de rechercher si les moyens juridiques administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés ». Le comité interministériel de l'évaluation est remplacé en 1998 par le conseil national de l'évaluation créé par le décret n°98-1048 du 18 novembre. Le 1<sup>er</sup> article de ce décret donne une nouvelle définition de l'évaluation : « L'évaluation d'une politique publique a pour objet d'apprécier l'efficacité de cette politique en comparant les résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre ». Ce décret souligne aussi dans son 2<sup>ème</sup> article la complémentarité du conseil national de l'évaluation avec le Commissariat général au plan. Les acteurs de l'évaluation se fédèrent au sein de la Société Française d'Évaluation qui fixe des règles déontologiques de cette pratique afin de garantir que « le jugement sur la valeur ne se transforme en jugement de valeur ».<sup>28</sup>

Evaluer impose aux acteurs une posture adaptée et une technicité spécifique. Ce point de vue est essentiel car il donne aux évaluateurs une certaine latitude, on parle de « zone d'autonomie » qui s'exprimera dans une collaboration qui validera à la fois la méthode choisie et entérinera les résultats.

---

<sup>27</sup> B CARLON L'évaluation des politiques publiques, Territori  
[www.resovilles.com/media/downloads/.../eval\\_carlon300408.pdf](http://www.resovilles.com/media/downloads/.../eval_carlon300408.pdf)

<sup>28</sup> DEPOORTER P, 2006/1 « Regard sur l'évaluation », Les cahiers dynamiques n°37, pages 8-

- La démarche évaluative : définition et aspects méthodologiques

Selon le dictionnaire actuel de l'éducation, l'évaluation c'est « l'opération qui consiste à estimer, à apprécier, à porter un jugement de valeur ou à accorder une importance à une personne, à un processus, à un événement, à une institution ou à tout objet à partir d'informations qualitatives et/ou quantitatives et de critères précis en vue d'une prise de décision.

Évaluer, c'est comprendre, éclairer l'action de façon à pouvoir décider avec justesse de la suite des événements. »<sup>29</sup> Cette définition, suffisamment généraliste, traduit avec pertinence ce qu'est l'évaluation.

La démarche évaluative au sein d'une organisation, en référence à la définition qui précède, se déroule selon une méthodologie applicable à tous les secteurs d'activité. On peut ainsi définir une succession d'étapes clefs.

1. *L'engagement de la démarche* : Elle permet à l'initiateur de la démarche de définir les modalités, la forme d'organisation choisie (exemple : groupes de travail), la périodicité des réunions et l'information du personnel.
2. *L'état des lieux et le diagnostic* : qui consiste en une description fine et critique de la situation. Cette étape nécessite d'avoir préalablement élaboré un système d'information approprié pour le recueil de l'ensemble des données.
3. *La constatation des écarts* : C'est une étape analytique, qui en référence à des normes, un standard, un référentiel, décrit ce qu'on aurait été en droit d'attendre d'une action définie. Cette étape suppose à minima la construction d'un référentiel.
4. *L'analyse* : Elle représente l'étape d'interprétation. C'est l'étape qui compare l'étape diagnostic à la phase analytique. Elle permet de mesurer et d'interpréter les écarts entre ce qui existe et ce qui devrait exister.
5. *Le plan d'amélioration* : Cette ultime étape représente celle qui permet de décider dans un processus proche d'une véritable démarche qualité. Elle propose des solutions de réduction des différences entre la phase 2 et 3 par la construction d'un plan d'amélioration. Cette dernière étape sera elle-même évaluée dans une logique de « vis sans fin ». On perçoit à ce stade l'articulation, la dialectique entre l'évaluation d'une part et la démarche qualité d'autre part. L'évaluation puise à la source du référentiel construit par les acteurs eux-mêmes. La démarche qualité est une démarche « d'origine industrielle qui se propose d'étalonner la qualité d'un produit à partir d'un référentiel stable qui énumère ses constituants, leurs qualités respectives, les traitements qu'on leur fait subir »<sup>30</sup> tâche aisée car le produit attendu appartient au monde des choses.

<sup>29</sup> LEGENDRE R. in Dictionnaire actuel de l'éducation, 1993 - GUÉRIN / ESKA.

<sup>30</sup> J LADSOUS, 2006, « Oui à l'évaluation, non à la Démarche Qualité », revue VST n° 92 pp 43-52

Si chaque phase de ce travail demande une attention particulière, l'étape de élaboration du référentiel représente la clef de voûte de ce processus. La construction de ce socle commun qui dans le monde industriel est transposable et normatif, répondant à des exigences codifiées qui participent à la certification d'un produit, semble difficilement transférable à l'identique dans le champ médicosocial. Le but poursuivi par le référentiel sera tout autre car il paraît bien impossible d'épurer par ce processus la complexité de l'existence. Néanmoins on peut à l'instar de M LAFORCADE, penser que l'utilisation du référentiel dans le champ médicosocial « ..permet de sortir de l'indiscernable, d'objectiver et de dépasser la phase incantatoire, elle permet aussi d'essayer de sortir autant que possible de la subjectivité de tel ou tel, le responsable, ou le directeur par exemple qui interrogerait le droit d'évaluer à l'aune de ses propres références, la plupart du temps non écrites ou simplement intuitives ». <sup>31</sup>

- Evolution de l'évaluation et apparition de la prospective

L'évaluation, comme nous l'avons vu précédemment, a puisé sa force dans les limites de la planification au sein d'un univers macro-économique complexe. L'évaluation s'impose pour aider à la décision, améliorer l'efficacité des procédures, abandonner les dispositifs inutiles, généraliser des principes

Cependant, l'évaluation ne nous donne pas de lecture sur l'avenir, elle permet tout au plus de contribuer à se saisir du présent dans les meilleures conditions possibles. Elle n'a pas de fonction anticipatrice.

Forte de ce constat, la Société Française d'Évaluation se fait l'écho des évolutions propres à l'évaluation. A ce titre, elle présente de nouvelles techniques spécifiques en marge d'une évaluation formative ou sommative pour une évaluation dynamique intitulée : évaluation évolutive.

Cette forme d'évaluation s'applique aux situations marquées par l'incertitude et la complexité. Elle a pour ambition de soutenir le stade initial de l'innovation dans un environnement complexe. <sup>32</sup>

Aujourd'hui, dans un contexte incertain et mouvant, l'anticipation éclairée constitue un atout incontestable. La prospective à ce titre s'impose en complémentarité de l'évaluation. « Il est possible de définir la prospective comme une démarche à caractère scientifique

---

<sup>31</sup> M LAFORCADE novembre- décembre 2003 «L'Évaluation et la Démarche Qualité . Face au défi de la complexité» cahier de l'Actif n° 330-331 pp. 71-82 p 80

<sup>32</sup> 15 Septembre 2011 : Evaluer : démêler la complexité des politiques publiques, journées d'étude du club SFE-PACA p 15

qui explore les futurs possibles sur une base scientifique ». <sup>33</sup> On imagine son application dans le secteur médicosocial qui se équipe de nouveaux dispositifs contractuels type CPOM demandant une vision projective. Elle témoigne également de la nécessité pour les directeurs d'établissement de développer une culture stratégique qui doit aussi s'exprimer dans la dimension managériale comme nous le verrons plus loin.

## 2.1.2 L'évaluation dans le champ médico-social

- Genèse de l'évaluation dans le champ médico-social

Le contexte macroéconomique détermine la nature même des politiques publiques. A cet égard il influence celles qui concernent le champ médico-social. L'avènement de l'évaluation dans ce champ spécifique découle de ce processus. Lin GRIMAUD évoque à ce titre, en référence au philosophe FUKUYAMA, un contexte globalisé dit de mondialisation qui promeut la rationalité en idéologie dominante. <sup>34</sup> Pour J DONZELOT <sup>35</sup>, l'arrivée de l'évaluation dans le champ médicosocial donne à ce secteur une nouvelle dimension : du social charitable puis social militant au « social de compétition ». Parallèlement à cette évolution historique, la notion d'évaluation rattachée au secteur médico-social se est progressivement manifestée dans l'évaluation de l'action au plus près des usagers. A ce titre, elle n'est pas une composante nouvelle puisqu'elle a surgi dans notre secteur par l'intermédiaire de multiples tentatives : développement d'outils particuliers, grille d'évaluation, Référentiel d'Observation des Compétences Sociales <sup>36</sup> . Elle se est à ce niveau largement inspirée des expériences menées outre Atlantique dans les années 80 au Québec (valorisation des rôles sociaux). <sup>37</sup> Pour reprendre le cours de l'histoire en rétrécissant notre angle de vue à un champ proche du nôtre : le secteur sanitaire ; on note que dès 1990, *la réforme hospitalière* a instauré la mise en place de l'évaluation médicale, qui s'est notamment concrétisée par la création de l'Agence nationale de l'évaluation médicale (Andem). Les ordonnances JUPPE en 1996 ont rendu obligatoire pour tous les hôpitaux l'obtention d'une accréditation, conditionnée à leur capacité à apporter la preuve de leur conformité par rapport aux normes de structure et

---

<sup>33</sup> BARREYRE JY, BOUQUET B, CHARTREAU A, LASSUS P, 2006 in « Nouveau dictionnaire critique d'action sociale », Paris, Edition BAYARD p 461

<sup>34</sup> GRIMAUD L, 2007/4 Démarche « Qualité et crise des représentations » EMPAN n°68 pp28-34. p 31

<sup>35</sup> DONZELOT J, 2003 in « Faire société La politique de la ville aux Etats-Unis et en France. », Paris, Seuil, 364 pages

<sup>36</sup> DANANCIER J 2011 « Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif Rocs, référentiel d'observation des compétences sociales » Collection: Action Sociale, Paris, Dunod 192 pages

<sup>37</sup> La valorisation des rôles sociaux théorisée par le professeur W WOLFENBERGER est un ensemble de procédures qui vise à développer les aptitudes (compétences) et à améliorer l'image d'un individu en utilisant, dans la communauté, des moyens culturellement valorisés en rapport avec son âge et son sexe

en lien avec les processus développés par l'Agence nationale d'évaluation et d'accreditation des soins, l'ANAES créée en 1997 par le décret 97-311

Ces évolutions dans le secteur sanitaire résonnent aujourd'hui comme la répétition générale de ce qui se déroulera par la suite dans le secteur médico-social. En effet quelques années plus tard, la loi 2002-2 par son article 22 pose clairement le principe d'évaluation.

On peut en résumé avancer que l'évaluation dans le champ médico-social résulte de la conjonction de l'évolution de notre société, de l'inspiration du modèle sanitaire mais aussi de l'évolution du statut de l'usager établi par la loi 2002-2.

- L'évaluation fait-elle toujours débat ?

Les résistances qui ont marqué le début de la mise en œuvre de l'évaluation dans le champ médico-social représentent un cas de la résistance au changement. Etudiée dans le cadre de la psychosociologie, la résistance au changement s'expliquerait par la nécessité de recherche d'équilibre, d'homéostasie, pour chaque être humain : toute tentative de déséquilibre provoquant une réaction inverse et de force équivalente pour assurer la pérennité de l'équilibre. Cette recherche d'homéostasie traduit un besoin nécessaire de sécurité.

Dans le champ du médico-social, la frilosité à recourir naturellement à l'évaluation s'apparente à une forme de résistance au changement. Elle s'enracine tout d'abord dans l'histoire du secteur qui, pour Saul KARSZ<sup>38</sup>, est issue d'un modèle caritatif prônant la charité ne demandant à ce titre aucune justification. « Faire le bien des autres » ne demande en soi que la bonne volonté de l'intention et la beauté du geste auxquelles s'associe l'indéfectible certitude d'être dans le vrai.

Un autre regard historique proposé par Christian ROSSIGNOL souligne l'utilisation dans le secteur du « discours autojustificatif » nourri par des débats idéologiques dans les années 60, mettant à distance l'analyse de pratiques professionnelles, essentiellement empiriques. Dans les années 70, sous le regard inquisiteur d'une société nouvellement concernée par le champ médico-social, symbolisé par l'enfance inadaptée, le secteur se renferme sur lui-même « ce qui se traduit notamment par une fermeture à la recherche externe, par une neutralisation de la recherche interne et par la production accrue de discours autojustificatifs ». <sup>39</sup> L'effritement de l'Etat Providence dans les années 80 et l'avènement des modèles en lien avec l'entreprise privée renforcent la méfiance du

---

<sup>38</sup> KARSZ S, 2004 « Pourquoi le travail Social », Paris, DUNOD 161 pages, p73

<sup>39</sup> ROSSIGNOL C 29 mai 2007 « L'évaluation dans le secteur social et médico-social. Evaluation de quoi ? Comment ? Et pourquoi faire ? » CREA-PACA Corse

secteur. Le renversement des relations entre les usagers et les professionnels promu par la Loi de 2002 (vu précédemment) cristallise une certaine réticence à se livrer à l'évaluation.

Un autre phénomène alimente la résistance du secteur : l'idée d'une transposition des modèles évaluatifs du système marchand se limitant la plupart du temps à un contrôle de conformité, se référant à des critères essentiellement qualitatifs, au secteur médico-social où règne la subjectivité, relèverait pour les professionnels de la relation d'aide d'une véritable hérésie. L'apparition de bon nombre de « recommandations de bonnes pratiques » diffusées par l'ANESM sont autant de signaux pouvant être perçus comme une volonté de standardiser les interventions du secteur médico-social : « Quels que soient les ressentis, la commande politique représente bien une taylorisation du travail social par l'imposition de standards ». <sup>40</sup>

La définition même de l'évaluation et sa perception altérée par les professionnels du secteur constituent aussi un frein à son utilisation naturelle. En effet, développée concomitamment à l'avènement du renforcement des contrôles des ESMS par la loi 2002-2, la confusion s'est insinuée entre ces deux notions pourtant distinctes : évaluation et contrôle. Pour Roland JANVIER, la volonté politique explique pour une part la diffusion de ce contre-sens toujours présent aujourd'hui. Désireux de s'équiper de moyens permettant de comprendre un secteur fonctionnant dans l'opacité, les politiques ont hésité entre contrôle et évaluation, cette hésitation se traduisant par des définitions et des utilisations parfois imprécises.

Contrôle et évaluation présentent des traits de ressemblance trompeurs. La démarche de contrôle et celle d'évaluation débutent toutes les deux par un diagnostic. De quoi entretenir aussi une certaine impression de similitude.

Et pourtant : « L'évaluation dépend de la conception que l'évaluateur de ce qu'il est chargé de mesurer, d'évaluer, d'estimer et que d'autre part, toute évaluation ne peut être qu'un acte de pensée, qui à ce titre se distingue clairement du contrôle. Evaluer c'est alors donner du sens aux résultats observés ; évaluer signifie « recueillir un ensemble d'informations suffisamment pertinentes, valides et fiables et examiner le degré d'adéquation entre cet ensemble d'informations et un ensemble de critères adéquats aux objectifs fixés au départ ou ajustés en cours de route, en vue de prendre une décision ». <sup>41</sup> ». <sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> JANVIER R 2010/2 « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : entre positivisme et systémie, l'irruption de la complexité » Communication et organisation, n° 38 pp.193-205 p194

<sup>41</sup> DE KETELE JM, ROGIERS X, 1993, in « Méthodologie du recueil d'information », Bruxelles, éditions De Boeck,

<sup>42</sup> « Evaluations des démarches et outils d'évaluations de la qualité », rapport final CTNERHI, décembre 2002 140 pages, page 15

De même, l'évaluation n'est pas un audit. « Dans le cas de l'audit et du contrôle, le système de référence est établi à partir de repères qui ne proviennent pas de l'opération à évaluer mais de normes professionnelles ou administratives. Dans la démarche d'évaluation, ce sont les acteurs en cause qui vont construire pour une part la grille de lecture utilisée pour étudier l'action. »<sup>43</sup>

Le lien héréditaire du secteur médico-social avec le secteur sanitaire, la tendance du législateur à transposer les modèles du second au premier, entretiennent la confusion autour de la terminologie usitée comme par exemple entre évaluation et accréditation. La présence à l'EM Thésée de professionnels nombreux issus du modèle sanitaire peut participer à alimenter les contresens autour de la définition même de l'évaluation.

L'histoire du secteur médico-social, sa culture, l'imprécision des définitions encadrant l'évaluation ne favorisent pas a priori son application militante dans notre secteur. On pourrait même parler d'un risque de rupture épistémologique, le champ de la qualité issu du monde industriel envahissant par son modèle le champ du médico-social. A cet égard, la démarche d'évaluation ne va pas de soi. La confrontation des identités professionnelles très différentes au sein de l'EM Thésée, qui entretiennent des rapports singuliers avec la notion même d'évaluation, complexifie un peu plus les choses. L'évaluation doit dans ce contexte être accompagnée, en marge de l'injonction réglementaire. L'effort didactique soutenu par la direction sera à ce titre indispensable. Il devra s'appliquer à donner à la démarche sa dimension réelle, en respectant les spécificités d'un secteur où seule la pensée complexe, par opposition à une pensée mécanique construite sur la relation causale, a droit de cité. Nous verrons dans la troisième partie de notre travail comment conduire cette démarche pour lui donner une dimension incontournable.

- Les effets positifs et négatifs induits en termes de management

Si la démarche d'évaluation au sein d'une organisation quelle qu'elle soit n'est pas le seul levier managérial pour initier le changement, elle peut y contribuer. A ce titre elle complétera les actions initiées par le directeur comme les nombreux outils « RH » à disposition, le projet institutionnel, la création de nouveaux dispositifs. Sans entrer dans le détail de l'intérêt et des limites de la démarche d'évaluation au niveau du management, on peut néanmoins avancer que :

- la démarche d'évaluation s'inscrit dans une dynamique de amélioration continue qui trouve sa source dans le plan d'actions découlant de la démarche d'évaluation. Elle engage les acteurs de l'organisation dans une logique professionnelle

---

<sup>43</sup> LIEVRE P, 2002, « Evaluer une action sociale, Politiques et interventions sociales », Rennes, éditions ENSP, 115 pages, page 31

nouvelle, d'interrogation de l'efficacité de l'action. Une action efficace n'en est que plus légitime. L'organisation évolue ainsi positivement.

- La démarche d'évaluation accompagne et suscite le changement. Elle est un véritable outil d'aide à la décision pour les directeurs. Dans une démarche participative que je déclinerai dans la troisième partie, elle engage les équipes dans une délibération collective et réinvestit la direction dans son rôle de décideur, de prescripteur. Au niveau de l'EM, dans lequel comme nous l'avons vu précédemment, la place du soin est centrale, le pouvoir de décision concernant le usager peut échapper au directeur qui doit affirmer son autorité en marge du pouvoir médical. L'évaluation est à ce niveau un outil indispensable qui renforce le directeur dans son pouvoir de direction.

Ces deux exemples d'effets positifs de l'évaluation, en rapport avec le management, se trouvent contrebalancés par quelques effets pervers induits : la crainte d'une évaluation contrôle, de la schématisation réductrice des effets de l'action, d'une surcharge de travail, des conséquences non maîtrisées de l'évaluation (remise en cause d'un fonctionnement, d'une organisation, etc.). Les directeurs d'établissements médico-sociaux doivent, à ce titre, osciller entre deux postures diamétralement opposées : l'angélisme béat d'une part et la défiance d'autre part ; la première attitude surestimant les effets de l'évaluation qui a ses limites. Ainsi « l'évaluation n'est pas un élément du dispositif de régulation de l'organisation ». <sup>44</sup> Elle agite plutôt qu'elle stabilise. Elle insécurise les professionnels plutôt qu'elle ne les conforte. A contrario, elle constitue un moyen efficace contre des pratiques qui auraient tendance à se cristalliser, à se scléroser.

### 2.1.3 L'évaluation aujourd'hui : de l'injonction à l'opportunité

- Des contraintes réglementaires précisées et fortes

Depuis l'article 22 de la loi 2002-2, depuis le décret du 15 mai 2007 (décret 2007-975) fixant le cahier des charges de l'évaluation externe organisée autour de trois objectifs : Porter une appréciation globale . Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne . Examiner certaines thématiques et registres spécifiques ; et apportant ainsi des précisions par rapport à l'évaluation interne, la loi HPST du 21 juillet 2009 dans son article 124 et le décret 2010-1319 du 3 novembre 2010 modifiant le CASF (article L312-8) ont défini le rythme des évaluations internes et externes. Dernièrement, la circulaire du 21 octobre 2011 apporte toutes les informations

---

<sup>44</sup> JANVIER R 2009 « Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale- communiquer, manager, organiser, agir ».Paris, Editions DUNOD 191 pages, page 78

nécessaires pour le calendrier d'évaluation. L'ARS Auvergne a demandé aux directeurs d'établissements de s'engager sur les dates d'évaluations internes et externes au regard du nouveau calendrier. Le non-respect des engagements en temps voulu expose les structures à un non renouvellement de leur autorisation au-delà des quinze années. Les organismes habilités à réaliser les évaluations externes commencent à démarcher les établissements. L'jonction est à la fois réelle et clarifiée, le dispositif d'évaluation externe est opérationnel.

- ANESM et ANAP ; évolution de l'évaluation vers la certification ?

L'ANESM et ses recommandations de bonnes pratiques nombreuses qui se situent dans une vision systémique de l'évaluation coexiste avec l'ANAP qui elle, ancre son intervention dans une vision plus économique retranscrite dans le Guide des indicateurs de 2011. Ces deux agences, qui poursuivent à priori des buts différents et qui se sont associées dans le cadre d'une convention de partenariat le 17 novembre 2010, entretiennent une proximité qui peut inquiéter à nouveau les professionnels du secteur social. La terminologie employée par la dernière et reprise dans la loi « procédures, références et recommandations de bonnes pratiques » fait alors ressurgir le démon d'une normativité enfermante, dans une logique économique propre au contexte actuel. Le développement de la certification dans notre champ médicosocial, définie par le code de la consommation<sup>45</sup>, semble être une des conséquences de cette évolution. A tel point que le législateur a précisé dans le décret 2012-47 du 31 janvier 2012 l'articulation entre l'évaluation externe et la certification donnant à cette dernière en fonction des situations une valeur équivalente. Retenons à notre niveau la pluralité des productions comme autant de points de vue différents qui enrichissent le débat.

- Une opportunité managériale adossée à la contrainte réglementaire

Les derniers textes ont précisé le calendrier de l'évaluation en fonction de la date d'autorisation. L'jonction légale est à ce titre bornée dans le temps. Les derniers textes définissent également dans le détail ce que sera l'évaluation externe. L'évaluation interne se trouve naturellement impactée. La dernière circulaire du 21 octobre schématise les conséquences de la non application en bonne et due forme des textes règlementaires menant jusqu'au refus du renouvellement de l'autorisation. Au niveau managérial, ces deux balises temporelles et formelles encadrent la démarche d'évaluation interne.

---

<sup>45</sup> *Constitue une certification de produit ou de service (...) l'activité par laquelle un organisme, distinct du fabricant, de l'importateur, du vendeur, du prestataire ou du client, atteste qu'un produit, un service ou une combinaison de produits et de services est conforme à des caractéristiques décrites dans un référentiel de certification* » (cf. l'article L.115-27 du code de la consommation).

L'engagement formalisé des directions des établissements médicosociaux auvergnats auprès de l'ARS, convoquent les équipes à fournir le travail nécessaire pour répondre à la commande dans un temps donné. Cette mobilisation par la contrainte peut avoir des effets pervers et dévoyer la mission première de la démarche d'évaluation qui se doit d'être aussi une opportunité comme nous l'avons vu précédemment.

## 2.2 Evaluation et collaboration pluridisciplinaire à l'IDEM

### 2.2.1 Des identités professionnelles plus ou moins marquées

Les identités professionnelles sont un lointain héritage du passé. Elles trouvent leurs origines dans les confréries moyenâgeuses protectionnistes pour glisser jusqu'à nos jours dans une tradition corporative plus ou moins forte. Pour J.L CHAPELLIER<sup>46</sup>, l'identité professionnelle découle de ce qui caractérise le métier : d'une part « un pouvoir de compétences spécifiques et reconnues tant par l'employeur, par les autres professionnels que par le public externe » et d'autre part « un contrôle d'accès au métier, par la légitimation de la capacité à maîtriser le contenu de la formation et les compétences requises ». Les savoirs professionnels se décomposent comme le propose J.M BARBIER<sup>47</sup>, en savoirs théoriques qui fixent le cadre de référence et en savoirs d'action qui rassemblent l'ensemble des tâches propres à une profession des plus anodines aux plus complexes. Pour compléter ces éléments constitutifs de l'identité professionnelle, j'ajouterai une dimension plus psychologique : la capacité à se reconnaître soi-même comme un professionnel exerçant un métier défini. Ce que reprend C DUBAR : « l'identité est un processus de construction et de reconnaissance d'une définition de soi qui soit à la fois satisfaisante pour le sujet lui-même et validée par les institutions qui l'encadrent et l'ancrent socialement en le catégorisant ».<sup>48</sup>

- Le personnel soignant et rééducatif

Les métiers soignants et rééducatifs, très représentés à l'IDEM, regroupent au regard de ce qui précède des caractéristiques métiers aux contours clairs qui participent à asseoir une identité professionnelle marquée pour les personnels concernés. Ils répondent aux deux traits essentiels qui caractérisent les métiers, à savoir un pouvoir de compétences reconnues par tous et un contrôle de l'accès aux professions (numerus clausus, concours). Le savoir théorique de ces professionnels ne souffre aucune contestation

---

<sup>46</sup> CHAPELLIER JL 2001/1 « Educateur : identité et formation » Pensée plurielle, N°3 p 73-78

<sup>47</sup> BARBIER J.M (dir.), 1996, « Savoirs théoriques et savoirs d'action », Paris, PUF, 305 pages

<sup>48</sup> DEMAZIERE D, DUBARD C 1997 in « Analyser les entretiens biographiques l'exemple des récits d'insertion », Paris, Nathan, 350 pages, p 49

car il émane d'un savoir scientifique éprouvé. Il se exprime en particulier dans un discours technique réservé aux seuls initiés. Les savoirs d'actions des soignants et des rééducateurs sont indéniables. Les personnels soignants et rééducatifs utilisent des techniques propres et des matériels adaptés pour exercer leurs missions. Le corporatisme de ces professions de santé contribue au renforcement de leurs identités professionnelles.

- Le personnel éducatif

Pour ces professionnels, la situation est toute autre. Si l'accès aux professions sociales est soumis à un contrôle (un des traits caractéristiques d'un métier) la reconnaissance par les autres collègues d'un pouvoir de compétences spécifiques n'est aucunement garantie. Il me semble que cette fragilité dans la définition même des métiers du social et donc dans l'affirmation d'une identité professionnelle se explique par deux raisons principales. Premièrement, des savoirs professionnels aux contours flous et aux contenus théoriques empruntés à d'autres. Comme le prétendent R MICHIT, T COMMON et H MICHIT « Dans ces conditions symboliques et pratiques, le corpus de connaissances disponibles à « l'éducation spécialisée » ne pu accéder à un champ théorique autonome et l'éducateur a reçu le rôle de soutien des soignants, des pédagogues, »<sup>49</sup> Deuxièmement, des savoirs d'actions à première vue simplistes. En effet, les éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs et aides médico psychologiques réalisent le plus souvent des tâches non spécifiques propres aux actes de la vie quotidienne : aider à se laver, à s'habiller, à manger. Ils se trouvent souvent en substituts parentaux et leurs actions éducatives semblent appartenir, dans le cadre des représentations sociales, à la sphère privée familiale ; ce qui peut entretenir la confusion autour d'un espace d'exercice professionnel très proche d'un espace privé. Cette identité professionnelle ainsi interrogée dans sa légitimité fragilise ces professionnels. L'absence de corporatisme du secteur constitue à ce titre un indicateur supplémentaire. Le dernier aspect de l'identité professionnelle souligné en introduction : la capacité à se reconnaître soi-même dans ces professions demande de leur part une conviction réelle. En effet au regard des autres professions représentées dans l'institution, ils font figure de « seconds couteaux », position institutionnelle génératrice de frustration, non sans conséquences sur leur posture professionnelle.

Un élément consubstantiel du travail éducatif joue aussi en leur défaveur. En effet on ne mesure l'effet des actions éducatives que beaucoup plus tard. La qualité de

---

<sup>49</sup> MICHIT R, COMMON T et MICHIT H juillet-octobre 2009, « Soignant, pédagogue, assistant social et éducateur .Elément méthodologique pour une coopération constructive », cahier de l'Actif N°308/401 pages 293-315 p 300

l'accompagnement éducatif se valorise parfois seulement à l'âge adulte lorsque l'usager a quitté l'institution.

- Les psychologues

En ce qui concerne les psychologues, les éléments constitutifs du métier sont bien présents. Ils se retrouvent dans les compétences identifiées par les autres professionnels et traduites dans un discours technique emprunté aux champs théoriques de référence (plusieurs orientations possibles). La position transversale haute qu'occupent ces professionnels au travers de leurs missions amplifie le sentiment de compétence. La régulation de l'accès à la formation, qui se est codifiée au fil des années encadrant réglementairement le titre de psychologue<sup>50</sup>, est aussi présente. L'usurpation du titre de psychologue est d'ailleurs un délit<sup>51</sup>. Un code de déontologie décline les règles que s'impose la profession<sup>52</sup>.

La mission même des psychologues en institutions leur confère un rôle qui oscille entre le nécessaire triblion institutionnel interrogeant systématiquement les pratiques professionnelles, le cadre institutionnel, les postures des personnels, et le soutien aux usagers, aux familles, et aux équipes confrontées aux difficultés inhérentes à l'accompagnement des personnes en grande difficulté. A cet égard, ils sont très souvent appelés à l'aide par les professionnels désemparés face à des usagers aux comportements difficilement compréhensibles, violents, imprévisibles, communiquant peu. Cette attente, parfois forte des professionnels, installe les psychologues dans un rôle qui peut vite devenir dominant ou perçu comme tel. L'autonomie de l'exercice que revendiquent les psychologues (ex : ils n'ont pas de lien hiérarchique avec les autres professionnels cadres comme les médecins) peut les amener à interroger l'organisation même d'une institution. A l'EM Thésée, l'orientation psychanalytique dont se réclament les psychologues renforce le trait car l'institution a dans cette approche une fonction symbolique que ces professionnels utilisent et sur laquelle ils souhaitent agir.

---

<sup>50</sup> Réglementation de l'usage du titre de psychologue : Article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985

<sup>51</sup> Article 433-17 du Code Pénal

<sup>52</sup> « Les psychologues des établissements mentionnés à l'article 1er exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. A ce titre, ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité. Ils contribuent à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives assurées par les établissements et collaborent à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs tant sur le plan individuel qu'institutionnel. Ils entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherches ou formations que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action. En outre, ils peuvent collaborer à des actions de formation organisées, notamment, par les établissements mentionnés à l'article 1er ou par les écoles relevant de ces établissements. »

## 2.2.2 Des objectifs professionnels différents malgré un projet commun partagé - Exemple de l'autonomie

L'autonomie des usagers est une dimension couramment affichée au frontispice de projets institutionnels ; souvent érigée comme objectif prioritaire dans les projets individuels et défendue par l'ensemble des professionnels toutes spécialités confondues. Cependant, ce consensus de façade se perd dans la polysémie de ce concept « valise ». Il n'est alors pas surprenant qu'en revendiquant un projet commun, les professionnels poursuivent des buts différents. Avant de développer par métier l'interprétation de ce concept, on peut donner une définition qui servira de base à l'analyse : « l'autonomie est donc fonction de l'implication de l'individu et de ses aptitudes à mobiliser ses ressources pour affronter une diversité de situation et des difficultés. »<sup>53</sup>

- L'autonomie vue par les rééducateurs

Par définition, les rééducateurs et les soignants s'évertuent, par une pratique adéquate, à entretenir ou redonner la santé à l'usager, à réduire les effets consécutifs à une altération de ses facultés physiques et/ou mentales afin de favoriser son autonomie au quotidien. On peut à ce niveau surtout parler d'autonomie fonctionnelle. Il est alors question de mouvements et de déplacements, d'évolution dans le milieu physique. Dans le cas des usagers de l'EM, la mission de ces personnels se centre sur le développement ou le maintien d'une mobilité articulaire suffisante par les moyens adaptés allant d'un aménagement du matériel via des aides techniques jusqu'à un programme de chirurgie réparatrice en passant par du renforcement musculaire. D'autres types de rééducations participent aux mêmes objectifs, comme les rééducations respiratoires en kinésithérapie, celles des troubles de la vision par l'orthoptie, celles qui concernent le langage pour la communication, celles centrées sur la déglutition et le travail musculofacial en orthophonie. A l'EM, l'axiome en vigueur pour les professionnels du pôle rééducatif impose la nécessité d'une rééducation intensive pour lutter contre les effets négatifs de la croissance, contre l'évolution morbide de la maladie, contre les conséquences d'une baisse des stimulations sensibles, ou contre la diminution des bénéfices post opératoires. Cette rééducation légitime doit cependant ne pas omettre tout ce qui tourne autour du bien-être souligné dans le rapport NUSS<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> CHAUFFAUT D, DAVID E, CREDOC, septembre 2003 « la notion d'autonomie dans le travail social, l'exemple du RMI » Cahier de recherche département, « Evaluation des politiques sociales » dirigé par ANGOTTI M, 101 pages, p 15

<sup>54</sup> NUSS M juin 2006 « Propositions pour un accompagnement plus humanisé et humanisant et une formation plus adaptée » 140 pages, Rapport p 73

- L'autonomie vue par les éducateurs

Pour ces professionnels, la mission est d'éduquer les usagers qui leur sont confiés, ce qui, pour M LEMAY, consiste à « accompagner de tels sujets dans un vécu partagé sans fournir une réponse plaquée ou imposée mais sans nier la nécessité d'être tantôt un témoin, tantôt un moi auxiliaire, tantôt un pôle identificatoire, tantôt le porteur de la LOI, tantôt le garant d'une authentique liberté, tantôt le catalyseur permettant l'émergence de la créativité nouvelle »<sup>55</sup>. A ce titre, l'autonomie pour les professionnels de l'équipe éducative consistera à permettre à l'usager de développer ses compétences dans sa vie quotidienne d'un point de vue pratique concernant, par exemple pour le public accueilli, les soins d'hygiène, la capacité à se repérer dans l'institution, mais aussi la capacité à mettre en œuvre des compétences relationnelles adaptées. Ces personnels s'attacheront aussi en fonction de l'âge à inscrire les usagers dans un projet d'insertion sociale et/ou professionnel approprié. Il est important de noter à ce propos que cette préparation arrive tardivement sur l'EM, les premières années de l'accompagnement donnant la part belle à la rééducation et ne laissant que peu de place aux autres dimensions. Chaque usager bénéficie systématiquement par son projet individualisé d'un accompagnement spécifique adapté aux compétences repérées et aux objectifs poursuivis. La question des objectifs est donc centrale dans les options retenues.

- L'autonomie vue par les psychologues

« L'autonomie consiste à faire soi-même sa propre loi et à disposer de soi dans les diverses situations pour se conduire en harmonie avec sa propre échelle de valeur »<sup>56</sup>. Pour ces professionnels, l'autonomie représente la faculté d'un sujet à se conformer à des lois qu'il se sera fixées lui-même. C'est la dimension même du surmoi au sens freudien du terme dont il est ici question. Le travail du psychologue sera, dans le cadre des outils à sa disposition et en fonction des capacités des usagers accueillis, de stabiliser cette instance psychique en favorisant le développement harmonieux des jeunes, ce que CASTORIADIS nommait la capacité à « s'auto-altérer ».

A travers ces quelques exemples rapidement évoqués, on devine que chaque professionnel, dans le respect du projet institutionnel et dans celui du projet individuel qui en découle tout en poursuivant le même but à savoir « le développement de l'autonomie », s'attachera à atteindre des objectifs différents voir contradictoires. En effet,

---

<sup>55</sup> MARTINET JL 2001/1 un art de la relation in « *Educateur : identité et formation* » Pensée plurielle, N°3 p 73-78

<sup>56</sup> Dr LAFFOND cité dans le nouveau dictionnaire critique de l'action sociale

transgresser la règle peut, d'un point de vue psychologique, permettre de mesurer les limites et de renforcer son surmoi alors que, d'un point de vue éducatif, cet événement peut traduire la méconnaissance des règles élémentaires en matière de relations interpersonnelles. De même, l'éducateur poursuivant un projet d'autonomie peut par son action engendrer une difficulté pour l'usager générant alors la plainte de ce dernier confronté à des obstacles insurmontables. L'attitude du soignant, du rééducateur, qui par définition répondent à la plainte pour l'apaiser, s'inscrit dans une logique opposée et donc contradictoire. Ainsi l'éducateur exigeant un effort de l'usager pour qu'il réalise un geste quotidien trouvera son action annihilée par l'aide technique imaginée par l'ergothérapeute annulant l'action même de l'usager.

### 2.2.3 Quelles conséquences pour la collaboration pluridisciplinaire

Pour R SAINSAULIEU, l'identité professionnelle se définit comme la « façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes »<sup>57</sup> Pour lui, ce questionnement de *la reconnaissance mutuelle* existe à travers *l'expérience relationnelle du pouvoir*. Cette dimension introduit l'idée que l'identité professionnelle est un véritable processus en perpétuelle évolution qui subit les influences multiples engendrées par les interactions interpersonnelles.

- Une communication et une collaboration pluridisciplinaire difficiles

La communication entre les différents professionnels, base d'une collaboration efficace, se trouve de fait contrariée.

Chaque professionnel poursuit des objectifs différents dictés par des orientations métiers, utilise un jargon propre parfois inaccessible pour les non-initiés et interroge en permanence son identité professionnelle dans les interrelations avec ses collègues. Cette dernière interrogation est double. Elle permet à l'individu à la fois d'exprimer sa différence mais aussi sa conformité au groupe d'appartenance. Sa différence qui permet de signifier sa singularité et sa conformité au groupe, identifiée par l'existence de points communs, affirme son identité sociale. Cette identité professionnelle en mouvement est intimement liée au mécanisme de reconnaissance. Paul RICOEUR avance la notion de « Parcours de reconnaissance » qui recouvre divers aspects comme la reconnaissance. identification, la reconnaissance. attestation (qui témoigne de la valeur attestée de la personne) et la reconnaissance. récompense (qui révèle la valeur perçue). Ces aspects de l'identité

---

<sup>57</sup> SAINSAULIEU R, 1985, « L'identité au travail », Presses de la fondation nationale des sciences politiques », 2<sup>ième</sup> édition

professionnelle pourront être utilisés dans une dimension ressources humaines que nous aborderons dans la troisième partie.<sup>58</sup>

Chaque professionnel évolue dans une logique de pouvoir au sens de la sociologie des organisations et recherche une forme de pouvoir.

Compte tenu de ces impératifs, la collaboration pluridisciplinaire qui sous-tend l'ensemble des actions du travail social à destination des usagers et qui se trouve inscrite dans les textes réglementaires encadrant le secteur (annexes XXIV et loi 2002-2) devient dans ce contexte, un véritable défi. Les réunions de synthèses ou de « plateaux techniques », appellation en vigueur à l'EM Thésée, qui regroupent les professionnels de l'établissement autour de l'analyse de la situation d'un usager, expriment à elles seules toute la difficulté à collaborer de manière constructive.

- Des consensus contraints pour maintenir un équilibre dans les interrelations professionnelles suivis d'applications pratiques à minima

L'élaboration d'un projet personnalisé d'accompagnement durant une réunion de plateau technique qui permet à chaque professionnel d'exposer ses observations et de proposer ses objectifs, reflète parfaitement la dynamique de la collaboration pluridisciplinaire. Inévitablement, les identités professionnelles s'affirment, s'opposent, se délitent. Le projet qui découle de cette instance subit les influences de ces jeux de pouvoir et des processus identitaires. Les orientations prioritaires du projet personnalisé définissent une hiérarchie qui provoque chez les professionnels un renoncement, pour un temps, à certains axes de leur projet initialement prévu et l'adhésion au projet final. Ce renoncement s'effectue à priori généralement dans la bonne humeur mais plus certainement dans la soumission. Le but recherché est de conserver le « lien de coopération » défini par la psychologie sociale. Ainsi, les participants au plateau technique, afin d'accepter plus aisément l'orientation prioritaire du projet, modifieraient leur représentation de ce même projet pour leur permettre d'admettre une opinion opposée à la leur. S'en suit pour ces professionnels une véritable dissonance cognitive aux effets négatifs multiples à la fois pour eux mais aussi pour les usagers. Les personnels concernés se sentent dépossédés de la situation, discrédités dans leurs compétences propres, niés dans leur identité professionnelle. Si ces mêmes professionnels doivent, par leurs actions quotidiennes, assurer la mise en œuvre du projet, le feront-ils dans ces conditions avec l'engagement attendu ?<sup>59</sup> C'est ce que vivent les professionnels de l'équipe éducative à l'EM Thésée.

---

<sup>58</sup> BOUZIDI S. EL AKREMI A, 16 et 17 nov. 2006, XVII<sup>ième</sup> congrès de l'AGRH- « le travail au cœur de la GRH » . IAE de Lille et Reims Management School.

<sup>59</sup> MICHIT R, COMMON T et MICHIT H juillet-octobre 2009, « Soignant, pédagogue, assistant social et éducateur. Élément méthodologique pour une coopération constructive », cahier de l'Actif N°308/401 pages 293-315

- Des tensions interprofessionnelles

La répétition de ces situations et l'existence d'une dynamique de pouvoir immuable génèrent des tensions entre les professionnels. Le contexte institutionnel de l'IdEM Thésée est à ce titre révélateur. La hiérarchie des objectifs des projets personnalisés détermine les actions à mettre en œuvre. La dimension rééducative est omniprésente et relègue l'éducatif au second plan. Ce déséquilibre active des tensions interprofessionnelles sourdes qui se cristallisent car c'est aux professionnels de l'éducatif, présents dans l'accompagnement quotidien des usagers, que revient la charge de la mise en œuvre des éléments essentiels du projet personnalisé.

Comment, dans ce contexte, permettre une collaboration pluridisciplinaire féconde qui se libérerait d'une volonté de puissance d'une caste professionnelle sur une autre ; qui s'appuierait sur le questionnement éclairé des objectifs prioritaires de chaque branche professionnelle et sur une lecture croisée des interprétations sectorielles des situations, pour promouvoir le projet global de l'usager ? La démarche d'évaluation interne, soutenue par le projet de direction peut répondre à cet objectif.

### **2.3 La démarche d'évaluation interne pour clarifier la place et le rôle de chacun pour une collaboration efficace, gage de qualité**

Comme nous l'avons vu précédemment, la pratique en cours dans une institution déterminée est le produit de plusieurs variables dans une articulation complexe impossible à modéliser car : « Toute théorie y compris scientifique ne peut épuiser le réel et enfermer son objet dans ses paradigmes »<sup>60</sup>. Concernant l'IdEM Thésée, dans le diagnostic, nous avons perçu le poids de l'histoire, l'influence des identités professionnelles, l'impact du public accueilli, les conséquences du jeu des acteurs<sup>5</sup> pour expliquer la difficulté d'une collaboration pluridisciplinaire récurrente et la prévalence du soin sur les autres dimensions de l'accompagnement. L'évaluation interne, que j'ai définie, pilotée par un projet de direction, semble être l'outil adapté à ces circonstances pour accompagner la transformation positive de l'IdEM. Nous allons dans ce paragraphe voir comment utiliser cet outil pour favoriser le changement.

---

<sup>60</sup> E MORIN 1973 in « Le paradigme perdu : la nature humaine », Paris, Editions du Seuil, 253 pages

### 2.3.1 L'évaluation interne réinterroge les finalités, les missions de l'institution inscrites dans un principe de réalité

- L'évaluation pour rappeler le cadre réglementaire précisant les finalités de l'EM :  
Si la pratique institutionnelle à l'EM Thésée se réfère à un projet institutionnel récent, la profusion de textes, qui a envahi le champ médicosocial lors de cette dernière décennie, n'a pas toujours été intégrée. Les outils de la loi 2002-2 sont en place mais dans la pratique, peu de choses ont changé depuis l'ouverture de la structure (cf. diagnostic partie 1). Les us et coutumes ancrés dans le quotidien servent de repères et guident la pratique des professionnels concentrée sur les techniques d'accompagnement et de rééducation. La démarche d'évaluation interne impose un retour aux textes fondateurs qui encadrent nos missions. A ce titre, elle va, grâce à eux, redéfinir la place des usagers version 2002-2, la place des familles et le contenu de l'accompagnement prévu par le texte de 2005-102, l'organisation du secteur médico-social au regard de la loi HPST. Par ce rappel, l'évaluation interne va réinscrire la mission de l'institution dans un contexte sociétal. Elle va permettre aux professionnels de relier leur pratique « dans une finalité d'aide et de reconnaissance des personnes avec une visée émancipatrice, créatrice de sujet acteur-citoyen »<sup>61</sup>. Il sera alors question du sens même du travail à l'EM Thésée. De quoi bousculer quelques idées érigées en règles avec le temps.

- L'évaluation interne appelle à la réflexion grâce aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM

L'ANESM a depuis 2008 édité 27 recommandations de bonnes pratiques. Une fois dépassée l'interprétation erronée moralisatrice rattachée au qualificatif « bonne », ces textes constituent de véritables références pour les professionnels.

Ils peuvent servir de guide méthodologique. C'est ce que propose la recommandation de bonnes pratiques intitulée « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles » de juillet 2009. Elle définit par le menu une méthodologie de l'évaluation interne inspirée de la méthodologie d'évaluation des politiques publiques :

- Définir le cadre évaluatif propre au contexte de l'institution (population, valeurs, objectifs communs...) autour de quatre domaines : la promotion de l'autonomie, la qualité de vie et la santé des personnes accompagnées . la personnalisation de leur accompagnement . la garantie de leurs droits et leur participation . la

---

<sup>61</sup> BOUQUET B 2009/2 « Du sens de l'évaluation dans le travail social in informations sociale » N°152 p 32-39

protection des personnes et la prévention des facteurs de risques liés à leur vulnérabilité.

- Recueillir des informations
- Analyser les informations recueillies
- Elaborer un plan d'actions

Il en est de même pour la recommandation « Elaboration, rédaction et animation du projet de l'établissement ou de service » de mai 2010.

D'autres recommandations comme les recommandations de bonnes pratiques intitulées : « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » de novembre 2009 et « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » d'octobre 2010, peuvent aussi éclairer les professionnels sur des questions très présentes dans les institutions.

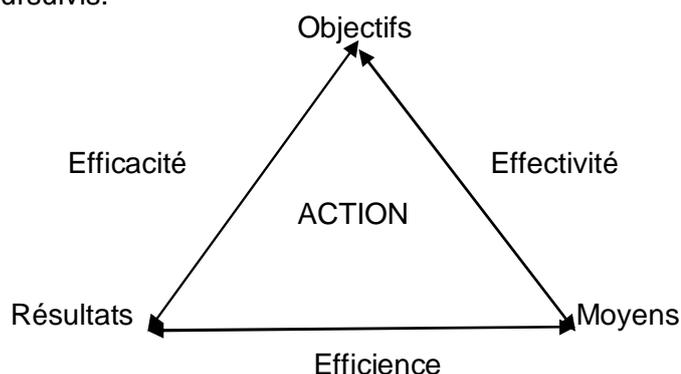
Elles peuvent éclairer sur la place de l'institution dans son environnement comme dans la recommandation de décembre 2008 « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement ».

La démarche d'évaluation va inciter les équipes à prendre connaissance de ces travaux riches, accessibles et pragmatiques qui rendent compte de la réflexion d'un collectif et de propositions pratiques. Autant d'aiguillons pour stimuler la réflexion des équipes et leur imagination créatrice.

- L'évaluation participe à affirmer le principe de réalité

La démarche d'évaluation interne inscrit la pratique des professionnels dans un principe de réalité que recouvrent à la fois l'efficacité, la pertinence, l'effectivité et l'efficacé de leurs actions.

- ✓ L'efficacité qui permet d'apprécier si les ressources mobilisées l'ont été de manière appropriée et si l'investissement en moyens est à la hauteur du résultat.
- ✓ La pertinence qui concerne plus précisément la nature des objectifs visés
- ✓ L'effectivité permettant de savoir si les moyens sont réellement opérationnels. Les moyens permettent-ils d'atteindre les objectifs ?
- ✓ L'efficacé vérifie si les moyens mis en œuvre ont permis d'atteindre les objectifs poursuivis.



Il est à noter que, pour renforcer le principe de réalité, cette évaluation interne répond au principe de transparence. En effet, l'évaluation interne réaffirme ce principe puisque ses résultats seront communiqués et que chaque professionnel exposera sa pratique et les moyens mis en œuvre pour l'évaluer.

### 2.3.2 L'évaluation interne interroge l'effectivité et la pertinence du projet institutionnel

- Des valeurs fédératrices louables à vérifier

Le projet institutionnel de l'IdEM rappelle dans ses premières pages l'éthique partagée qui anime les professionnels de l'établissement. Elle se exprime dans le respect des personnes et autour de notions, comme l'écoute, la disponibilité et l'attention.

« Les valeurs de solidarité, d'attention à la qualité du projet et de travail pluridisciplinaire constituent des références centrales. »<sup>62</sup> : des valeurs de solidarité issues des racines mutualistes de l'AGEPAPH. La qualité du projet se exprime dans l'affirmation que l'usager doit être en position d'acteur, dans le respect de ses potentialités ; il s'agit aussi d'évaluer régulièrement le projet pour l'adapter à la personne. La pluridisciplinarité respectueuse de chaque professionnel, portée par une confiance réciproque, permet la cohérence des actions. L'interdisciplinarité n'est pas une recherche systématique de consensus dont nous avons pointé les limites précédemment mais plutôt une conflictualité créatrice.

La démarche d'évaluation interne va interroger ces valeurs dont certaines sonnent comme des évidences. Pour d'autres, comme le travail pluridisciplinaire, il semble important de questionner son expression au regard du diagnostic posé par la démarche d'évaluation interne.

- Les orientations théoriques du projet institutionnel à interroger

« Les équipes s'appuient sur l'ensemble des ressources théoriques disponibles et actualisées susceptibles de soutenir la technicité des interventions. »<sup>63</sup> Parmi ces références au niveau rééducatif, la méthode Le Métayer constitue un référentiel général. Michel LE METAYER est un kinésithérapeute de renom qui a développé des techniques rééducatives à destination des IMC. Il a démontré, en particulier, l'intérêt d'une rééducation précoce pour ces jeunes enfants associant activités de jeu et de rééducation. Il est le père de « l'éducation thérapeutique ».

---

<sup>62</sup> Projet institutionnel de l'IdEM Thésée 31 juillet 2008 page 5

<sup>63</sup> Projet institutionnel de l'IdEM Thésée 31 juillet 2008 page 6

Relayée par l'équipe médicale et psychologique, la référence à une lecture psychodynamique est centrale dans l'établissement.

Notons que rien n'est dit de la contribution des autres secteurs professionnels aux grilles de lectures théoriques. La démarche d'évaluation interne interrogera la pertinence de ces orientations théoriques, non pas au niveau du choix, mais dans la cohérence de leurs mises en œuvre par l'ensemble des professionnels : Comment un rééducateur peut s'engager dans une lecture psychodynamique ? Comment un éducateur peut assurer un accompagnement en référence à une technique rééducative ?

On perçoit d'ores et déjà la spécificité de la référence théorique de l'approche rééducative dans laquelle il n'est pas question de la relation d'aide qui constitue un socle commun indiscutable. La lecture psychodynamique semble répondre à une référence transversale mais aura besoin d'être précisée par l'évaluation interne.

La collaboration de chaque professionnel dans la réalisation du projet institutionnel et donc dans la qualité de la mise en œuvre des projets individualisés en dépend.

- Une dynamique institutionnelle à démontrer

« La légitimité des institutions ne passe plus par l'affirmation de leur solidité mais par leur capacité à prouver leur aptitude à s'adapter à des contextes mouvants et à des objets mobiles ». <sup>64</sup> Cette affirmation impose de donner au projet d'établissement une dimension dynamique qui favorise l'ajustement des réponses aux besoins des usagers en évolution constante. La démarche d'évaluation interne, dans son déroulé, en référence à la méthodologie préconisée par l'ANESM, permettra d'établir l'effectivité de cette adaptabilité aux besoins des usagers. Les indicateurs d'activité qui révèlent un déficit de journées résonnent à ce titre comme un avertissement. En effet, on peut imaginer qu'une des causes de cette baisse d'activité s'origine dans l'inadéquation entre l'offre institutionnelle et les besoins des usagers. Cet écart entre l'offre et la demande aux conséquences économiques évidentes pour l'EM permettra d'interroger le modèle d'organisation en œuvre et la qualité de la collaboration pluridisciplinaire.

### 2.3.3 L'évaluation mobilise les acteurs

La mobilisation par l'évaluation interne des professionnels, des usagers, des partenaires est une évidence; leur coopération est à accompagner même si : « L'évaluation contribue à la coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico sociaux et les autorités publiques » <sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> JANVIER R 2009 « Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale- communiquer, manager, organiser, agir ».Paris, Editions DUNOD 191 pages page 39

<sup>65</sup> CASF annexe 3-10 chp1 sect1 « fondements de l'évaluation 1.4 »

- La mobilisation des professionnels

Des études récentes<sup>66</sup> montrent que la démarche participative reste la règle dans la démarche évaluative. Il en est ainsi pour 97% des établissements. Si les personnels d'encadrement participent le plus souvent à l'évaluation, les autres personnels éducatifs et d'animation, ou les professionnels de soins représentent le second collège de participants. Cette mobilisation de ces différents groupes varie en fonction des étapes de la démarche. Le directeur initie et relance, les autres personnels analysent les informations et peuvent mesurer les écarts. Nous déclinons dans notre plan d'actions l'orientation stratégique retenue.

La mobilisation des professionnels par la démarche d'évaluation engendre une meilleure connaissance mutuelle, un croisement des points de vue, et une reconnaissance du travail de chaque branche professionnelle dans sa spécificité. Cette démarche représente un véritable processus d'apprentissage collectif, une réappropriation de l'institution dans son ensemble et favorise le positionnement de chaque professionnel dans l'organisation. A l'EM Thésée c'est cet objectif qui sera poursuivi.

- La mobilisation des partenaires, des usagers et de leurs familles

L'implication des familles et des usagers représente un des éléments clefs de la démarche d'évaluation. « Ainsi un des objectifs de la démarche qualité dans le secteur social consiste à passer d'une logique d'usagers passifs à une logique d'usagers acteurs »<sup>67</sup>. Les raisons qui poussent à impliquer les usagers et leurs familles dans ce processus sont politiques car elles rendent effectives la participation citoyenne ; épistémologiques car il n'y a jamais de réalité unique et l'approche plurielle est à ce titre une nécessité ; pragmatiques car plus on recueille d'avis plus on a une vision réaliste de la situation. Cette implication peut aussi s'appliquer aux partenaires représentés par exemple par les membres du conseil d'administration. Cette évaluation participative très en vogue au Canada se fonde sur le principe que « la participation des utilisateurs, quelles que soient leurs compétences techniques, accroît l'utilité des résultats »<sup>68</sup>. En France cette mobilisation des usagers et des familles ne se fait pas systématiquement et de manière naturelle. Elle passe la plupart du temps par une formation préalable reprenant les tenants et les aboutissants de l'évaluation menant à une vision partagée. Elle définit des critères sur le déroulement des échanges et la confrontation des points de

---

<sup>66</sup> LEGROS M, 2010/2 « Le médico-social, une nouvelle frontière pour l'évaluation participative ? », Informations sociales (n° 158), p. 52-58.

<sup>67</sup> JANVIER R 2009 « Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale- communiquer, manager, organiser, agir ». Paris, Editions DUNOD 191 pages, p 63

<sup>68</sup> RIDDE V et DAGENAIS C, 2009 « Approches pratiques en évaluation de programme », Presses de l'Université de Montréal, Québec page 154 cité par Michel LEGROS 2010 in Le Médico-social une nouvelle frontière pour l'évaluation participative, Informations sociales N° 158 p 52-58

vue. Le niveau de compréhension des usagers et leur vulnérabilité entrent en ligne de compte et peuvent aboutir à des aménagements favorisant l'expression. Le décret du 25 mars 2004 (2004. 287) relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles précise que la participation des usagers peut prendre d'autres formes que le conseil à la vie sociale : groupes d'expressions, consultations organisées des usagers des familles ou représentants légaux, ou enquêtes de satisfaction. A l'EM Thésée où le conseil à la vie sociale existe depuis 2006, il faudra imaginer une forme de participation à la démarche d'évaluation pour les jeunes et leur famille ainsi que pour les membres de l'association gestionnaire.

Conscients de la richesse d'une participation d'une représentation élargie des acteurs nous verrons dans notre plan d'action comment les impliquer. Nous opterons pour une logique privilégiant une approche didactique préalable.

- Collaborer pour co-construire et mieux se comprendre

La mise en collaboration des professionnels, des usagers et de leurs familles ainsi que certains partenaires, développe des interrelations fructueuses qui contribuent à élargir le cône de lumière éclairant l'activité et l'organisation de l'institution. Introduire par les partenaires extérieurs, aux premiers rangs desquels les administrateurs, un point de vue original sur l'institution et une ouverture au regard externe garantit la dimension politique de l'évaluation. S'appuyer sur le regard des professionnels de l'institution assure le point de vue technique adossé à la connaissance. Demander la participation des usagers et des familles, outre l'obligation légale liée au respect des droits et libertés de la personne accueillie, c'est garantir au processus d'évaluation interne une appréciation vécue au niveau des besoins et attentes. Nous avons dans cette optique décidé, à l'EM Thésée d'impliquer les représentants du conseil d'administration, les familles et les usagers dans la démarche d'évaluation interne.

Cette deuxième partie de mon travail explicite les dimensions théoriques indispensables à l'étayage de notre plan d'actions. Je vais ainsi tour à tour aborder l'évaluation, la collaboration pluridisciplinaire et les effets de la démarche évaluative sur l'organisation et les acteurs. Convaincu que la démarche d'évaluation interne permet d'initier une nouvelle collaboration, parce qu'elle requiert la coopération de tous les acteurs concernés, je vais dans cette dernière partie, présenter sa mise en œuvre à l'EM Thésée en tenant compte de mon diagnostic et des références théoriques développées précédemment.

### **3 La mise en Œuvre de l'Évaluation interne : Le choix d'une méthode en lien avec le projet de direction**

En préambule de cette dernière partie il me semble important d'apporter deux précisions :

Je rappelle ainsi que la démarche d'évaluation interne que nous allons mener sur l'établissement en pilotant une stratégie spécifique afin de participer à développer la collaboration pluridisciplinaire, ne constitue pas l'unique moyen pour atteindre ce but.

Il ne s'agit nullement d'instrumentaliser cette démarche mais d'en utiliser sa dynamique, ses effets périphériques propres, sa vertu à mettre en relief les forces et faiblesses de l'institution : l'objectif premier de la démarche d'évaluation étant d'évaluer concrètement le service rendu à l'usager et d'en améliorer la qualité. C'est pourquoi, dans les lignes qui suivent, nous verrons comment la mettre en œuvre à Thésée et comment l'articuler avec d'autres outils à disposition du directeur pour accompagner le changement. Car en l'occurrence, il s'agit bien dans ce cas présent d'initier un changement institutionnel.

Avant de décliner mon plan d'action par le menu, je ne peux faire abstraction des conditions dans lesquelles j'ai pris mes fonctions et des actions que j'ai engagées. Cette brève histoire témoigne à mon sens d'éléments conjoncturels indissociables de mon diagnostic initial. Ils influenceront ma stratégie et mes décisions et par là même trouveront leur place dans la première partie de ce dernier développement.

#### **3.1 Une prise de fonction entre attentes et craintes : 100 jours pour apaiser la situation**

Percevoir quelqu'un c'est le catégoriser « le classer dans certaines catégories culturellement significatives, prendre conscience de son statut et de son rôle »<sup>69</sup>. Aussi la première impression dégagée revêt une importance cruciale dans une prise de fonction. Il ne faut donc pas rater son « entrée en scène ». A ce titre, il convient de tenir compte du contexte qui nous a précédé. C'est ce que je me suis appliqué à faire dans les premières semaines d'exercice

##### **3.1.1 Une arrivée dans un climat tendu**

- L'arrivée d'un nouveau directeur et ses conséquences

L'arrivée d'un nouveau directeur éveille chez les salariés d'une organisation quelle qu'elle soit des craintes légitimes. Cette arrivée suscite également des attentes. Elles se mesurent en termes de gains et de pertes. D'un côté, la crainte de perdre les avantages

---

<sup>69</sup> STOETZEL J, 1978, « La psychologie sociale », Poitiers, Editions Champs-Flammarion 350 pages, page 248

une pratique professionnelle passée, un statut reconnu, mais surtout des jeux de pouvoir jusqu'alors en action, façonnés par l'histoire de l'organisation. De l'autre côté l'espoir de voir aboutir des aspirations jusque-là déçues. (Ces attentes fortes avaient d'ailleurs été rapportées au directeur général dans le cadre d'entretiens antérieurs à ma prise de fonction).

- Le poids de l'héritage et les formes de résistances aux changements

Le diagnostic institutionnel abordé dans la première partie de mon écrit, qui faisait état d'un déséquilibre marqué entre, d'une part le secteur rééducatif et d'autre part le secteur éducatif, est indissociable des figures de direction qui ont contribué à ce type de fonctionnement. Ainsi les directions précédentes ont participé à l'instauration de l'organisation en cours dans l'institution.

La directrice que j'ai remplacée, a quitté ses fonctions dans le cadre d'une rupture conventionnelle. Ce départ volontaire concomitant à la réorganisation associative qui s'est traduite par la création du GCSMS, la mise en place d'un siège, et l'embauche d'un directeur général a généré quelques fantasmes chez ses partisans. En effet, pour ces professionnels, la directrice en question a été encouragée à partir. Cette hypothèse en opposition avec le principe légal de rupture conventionnelle, a été entretenue et communiquée par certains cadres mécontents de cette situation et favorables au maintien d'un fonctionnement ancien. Mon recrutement ne pouvait qu'inquiéter ces professionnels qui voyaient poindre comme une menace à leurs prérogatives. Cette menace assimilable à une perte de pouvoir en référence à la sociologie des organisations, était sans doute exacerbée par la prise de conscience des changements à venir, conséquences de l'évolution de l'environnement associatif (GCSMS) et de ses projections politiques novatrices, des mutations réglementaires régulièrement portées par la parole du directeur général rendant de plus en plus difficile le maintien de l'isolement institutionnel et donc la pérennité du modèle établi. En effet, l'organisation en vigueur à l'EM Thésée se était développée dans une relative autarcie et le plus souvent dans le cadre de relations conflictuelles avec les instances de contrôle et de tarification. Certains professionnels, dans ce contexte, se sont alors appliqués à rendre difficile la tâche du nouveau directeur, perçu comme un instrument de la direction générale. Ils se sont évertués à dénigrer les changements imaginés, dans une véritable résistance d'intérêt, motivés par l'espoir du maintien des acquis antérieurs, « car le respect des acquis ne peut aller de pair avec le changement. »<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup> VAILLANCOURT R « Réflexion autour de la perception du changement organisationnel » Les cahiers de l'Actif n° 292/293 pp 63- 71 p 65

De autres formes de résistances aux changements moins visibles et que R VAILLANCOURT définit comme des « résistances conceptuelles ou affectives »<sup>71</sup> existent et sont à prendre en compte. Il s'agit de celles que manifestent les personnes qui ne perçoivent pas l'urgence inhérente au changement et craignent de ne pas être en capacité d'en affronter les conséquences. Ce sont des résistances manifestées particulièrement par les personnels historiques de l'institution, en majorité à l'IdEM Thésée.

Ces formes de résistances au changement sont évidemment à prendre en considération dans le plan d'action.

Il sera inévitablement question de pédagogie et de restauration d'une véritable relation de confiance.

- Les partisans du changement : une force à canaliser

A contrario, les professionnels nombreux, partisans du changement organisationnel voient avec l'arrivée d'un nouveau directeur, précédée de annonces de nouvelles orientations politiques défendues par la direction générale et le conseil d'administration, l'artisan d'un changement qui leur sera favorable. Cette attente forte représente un appui indéniable pour ma mission car elle constitue une énergie potentielle en sommeil. Il faudra à la fois utiliser cette force tout en la canalisant. A ce titre, les vecteurs privilégiés d'expression de cette volonté de changement à l'IdEM sont les instances représentatives du personnel. Ce qui s'explique par le fait que le changement revendiqué concerne en priorité des points relatifs à l'organisation du travail et à l'absence de dialogue constructif avec certains cadres hiérarchiques. A ce titre, mon plan d'action sera nécessairement traversé par les questions du sens même de notre action, de l'autonomie dans le travail et de son corollaire : la responsabilité.

### 3.1.2 Comprendre l'Institution et définir les priorités

Fort des informations que m'avait rapportées la direction générale et de celles glanées auprès de différents partenaires et au travers des documents internes (projet institutionnel, règlement de fonctionnement, rapport d'activité, données budgétaires et financières), il me fallait néanmoins faire connaissance avec l'IdEM Thésée et, dans le même temps, que l'IdEM Thésée fasse connaissance avec son directeur.

---

<sup>71</sup> VAILLANCOURT R « Réflexion autour de la perception du changement organisationnel » Les cahiers de l'Actif n° 292/293 pp 63-71 p70

- Utiliser mon regard nouveau pour effectuer le diagnostic institutionnel

Bénéficiant d'une faible connaissance antérieure de la structure, j'ai utilisé cette naïveté toute relative pour découvrir l'histoire perçue de l'IdEM, la dynamique institutionnelle en cours, par la voix de ses salariés mais aussi des usagers et de leurs familles. J'ai ainsi, pendant les deux premiers mois qui ont suivi ma prise de fonction, rencontré l'ensemble des cadres fonctionnels et hiérarchiques ainsi que quelques professionnels de l'institution dans le cadre d'entretiens formalisés abordant les missions de chaque professionnel, l'étendue de ses responsabilités, ses attentes ainsi que les miennes. Parallèlement à ces entretiens formalisés riches d'enseignement, des rencontres informelles m'ont permis d'étoffer ma vision de l'institution et de percevoir plus précisément la face cachée du fonctionnement de l'IdEM à travers ses us et coutumes. J'ai eu, grâce à ces premiers contacts, une idée plus précise de la dynamique institutionnelle, des attentes et résistances des personnels. J'ai par ailleurs, compulsé les différents comptes rendus des réunions. Ma participation active aux différents temps institutionnels avec le double objectif d'animer et d'observer la dynamique de ces dispositifs a complété ma connaissance de l'établissement.

Ces différentes démarches m'ont également permis de présenter ponctuellement mes attentes, d'initier une nouvelle forme de management dans laquelle j'affirme par la démonstrative que : « les hommes ont besoin d'être écoutés et si possible entendus. Écoutés parce que l'optimisation de leur travail réclame qu'ils puissent parler de leur difficultés, entendus parce que l'optimisation de leur parole exige qu'ils ne puissent la penser vaine »<sup>72</sup>

- Une situation de crise effective marquée par des événements significatifs et un fonctionnement particulier

Cette période d'observation a confirmé et précisé le diagnostic que m'avaient présenté le directeur général et le Conseil d'administration. J'ai perçu, à travers les propos des professionnels, les tensions existantes qu'un diagnostic plus précis, objet de la première partie de mon travail, me permettra d'affiner. Quelques faits rapportés par les professionnels symbolisaient parfaitement le climat de l'institution. Ainsi, un jeune usager de l'établissement avait occasionné à lui seul sur l'espace d'une année, plus de 50 incidents ou accidents de travail comptabilisés et présentés dans le cadre des réunions du CHSCT. Aucune décision concernant ces incidents n'avait été prise. La fatalité, seule cause avancée de ces accidents, n'appelait par définition aucune mesure corrective et

---

<sup>72</sup> ROCHE B, MARFOGLIA F, 2006 « L'art de manager- éléments pour comprendre, clés pour agir » Paris, Ellipses 137 pages, page 99

cultivait un immobilisme dévastateur pour les professionnels et usager en question.  
Conséquences :

- Des professionnels éducatifs en difficulté peu ou pas entendus, renvoyés à une certaine incapacité professionnelle parfois culpabilisante.
- A terme, un dialogue difficile teinté d'incompréhension entre les cadres hiérarchiques et techniques et les personnels en lien direct avec les usagers.
- S'étaient alors installées une perte évidente de confiance et une usure professionnelle confirmée par les indicateurs du bilan social présentant un nombre important d'arrêts de travail des personnels éducatifs

- Des actes pour signifier mon arrivée

Si la prudence est de mise dans un nouveau poste car elle représente « cette retenue qui permet en un coup d'œil l'observation vive et totale d'une situation »<sup>73</sup>, elle n'est aucunement synonyme d'inaction. Avant de pousser plus loin le diagnostic institutionnel j'avais à ma disposition un levier pour marquer mon arrivée en traitant, une bonne fois pour toutes, le problème posé par cette situation. L'usager en question a été orienté dans une structure plus adaptée à ses difficultés, les professionnels ont participé à ce projet et accompagné la démarche. J'ai piloté la communication autour de cet événement avec le souci permanent de valoriser le travail accompli en amont par l'ensemble de l'équipe, d'insister sur les limites légitimes de l'institution dans l'accueil de certains usagers et de signifier plus globalement la nécessité de rechercher le dispositif le plus approprié pour chaque enfant. Cette expérience, en l'occurrence assez banale dans l'exercice du métier de directeur, condense à elle seule une bonne part des actions qui en définissent la fonction et que je m'applique à respecter comme :

*Décider* «.. L'acte majeur de toute fonction de direction »<sup>74</sup> qui est sous-tendu par la conviction qu'il existe une solution. La décision permet au directeur de s'affirmer, étape essentielle lors d'une prise de fonction, et d'assumer les conséquences de la décision.

*Mobiliser* : c'est la capacité à donner aux équipes l'énergie nécessaire pour mener à bien un projet.

*Communiquer* : c'est donner de la visibilité au projet.

---

<sup>73</sup> ROCHE B, MARFOGLIA F, 2006 « L'art de manager- éléments pour comprendre, clés pour agir » Paris, Ellipses 137 pages, page 75

<sup>74</sup> MIRAMON JM, COUET D, PATURET JB, 2009 « Le métier de directeur . techniques et fictions » Rennes, édition EHESP, 270 pages, page 83

*Déléguer* : c'est l'acte de confier tout ou partie de la conduite d'un projet. La délégation est indissociable de la confiance, de l'autonomie et de la responsabilité.

### 3.1.3 Définir le cadre et rassurer

L'urgence traitée, une première idée du fonctionnement de l'EM à l'esprit, convaincu de l'importance de pousser plus loin le diagnostic institutionnel, pressentant déjà que l'évaluation interne constituerait à l'EM un des leviers efficaces pour initier le changement, il me fallait impérativement et rapidement présenter un projet aux salariés de l'établissement.

- Fixer un cap : le choix du discours, l'énoncé des valeurs de référence.

« Chacun ressent la nécessité de savoir où on l'emmène. Le pouvoir est ainsi sommé d'expliquer et de se justifier, il ne peut plus fonctionner dans l'horizon taylorien de la séparation entre ceux qui pensent et ceux qui exécutent ». <sup>75</sup> Aussi pour répondre à ce besoin identifié chez les salariés de l'EM Thésée en attente de réponses, oscillant entre craintes et espoirs, j'ai choisi de matérialiser ma prise de fonction par un discours. Conscient de la dimension périlleuse de l'exercice, des limites et de l'intérêt de cette forme de communication (cf. Loi de MEHRABIAN) <sup>76</sup> je me suis surtout attaché à sa dimension symbolique et pédagogique. La dimension symbolique du discours est réelle. Il ne se résume pas seulement à une diffusion d'informations. Le discours permet en effet de rassembler les collaborateurs le temps d'une respiration institutionnelle durant laquelle l'activité de l'établissement est suspendue ; il matérialise l'importance du moment par la rareté même de l'exercice ; il constitue l'occasion de valoriser solennellement le travail des professionnels .

Ainsi, ce premier discours s'est nourri de mes observations antérieures, des informations collectées grâce aux entretiens formels et informels, des écrits et rapports disponibles que j'avais étudiés et des orientations associatives.

Il avait pour objectif principal de rassurer les personnels, de les reconnaître dans leurs compétences professionnelles et d'introduire l'idée de changement. Le changement condition nécessaire pour être en capacité de répondre sereinement aux évolutions du secteur médicosocial.

J'ai introduit, par ce discours, quelques idées fortes témoignant de ma vision de l'institution et posé quelques jalons chronologiques pour faciliter la projection des

---

<sup>75</sup> ROCHE B, MARFOGLIA F, 2006 « L'art de manager- éléments pour comprendre, clés pour agir » Paris, Ellipses 137 pages, page 78

<sup>76</sup> Loi de MEHRABIAN : D'après ce scientifique, la communication est à la fois verbale, vocale et visuelle. Lors des situations de communication l'auditeur est sensible à 7% de la communication verbale 38% de la communication vocale et 55% pour la visuelle.

auditeurs : Au chapitre des idées maîtresses : l'ouverture de l'institution à et sur son environnement, la reconnaissance de la parole des personnels quels qu'ils soient, le sens de nos missions professionnelles sources fédératrices, l'autonomie et la responsabilité des salariés.

Parmi les repères temporels permettant de visualiser des étapes et de percevoir le rythme des évolutions institutionnelles, j'ai évoqué l'évaluation interne et l'organisation d'une journée porte ouverte.

Pour donner à ce discours une dimension vivante et réaliste, j'ai tenté d'animer mon propos et de l'agrémenter avec des exemples témoignant de actions déjà engagées.

Mais ce discours témoignait avant tout d'un double engagement : celui qui me lie aux usagers et à leurs familles pour lesquels je suis garant de la qualité de l'accompagnement, et celui qui me rattache aux salariés pour lesquels je mets à disposition les conditions favorables à leur exercice professionnel.

- Respecter l'histoire mais affirmer la nécessité de changement

L'histoire de l'institution explique le fonctionnement actuel. Nous avons ainsi pu mesurer les incidences de l'histoire de l'EM Thésée sur la prévalence du soin dans l'accompagnement proposé aux usagers. Nous avons également signifié l'importance de l'histoire des métiers dans l'identité professionnelle. Le filtre historique est un élément de diagnostic indéniable pour prendre la mesure d'une institution. L'histoire de l'institution participe à l'affirmation d'une identité propre. Rompre avec l'histoire de l'institution équivaudrait à renoncer à une partie de l'identité institutionnelle. Cependant l'histoire de l'institution ne doit en aucun cas constituer un frein à son évolution. Or « Ce qui rend le changement réel si difficile à opérer n'est donc pas la mauvaise volonté mais une volonté de ne pas déchirer la trame d'une histoire, trame pensée comme la condition nécessaire de l'identité »<sup>77</sup>.

A trop respecter l'histoire de l'institution, on cultive l'immobilisme. La meilleure manière de faire évoluer l'histoire de l'institution, c'est d'injecter de la nouveauté. « Le manager n'est pas celui qui préserve le système des perturbations qui pourraient l'affecter, c'est celui qui produit les bonnes perturbations, celles que les conditions du moment réclament »<sup>78</sup>. La démarche d'évaluation interne constitue à ce titre un vecteur de nouveauté et donc de changement.

---

<sup>77</sup> ROCHE B, MARFOGLIA F, 2006 « L'art de manager- éléments pour comprendre, clés pour agir » Paris, Ellipses 137 pages, page 84

<sup>78</sup> ROCHE B, MARFOGLIA F, 2006 « L'art de manager- éléments pour comprendre, clés pour agir » Paris, Ellipses 137 pages, page 66

- Prôner un modèle managérial

L'organisation, en vigueur sur la structure, sans doute marquée là encore par la primauté du soin au dépens de l'éducatif, portait en elle les stigmates d'une organisation tayloriste. En effet, schématiquement comme nous l'avons abordé dans le diagnostic développé dans la première partie, les cadres pensent organisent et décident ; les professionnels des équipes éducatives exécutent. On ne peut aujourd'hui se satisfaire de ce modèle pyramidal. Si de pyramide il doit s'agir, elle sera inversée à l'instar de Roland JANVIER. « Le responsable hiérarchique est au soutien de son équipe qui, elle-même est au soutien des usagers qu'elle sert ». <sup>79</sup> Dans cette institution, le modèle managérial que je souhaite développer sera participatif. Il permettra de donner aux acteurs une plus grande autonomie dans leur travail gage, à mon sens, de reconnaissance préalable à une implication professionnelle réelle et source de créativité au bénéfice des usagers. Le modèle participatif contribue au développement de la collaboration entre les acteurs autour d'un projet partagé. C'est pour moi le seul modèle qui peut favoriser le changement profond d'une organisation car il suppose la participation éclairée de chacun. En effet, dans le cadre d'un projet de changement, il est « important que dès le début, chaque acteur engagé dans le processus ait le sentiment que ses idées et ses représentations soient sérieusement prises en compte ». <sup>80</sup> Il en sera d'ailleurs ainsi dans la démarche d'évaluation interne. Je conçois que ce changement de modèle rencontrera quelques oppositions de la part de cadres persuadés qu'il confisquera une part de leur pouvoir. Ainsi, l'un d'eux, lorsque j'évoquai au cours d'une réunion de direction la possibilité de réorganiser le temps de travail des salariés en leur donnant un volant d'heures disponibles en début d'année à utiliser en fonction des projets qu'ils souhaiteraient mettre en œuvre, m'a répondu : « Ils ne vous ont rien demandé, vous allez mettre le loup dans la bergerie ».

Il conviendra d'accompagner ces personnels à comprendre que le pouvoir ne consiste pas en une vision réductrice et illégitime de maîtrise des acteurs, mais en une capacité à les soutenir dans leurs actions dans un étayage productif.

A contrario, pour les salariés habitués depuis des années à exécuter des consignes, la perspective d'une plus grande autonomie dans l'organisation de leur travail peut générer une certaine forme d'anxiété. Cette plus grande autonomie sera donc accompagnée. Si l'autonomie se détermine comme l'avance Bernard DIRIDOLLOU <sup>81</sup> à partir de trois critères : ce que sait faire le professionnel (savoir-faire, compétences et connaissances)

---

<sup>79</sup> JANVIER R 2011 « Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale », Paris, ESF, 128 pages, p 103

<sup>80</sup> VEINIARD A, 2004/1 « Manager sans à priori : dialectique de l'ordre et du désordre », Management & Avenir, n°1, p77-96, p 92

<sup>81</sup> DIRIDOLLOU B, 2010, « Manager son équipe au quotidien », Paris, Eyrolles Editions d'Organisation, 208 pages, p 198

ce que peut faire le professionnel (sa marge de manœuvre et les moyens dont il dispose) et ce que veut faire le professionnel (motivation, intention, etc.) il conviendra d'agir sur ces trois composantes en valorisant les compétences, en suscitant la parole, en favorisant les échanges en restaurant une certaine confiance, en offrant les moyens matériels, organisationnels, fonctionnels d'exercer cette autonomie. Les outils RH seront à ce niveau utilisés : entretiens professionnels, formations, et fiches de poste.

La démarche d'évaluation mettra en scène cette autonomie en déclinant les savoirs-faire des professionnels, en questionnant les moyens à disposition et en suscitant de nouvelles actions orientées vers l'amélioration de la prestation.

### 3.2 L'opportunité évaluative

La situation de déséquilibre entre les différents secteurs professionnels mis en avant par la phase diagnostic, les premières décisions de direction prises, la démarche d'évaluation comme nous l'avons expliqué dans la seconde partie de notre écrit, va permettre de développer la collaboration pluridisciplinaire.

#### 3.2.1 Rendre le contexte favorable

- Les impératifs réglementaires

Les impératifs réglementaires développés dans ma deuxième partie et repris dans mon premier discours serviront de point de départ à la démarche. Ils représentent à priori une contrainte supplémentaire sous la forme de l'injonction qui serait peu propice à la mobilisation des professionnels. L'objectif sera de en faire une opportunité conformément à l'adage de SAINT EXUPERY « la contrainte te délivre et t'apporte la seule liberté qui compte ». A cet effet la contrainte réglementaire constituera le starter de la démarche. Il faudra mettre rapidement en œuvre les moyens pour, qu'au fur et à mesure, cette obligation disparaisse derrière les bénéfices découlant de la démarche d'évaluation.

La démarche d'évaluation révèle les dysfonctionnements ou les imperfections d'une organisation dans une visée d'amélioration continue, mais elle met également en exergue les points forts de l'organisation et les compétences de ses acteurs. C'est, pour la direction, un moyen de valoriser le travail des professionnels souvent en manque de reconnaissance comme à l'EM Thésée. La reconnaissance est une source de motivation comme d'autres facteurs (la responsabilité, l'avancement, l'évolution professionnelle)<sup>82</sup>. La motivation au travail des acteurs est un vecteur de progrès. La contrainte fait également partie de la nouvelle donne dans le secteur médico-social,

---

<sup>82</sup> ENGELBIENNE M 2009 « Dépassement de la conceptualisation de la motivation professionnelle : Création à l'usage des cadres d'un modèle intégré des théories existantes », mémoire cadre en soins de santé Ecole de Tournai

qu'elle soit réglementaire ou budgétaire, elle traverse en permanence notre champ d'activité. La mise en œuvre de la démarche d'évaluation permettra de prouver que les professionnels peuvent se saisir de cette obligation pour en retirer des bénéfices secondaires non négligeables. La reconnaissance constitue un de ces profits.

- Des compétences à disposition comme ressources

Le lancement d'une nouvelle démarche s'accompagne souvent d'inquiétudes légitimes. Pouvoir bénéficier à cet égard d'un étayage représente un avantage certain. Les ressources à disposition rassurent les acteurs. Le groupement de coopération social et médicosocial dispose en son sein d'une personne aux compétences reconnues qui peut accompagner les établissements dans la démarche d'évaluation. Au sein même de l'institution un enseignant intervenant à l'IDEM a participé à un module sur l'évaluation dans le cadre de formation pilotée par l'Éducation Nationale. J'ai personnellement contribué à l'élaboration d'un référentiel et à deux évaluations internes dans le cadre de fonctions antérieures.

- Un climat tendu à apaiser

A l'instar de Roland JANVIER qui prétend que rien n'est plus déstabilisant que la démarche d'évaluation qui agite les équipes<sup>83</sup>, la nécessité d'apaiser à minima les tensions existantes avant d'engager la démarche sonne comme une évidence. Mes premiers pas dans l'institution, comme je l'ai démontré précédemment, ont poursuivi cet objectif. Adossée à un management participatif, mon action s'appliquera à cultiver la confiance donnée aux équipes. Je ne lancerai la démarche d'évaluation que dans un climat suffisamment apaisé que j'évaluerai aux contenus des réunions des IRP et du CHSCT, à la capacité des professionnels à prendre la parole en réunion.

### 3.2.2 Le choix de la méthode entre cohérence et stratégie

- Les impondérables : respect du travail accompli gage de réassurance et reconnaissance

Quelques points me semblent incontournables avant d'engager la démarche d'évaluation. Le respect du travail accompli fait partie de ces points.

Au niveau de la démarche d'évaluation une première production avait été réalisée par une direction précédente qui s'était inspirée d'un référentiel existant « Qualisnap »<sup>84</sup>.

---

<sup>83</sup> « Ce n'est pas l'évaluation qui stabilise le fonctionnement bien au contraire, elle a une faculté d'agitation, de mise en mouvement, de renversement par les questionnements qu'elle génère » JANVIER R 2009 « Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale- communiquer, manager, organiser, agir ». Paris, Editions DUNOD 191 pages, p 78

<sup>84</sup> « **Le Qualisnap** : proposé par le SNAPEI (syndicat national des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales) en partenariat avec l'AFNOR, ce référentiel détermine 97 engagements de service à satisfaire pour

Cette approche pilotée et opérée intégralement par le directeur permettait de répondre rapidement aux exigences légales mais sans répondre sur le fond aux objectifs de la démarche qualité qui se doit d'impliquer l'ensemble des acteurs. Néanmoins ce travail ancien existe et pourra servir de base de données pour la démarche à venir.

Le projet institutionnel réalisé en 2008 représente tout à la fois une première expérience d'une co-construction et rassemble une manne d'informations nécessaires pour débiter une nouvelle tâche. Le projet institutionnel affiche également les valeurs de l'institution et témoigne de sa singularité de son originalité. Il représente un reflet fidèle de la structure au moment de son écriture. Utiliser ce support c'est témoigner d'une volonté de respecter l'identité partagée de l'institution tout en l'inscrivant dans une dimension dynamique. C'est affirmer la volonté de ne pas faire table rase du passé mais de s'en inspirer pour mieux évoluer. C'est aussi reconnaître les professionnels à travers le travail déjà accompli.

Ces documents et l'expérience partagée par les professionnels dans le cadre de l'écriture du projet institutionnel doivent permettre aussi de relativiser l'ampleur de la tâche qui les attend dans la conduite de l'évaluation interne (en termes de quantité de travail).

A ce titre, pour que l'expérience ne soit pas seulement ce que l'on disait CONFUCIUS à savoir « une lanterne que l'on porte sur le dos et qui ne éclaire jamais que le chemin parcouru », il faudra être en capacité de l'interroger la pertinence pour en retirer des enseignements utiles pour l'avenir. Il apparaît déjà à ce stade, intéressant de renouveler l'appui d'un intervenant extérieur qui portera un regard critique sur les expériences passées.

---

un accompagnement de qualité de la personne handicapée mentale. Il se présente en six modules d'engagement et valide 187 niveaux de service.

Les thèmes examinés sont les suivants :

- 1/ Accueil et information - engagement mise en service
- 2/ Analyse de la demande d'entrée de l'entité
- 3/ Administration de l'entité
- 4/ Elaboration du projet individualisé
- 5/ Mise en œuvre

6/ Mesure et amélioration continue de la qualité de la prestation d'accompagnement

Le chapitre 6 "La mesure et l'amélioration de la prestation de service" comportent différentes actions :

- la mesure de la qualité perçue
- le traitement des informations recueillies
- la mise en place d'actions correctives et préventives

Par exemple en ce qui concerne la mesure de la qualité perçue les engagements de service et le niveau de service attendus sont :

Engagements de service    Niveaux de service

L'expression de la satisfaction du participant et celle de sa famille ou de son représentant légal doit être recherchée. " Au minimum une fois par an ou tous les 18 mois.

" Par tout moyen approprié :

- questionnaire auto-administré
- questionnaire assisté (par un intervenant familial)
- au cours d'un entretien »

Rassurer les personnels en s'appuyant sur le travail déjà accompli et sur l'expérience, les valoriser en pointant la qualité de leur production, respecter l'identité de l'institution et donc ses acteurs constitueront les éléments d'un triptyque préalable nécessaire.

- Le choix du style

Si comme nous l'avons développé dans la deuxième partie de notre écrit, la démarche d'évaluation consiste en une succession de étapes générales prédéterminées, le style employé lui, reste à définir. Il est fonction du contexte particulier de chaque établissement et il appartient au directeur de se déterminer sur un style propre. Cette prérogative est une expression non seulement du pouvoir de décision du directeur qui ne fera autorité que si ce choix s'avère légitime, mais aussi du rôle qu'il souhaite jouer dans ce projet et plus généralement dans l'institution.

Compte tenu du diagnostic, des difficultés identifiées, le choix d'un intervenant extérieur pour mener la démarche me paraît plus pertinent. En effet son regard neuf sur le fonctionnement institutionnel garantira sa neutralité et la pertinence de son questionnement candide et bienveillant. Une connaissance pointue du secteur (cadre réglementaire, culture professionnelle, etc.) et du territoire paraît cependant nécessaire pour garantir une vision macro de l'institution. Il doit aussi encourager la réflexion et la production des professionnels. « L'intervenant se situe dans des rôles de facilitateur, de médiateur, d'interprète, et pas seulement dans un rôle d'animateur chargé de distribuer des tours de parole entre les différents participants des groupes de réflexions ». <sup>85</sup> Le profil de la personne employée par le groupement pour mener à bien ce travail d'accompagnement semble correspondre.

Un autre avantage, non négligeable en la matière, réside dans le coût de la prestation qui sera pris intégralement en charge par le siège et n'impactera donc pas le budget de l'établissement. Un bémol néanmoins quant à cette option : elle pourrait en effet, pour certains professionnels, signifier l'intrusion du groupement dans l'institution, synonyme de perte d'autonomie, de normalisation de pensée. Un discours didactique que je porterai et qui sera relayé par les cadres hiérarchiques sera nécessaire à ce niveau pour atténuer cette idée. Il sera soutenu par la démarche participative qui donnera la parole aux professionnels et minimisera cet aspect négatif perçu en assurant une liberté d'expression.

Si la participation des professionnels sur des modalités restant à déterminer est incontournable, celle des familles, des usagers et des membres de l'association gestionnaire pose question.

---

<sup>85</sup> FOUURIAT M, 2011 « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux » Rennes, EHESP 314 pages, page 262

Là encore, il appartient au directeur, en concertation avec l'intervenant extérieur, de décider. Le diagnostic mettrait en avant les relations parfois tendues entre les familles et les professionnels. On peut alors légitimement penser que la participation des familles à la démarche d'évaluation contribuerait à une meilleure connaissance mutuelle et concourrait à atténuer les dissensions éventuelles. Elle représenterait un signal fort symbolisant la volonté de voir évoluer la nature des relations entre l'institution et les familles. Je préconiserai la participation de la représentante du collectif des familles.

Il en sera de même pour l'association gestionnaire. Sa participation à la démarche rappellera aux professionnels le rôle de cette instance et permettra au membre concerné de l'AGEPAPH une implication plus éclairée.

Quant aux usagers, leur participation sera effective : la forme de cette participation reste à définir (questionnaire de satisfaction).

- Organiser et donner les moyens nécessaires

Si le directeur initie la démarche d'évaluation, en définit la méthode, la relance si besoin, il organise également en déterminant la forme qui lui semble la plus pertinente en fonction du contexte.

Dans le cas de l'IdEM, l'idée d'un comité de pilotage, au sein duquel sera clairement identifié un référent responsable de la transmission des informations et de l'animation de la démarche, semble judicieuse. Habituellement utilisé, le groupe de pilotage constitué d'un panel de professionnels représentatifs des métiers présents sur l'établissement constituera mon option. Il sera l'organe d'expression de la collaboration pluridisciplinaire. Il appartiendra au groupe de pilotage de désigner un référent de l'évaluation interne.

La démarche d'évaluation représente pour une structure des contraintes d'organisation car elle mobilise les professionnels (temps de réunions, de travail personnel,..) en marge de leur activité habituelle. Ces contraintes impactent le fonctionnement de la structure et doivent être anticipées.

Cette démarche représente un coût caché que l'on peut évaluer au nombre d'heures consacrées à ce projet multiplié par le nombre de professionnels concernés en fonction de leur qualification et ancienneté. A raison d'un temps de travail de 8 heures par mois on peut chiffrer la dépense annuelle pour un groupe de 7 professionnels rémunérés par l'institution à 17000"/an environ ; soit près de 0,5% du budget prévisionnel de l'IdEM Thésée.

Un coût élevé mais à relativiser en fonction des retours attendus.

### 3.2.3 Une démarche explicitée, organisée et participative

- La communication interne pour la définition des objectifs et la recherche de l'adhésion

La recherche de l'adhésion des professionnels passe avant tout par une communication efficace. Je m'attacherai ainsi à convaincre les personnels de l'importance de la démarche d'évaluation, avec à l'esprit, que rechercher à mobiliser les professionnels, c'est rechercher l'adhésion ; c'est-à-dire, non pas vouloir ce que l'autre voudrait mais vouloir ce que l'autre est capable d'accepter car « le consentement arraché par la peur n'est qu'une révolte paralysée »<sup>86</sup>. J'utiliserai ma connaissance du terrain acquise à travers mes premiers pas dans l'institution car à l'instar de Erhard FRIEDBERG cité par Antoine VEINIARD : « La connaissance et l'écoute du terrain, de ses contraintes comme de ses opportunités constituent donc le premier commandement du bon entrepreneur ».<sup>87</sup> Dans une atmosphère de travail parfois pesante, j'aurai recours à l'humour car « L'utilisation de l'humour dans la communication améliore les relations interpersonnelles, crée une atmosphère plaisante et génère des sentiments positifs de nature à faciliter le changement organisationnel. »<sup>88</sup>

Concrètement, après avoir introduit dans mon premier discours le projet de la démarche d'évaluation, j'informerai les cadres hiérarchiques de la nécessité de la démarche en rappelant ses objectifs : l'amélioration du service rendu à l'utilisateur et la forme qu'elle prendra à savoir une forme participative, similaire à celle choisie pour l'élaboration du projet institutionnel quelques années plus tôt.

Cette communication ciblée sera suivie d'une information à l'ensemble des professionnels et de la programmation d'une première réunion d'information ouverte au plus grand nombre des participants : professionnels, membres du collectif des parents et membres de l'association. Animée conjointement par l'intervenante extérieure et moi-même, elle se vaudra positive, orientée non pas vers le pire qui menacerait, mais vers le bien-fondé de l'entreprise. De l'obligation d'évaluer aux bénéfices de cette démarche, tel sera le sens de la communication. Car les professionnels sont en quête de sens et veulent connaître la raison de leur action d'autant plus avec l'arrivée d'un nouveau directeur.

La communication préside au lancement de la démarche d'évaluation mais l'accompagnera aussi tout au long de son avancée pour garantir sa transparence et l'inscrire dans une habitude professionnelle. Charge au groupe de pilotage de déterminer

---

<sup>86</sup> ROCHE B, MARFOGLIA F, 2006 « L'art de manager- éléments pour comprendre, clés pour agir » Paris, Ellipses 137 pages . page 127

<sup>87</sup> VEINIARD A 2004/1 « Manager sans à priori : dialectique de l'ordre et du désordre », Management & Avenir n°1, p 77-96, p 92

<sup>88</sup> BOTTEGA C 2008/3 « L'humour est-il un outil de management ? » Humanisme et entreprise n° 288 pp 21-34. p 29

les outils les plus appropriés pour garantir une communication efficace (affichage, information sur les temps de réunion ).

- Le groupe de pilotage

La constitution du groupe de pilotage représente une étape essentielle dans la démarche d'évaluation. Si certains auteurs soulignent l'intérêt d'une désignation des participants par la direction pour intégrer le groupe de pilotage arguant que ce travail particulier correspond à une mission spécifique pouvant s'inscrire dans la liste des tâches à réaliser par le professionnel, personnellement, j'opterai pour le volontariat intéressé.

Compte tenu du climat et des tensions qui existaient, je souhaite faire appel aux bonnes volontés en suscitant ainsi l'autonomie des professionnels tout en comptant sur l'adhésion d'un plus grand nombre. Je favoriserai la participation au groupe de pilotage de chaque professionnel par l'attribution d'un volume d'heures à définir utilisable à discrétion par chaque membre du groupe (travail personnel, réunion extraordinaire, entretien avec d'autres professionnels ). Une précision néanmoins : la participation du chef de service éducatif est pour ma part essentielle. Il a en effet, de par sa fonction, une vision globale de la structure et de son fonctionnement et apportera des informations essentielles pour la réalisation du référentiel. Les autres membres autoproclamés seront représentatifs des professions présentes à l'EM.

- Organisation par la mise en place d'un retro-planning

Pour rappel, l'évaluation interne a pour objectif d'apprécier la conformité et la cohérence du projet en vigueur avec les textes législatifs ou réglementaires. Elle contribue à la mise en œuvre du droit de l'usager à une prise en charge et à un accompagnement de qualité, adaptés à ses besoins (article L.311-3,3° du CASF). Le projet institutionnel réalisé en 2008 servira de base à l'élaboration du référentiel.

Le déploiement de l'évaluation interne à l'EM Thésée s'articulera à la loi du 02 janvier 2002, au décret du 15 mars 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe des activités. L'étude de la circulaire du 21 octobre 2011 permettra de préciser le calendrier et le rythme des évaluations, de concevoir sa propre démarche d'évaluation interne, de mesurer les conséquences de l'évaluation sur l'autorisation.

Le calendrier s'organiserà selon la cadence suivante (cf. Annexe 3)

Le groupe de pilotage se réunira une fois tous les 15 jours pour élaborer le référentiel avec comme principe : questionner la façon dont les droits des usagers et la personnalisation de l'accompagnement sont mobilisés, regarder le positionnement de l'établissement dans l'environnement. Le référentiel issu du projet de service définira des priorités évaluatives et il sera construit autour de 10 domaines : Ethique, fondements et valeurs - Prise en charge des relations administratives avec les usagers et leurs familles-

Accompagnement médical, para médical, médico psychologique - Accompagnement éducatif - Accompagnement pédagogique - Accompagnement du service social - Fonctions des services administratifs - Fonction des services généraux - Le milieu physique et les moyens techniques - Le management et la DRH, conformes aux recommandations de l'ANESM<sup>89</sup>. Il partira de la relation à l'usager et se déclinera selon la logique du projet d'établissement.

### **3.3 Les effets attendus de la démarche d'évaluation et son articulation avec quelques outils de management**

#### **3.3.1 Une collaboration pluridisciplinaire améliorée par la contagion, l'acquisition d'un langage commun et le développement de l'apprentissage collectif**

- Dynamique positive de la démarche d'évaluation

La démarche d'évaluation va réinterroger la pratique des professionnels et le projet institutionnel au regard des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM et dans le respect du cadre légal en actualisant les références puisque le projet date de quatre ans. Ainsi, les membres du groupe de pilotage de l'évaluation vont se employer à interroger leur pratique et les procédures en œuvre dans l'institution. Soutenus dans cette démarche par un intervenant extérieur, ils vont prendre conscience des écarts existants et chercher des solutions correctives. Pour ce faire, la collaboration du référentiel fera apparaître le critère, les indicateurs rattachés au critère, les atouts et limites de l'EM en la matière et les questions évaluatives qui en découleront (Cf. Annexe 4). Ce travail donnera lieu à des échanges arbitrés, pour aboutir non pas à un consensus mais à un compromis issu d'une « dispute professionnelle » où chaque individu pourra exprimer son point de vue avec la visée centrale de qualité de service rendu à l'usager dans une prise en charge globale (cf. partie 2). Il ne sera pas question de prévalence d'un secteur professionnel sur l'autre mais de la synergie apportée par la collaboration autour des questions relatives au cadre évaluatif posé par l'ANESM à savoir : promouvoir l'autonomie, la qualité de vie et la santé, personnaliser l'accompagnement, garantir les droits et la participation, protéger et prévenir. La question de l'autonomie, comme vu dans la deuxième partie de mon écrit, sera centrale et dessinera de nouveaux contours dans les interventions des professionnels. L'impact de ce travail se diffusera à l'ensemble des personnels par la mise en œuvre ou la modification de procédures formalisées (exemple : la procédure

---

<sup>89</sup> La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux visés par l'article L312-1 du CASF . ANESM . avril 2009

d'admission ) mais aussi par la communication régulière de l'avancée de la démarche que je contrôlerai.

- Acquisition d'un langage commun malgré des identités professionnelles différentes.

La démarche d'évaluation qui met les professionnels en dialogue autour de leur pratique, qu'elle décline dans le référentiel, participe à une meilleure connaissance du travail de chaque acteur, en décrivant ses missions, en précisant les limites de ses interventions et leurs articulations avec l'organisation . Elle contribue donc à la reconnaissance mutuelle des professionnels. A ce titre elle concourt à faire évoluer les identités professionnelles. (cf. 2.2.3)

Je vais utiliser ce levier particulier de la démarche d'évaluation pour agir également sur l'expérience relationnelle du pouvoir, autre élément constitutif de l'identité professionnelle, en rappelant, à travers les ajustements nécessaires soulevés par la démarche d'évaluation interne, la place et le rôle de chacun au sein de l'organisation.

Les procédures que je validerai, productions du plan d'amélioration, découlant de l'évaluation interne, me permettront à ce niveau de préciser le pouvoir d'action de chaque salarié et de rattraper le déséquilibre identifié entre le soin et l'éducatif.

L'expérience de l'élaboration du référentiel, né d'un « compromis dynamique »<sup>90</sup>, suivie de sa diffusion, contribuera aussi à l'acquisition d'un langage commun.

Le référentiel représentera alors un support de l'expression des valeurs partagées et du sens de l'action à l'HEM Thésée.

L'évaluation interne réinterrogera aussi les outils de l'HEM sous le régime de 2002-2 : le règlement de fonctionnement, le projet institutionnel, le projet associatif et le projet personnalisé. Elle mettra en cohérence ces supports en lien avec le projet de direction visant à rétablir une nouvelle collaboration pluridisciplinaire inspirée par des identités professionnelles réinterrogées.

- Mise en œuvre d'un apprentissage collectif

Par les outils qu'elle met en place (référentiel, procédure, fiche qualité ) la démarche d'évaluation encourage un « processus d'apprentissage collectif » qui engage les équipes de professionnels à évoluer. Elle constitue, à ce titre, un réel vecteur de transformation. En effet, l'engagement de la démarche d'évaluation correspond à une situation de travail qui est exploitée à un second niveau comme une source

---

<sup>90</sup> JANVIER R 2009 « Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale- communiquer, manager, organiser, agir ».Paris, Editions DUNOD 191 pages, page 93

d'apprentissage professionnalisant. Elle concerne l'ensemble des professionnels, les membres du groupe de pilotage en tête et favorise une progression des compétences collectives. On se rapproche ainsi du principe d'une organisation apprenante qui fait des expériences de travail un levier de progression de la connaissance collective. Dans ce cadre, à l'IdEM, la collaboration pluridisciplinaire en référence à l'organisation apprenante se verra améliorée.

### 3.3.2 L'ouverture effective de la structure

- Partenariats originaux inter institutions au bénéfice des usagers

La mise en œuvre de l'évaluation interne va questionner l'accompagnement proposé aux usagers de l'admission à la sortie de l'IdEM. La question de l'autonomie sera interrogée et redéfinie. L'autonomie ne sera plus déclinée séparément. A savoir d'un point de vue pratique : sous un angle médicale et rééducatif centrée sur la capacité physique à effectuer ses transferts (du fauteuil au lit, d'une chaise à un fauteuil), sous un angle éducatif par la capacité à effectuer seul les gestes essentiels de la vie quotidienne, d'un point de vue pédagogique en évaluant les connaissances scolaires. Mais elle sera appréciée d'un point de vue global en lien avec l'environnement et d'une manière dynamique en rapport avec la trajectoire de vie de chaque usager.

La nécessaire confrontation à la réalité de l'environnement et les attentes des familles, dans une visée projective, vont encourager les professionnels à explorer de nouveaux possibles futurs pour les jeunes accompagnés à l'IdEM. Gageons que cette créativité nouvelle suscitée par la démarche d'évaluation produira des actions d'ouvertures et de partenariats.

Aujourd'hui déjà, dans ce nouveau courant de pensée, s'est engagé un partenariat avec l'IdEM de Romagnat (63) et le foyer l'Andahlone de l'Association des Paralysés de France (APF) formalisé par une convention ( cf. Annexe 5) qui souligne, entre autres choses, la nécessité d'échanger sur les pratiques des différentes structures pour s'enrichir mutuellement et proposer un accompagnement plus adapté aux usagers. Cette convention concerne exclusivement le secteur éducatif mais pourrait s'étendre aux autres secteurs professionnels dans une collaboration nouvelle favorisée par la démarche d'évaluation.

- La communication externe facilitée

La démarche d'évaluation interne, en permettant un questionnement approfondi de l'action souligne les points forts de l'institution et dévoile les axes d'amélioration continue. Elle contribue à une meilleure connaissance de la structure par ses propres professionnels. La valorisation des pratiques qui en découle invite les personnels à communiquer plus facilement sur leur savoir-faire. On peut alors avancer que la

démarche d'évaluation permet de communiquer positivement sur l'organisation en interne et à l'externe et sur ses plus-values.

Une fois la démarche engagée, la journée porte ouverte sera un excellent moyen pour juger de l'engagement des personnels à présenter leur institution.

Parallèlement, l'utilisation ponctuelle dans ce contexte de la presse locale pour communiquer sur l'institution, valorise le travail des personnels en mettant en exergue les bienfaits de la collaboration pluridisciplinaire. Elle participe à l'identification de la structure et symbolise la volonté d'ouverture. (Cf. Annexe 6)

- De nouvelles relations avec l'administration et les politiques.

La reconstruction nécessaire de liens nouveaux avec les partenaires incontournables se trouve facilitée dans le cadre de la démarche d'évaluation qui permettra de souligner les insuffisances de l'établissement à ce niveau et de proposer des mesures correctives. Cette démarche affiche de plus la volonté d'interroger le fonctionnement institutionnel et de s'engager dans une dynamique d'amélioration continue. C'est le témoignage d'une posture critique sur ses pratiques anciennes et le signe d'une évolution qui se veut positive. Les invitations lancées à la directrice de la MDPH, à l'inspecteur DTARS, aux élus locaux pour visiter l'institution permettront de les informer de l'engagement de la démarche d'évaluation et de montrer quelles évolutions en découleront. On peut ainsi imaginer que les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM constitueront dans ce domaine une bonne source d'inspiration.

### **3.3.3 Articulation avec les autres leviers managériaux**

La démarche d'évaluation interne ne représente pas le seul et unique levier managérial. Ce serait dévoyer sa fonction première que d'affirmer une telle chose. A ce titre, son articulation avec d'autres outils renforcera les effets du management et la dynamique institutionnelle du changement.

- Une articulation nécessaire des pratiques au projet institutionnel

La démarche d'évaluation et le projet institutionnel se nourrissent mutuellement. Si le projet présente le cadre de l'institution, la démarche d'évaluation en garantit sa dynamique. A ce niveau, ces deux supports présentent des caractéristiques assez proches dans leur conception ainsi que dans les effets qu'ils peuvent générer. L'évaluation apporte néanmoins une touche supplémentaire et prépondérante dans sa confrontation évidente avec la réalité de l'environnement car elle prend en compte l'usager dont elle recueille à minima l'avis (l'usager est spectateur). Elle peut dans une conception plus ambitieuse et en fonction du public accompagné permettre à l'usager d'engager son propre point de vue et de devenir acteur. A l'EM Thésée, dans une voie

médiane, les usagers seront des spectateurs actifs. A cet égard, les outils que la démarche d'évaluation utilisera comme les questionnaires de satisfaction à destination des usagers et de leurs familles enrichiront l'observation.

La collaboration pluridisciplinaire est naturellement plus marquée dans la démarche d'évaluation que dans l'élaboration du projet institutionnel à travers les procédures conjointes qu'elle produit et améliore (procédures d'admission, de signalement, de projet individualisé )

- Articulation avec les outils de gestion des ressources humaines

Dans un climat institutionnel que nous avons présenté comme tendu confirmé par les chiffres du bilan social, la question des risques psychosociaux est patente comme dans de nombreuses institutions médico-sociales. Carol KNOLL<sup>91</sup> identifie trois causes principales à l'émergence de ces risques pour les travailleurs sociaux : « une adaptabilité sans cesse sollicitée depuis plusieurs années » par les modifications réglementaires sensibles dans notre branche professionnelle mais également par trois changements de direction en peu de temps ; « l'accroissement de la charge de travail » exigences soutenues en termes de rendements, demande décrites... ; « caractéristiques de la profession qui en font un secteur en mal de reconnaissance » une reconnaissance professionnelle peu développée à l'EM Thésée. La démarche d'évaluation en participant à la valorisation des professionnels devrait avoir une incidence sur le bilan social qui constituera un indicateur pertinent.

Ce lien entre la démarche d'évaluation et la gestion des ressources humaines tient lieu d'exemple car les relations entre cette démarche et les outils de gestion des ressources humaines sont plus vastes. Ainsi, la démarche d'évaluation peut mettre à jour un besoin de formation sur un thème spécifique, la possibilité d'utiliser une compétence d'un professionnel dans un cadre différent (exemple : un éducateur spécialisé qui possède des compétences au niveau des activités aquatiques peut collaborer avec le kinésithérapeute pendant les séances de balnéothérapie), le besoin d'une compétence spécifique qui orientera la nature d'un recrutement futur ou d'un entretien professionnel .

L'activation de ces outils propres aux ressources humaines comme la formation, l'entretien professionnel, la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, la gestion des risques psychosociaux participe à améliorer la cohérence entre les ressources de l'institution et les besoins des usagers. Elle produit une amélioration du service rendu aux jeunes accueillis et contribue à la valorisation des salariés de l'institution.

---

<sup>91</sup> KNOLL C, décembre 2011, « Réhabiliter un management porteur de sens », ASH 2 n° 2735 pp 30-32

- Articulation avec les outils de gestion budgétaire et financière

Certains passages du décret 2007-975 du 15 mai 2007 nous rappellent les liens existants entre l'évaluation externe d'une part et la gestion budgétaire et financière d'autre part : « L'évaluation externe a pour objectif de porter une appréciation globale sur les points suivants [o] l'adaptation des objectifs aux moyens humains et financiers mis en place [o] les conditions d'efficacité des actions et de réactualisation régulière de l'organisation ». L'évaluation interne, qui est indissociable des attentes de l'évaluation externe, permet de mesurer dans sa phase diagnostic, les écarts entre le service attendu et le service rendu à l'utilisateur. Ces écarts débouchent sur un plan d'action qui a pour objectif l'activation d'une boucle vertueuse entretenant l'amélioration continue. Certaines procédures nouvelles ou améliorées contenues dans le plan d'action répondront à ces objectifs d'efficacité. On pourra, à ce titre, s'inspirer du guide de l'ANAP<sup>92</sup> pour élaborer des tableaux de bord adaptés à l'EM Thésée. On peut ainsi imaginer un outil permettant d'adapter le nombre et la qualification des professionnels présents sur la structure en fonction des besoins réels des usagers à un moment donné. En effet, l'évolution des modes d'accueil, l'externalisation de certains accompagnements, l'intégration scolaire en milieu ordinaire entraînent une fréquentation fluctuante de l'institution et des effectifs journaliers qui varient d'une semaine sur l'autre. Il faut que cette donnée s'accompagne d'une présence humaine appropriée.

A un autre niveau, mais ô combien sensible en institution, à la lecture des comptes rendus des réunions de conseil de la vie sociale se pose la question des repas. La démarche d'évaluation interne débouchera sans aucun doute sur des propositions d'amélioration de la qualité des repas. Les procédures administratives de suivi existantes s'amélioreront et produiront des effets en termes de qualité, mais également d'efficacité. La marge ainsi dégagée par cette opération pourra dans le cadre d'un choix budgétaire être investie et conduire à la réalisation de repas de qualité supérieure au bénéfice des usagers.

Cet aspect de l'accompagnement en institution qui met en relation des professionnels de tous secteurs confondus représente un réel espace de collaboration pluridisciplinaire qui sera interrogé par la démarche d'évaluation et conduira au développement de la collaboration pour l'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Dans cette dernière partie de mon développement qui aborde concrètement les bénéfices de la démarche d'évaluation dans la collaboration pluridisciplinaire à l'EM Thésée, j'ai

---

<sup>92</sup> Guide de l'ANAP juin 2012 « Piloter la performance dans le secteur médico-social Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage : qualité, prestations, ressources, finances »

souhaité dérouler un plan d'action respectueux des usagers et des professionnels. Dans un contexte institutionnel particulier, loin d'engager une épreuve de force pour initier un changement nécessaire, j'ai mis à profit la règle des 100 jours et opté pour une méthode participative et didactique donnant à l'organisation et à ses professionnels les moyens de tracer leur chemin en direction du cap préalablement défini, en lien avec la réalité complexe de notre environnement. Si les procédures et divers tableaux de bord qui découleront de cette démarche contribueront indéniablement à développer la qualité du service rendu à l'utilisateur, ils ne constituent pas une réponse exclusive. D'autres moyens abordés ici et dont la liste n'est pas exhaustive, comme par exemple les outils de gestion budgétaire et financière et de gestion des ressources humaines ainsi que la mise à jour et l'actualisation du projet institutionnel y contribueront.

## • Conclusion

Le diagnostic qui a introduit mon travail a décrit en détail les particularismes de l'EM Thésée.

Sa singularité se décline à différents niveaux : des caractéristiques et spécificités de la population accueillie à l'histoire institutionnelle en passant par les jeux de pouvoirs des acteurs jusqu'au contexte associatif et environnemental sans oublier la situation financière de la structure. L'ensemble de ces critères entremêlés, indissociables les uns des autres confèrent à cet établissement une identité propre et une dynamique particulière.

A ce titre, l'EM était à ma prise de fonction un exemple typique d'une structure en risque d'institutionnalisation comme décrite par JM MIRAMON : « L'institutionnalisation est ce mouvement qui pose l'existence d'une organisation dans une vision statique et circonscrite dans un champ clos qui se justifie de l'intérieur par une position souvent dogmatique et aut centrée. Cette attitude entretient l'institution dans une position simultanée de toute-puissance, d'ignorance ou de mépris pour ce qui les entoure ou ce qui peut interpeller ».<sup>93</sup>

Ainsi, le constat initial que j'ai effectué, et sur lequel se fondait ma problématique, à savoir la prévalence systématique du soin sur les autres aspects de l'accompagnement, s'est confirmé.

J'ai identifié les raisons de cet état de fait par l'analyse institutionnelle et souligné les conséquences pour les usagers (accompagnement non satisfaisant) et les professionnels éducatifs (manque de reconnaissance) : l'ensemble nuisant à une collaboration pluridisciplinaire efficace au service des usagers. Il était nécessaire de trouver une stratégie qui favoriserait le travail en commun des équipes qui se repliaient sur elles-mêmes.

J'ai donc, par la suite, tenté de montrer que, par sa mise en œuvre, l'évaluation interne, exigence légale déclinée à travers les textes régissant notre secteur depuis 2002, pouvait en ce sens, participer à faire évoluer positivement l'institution. Je suis en effet convaincu qu'elle contribuera à rétablir l'équilibre entre les différents secteurs professionnels en interrogeant le sens des missions dévolues à l'EM, partagées par tous les professionnels en lien avec l'environnement et l'ensemble des acteurs, usagers compris.

La démarche d'évaluation interne produira des effets positifs sur la collaboration pluridisciplinaire autour d'un projet commun partagé. Elle constituera ainsi un moteur du changement institutionnel au profit des usagers parmi d'autres leviers que j'ai abordé succinctement et de manière non exhaustive dans la troisième partie de mon travail.

---

<sup>93</sup> MIRAMON JM, juillet-octobre 2002 « Promouvoir le changement » cahier de l'Actif, n°314-317 pp 211-219, p 213

Elle remplira ce rôle si et seulement si son pilotage, que j'assurerais, répond à des préalables transversaux propres aux spécificités de la structure. C'est à ce niveau que mon intervention sera prépondérante. Elle se traduira dans mes choix au rang desquels je préconiserai :

- Le respect de l'histoire car « le changement ne se fonde pas sur le néant, il est indissolublement lié au fait de l'institution et du projet »<sup>94</sup>.
- L'innovation nécessaire qui compose l'évolution sociétale (textes réglementaires, regard porté sur la personne en situation de handicap), et que doit encourager le directeur. Elle témoigne de l'adéquation de la structure avec son environnement sur lequel elle reste ouverte.
- Un management participatif valorisant les professionnels et leur offrant une réelle autonomie dans leur mission. Il garantit ainsi leur implication et constitue alors le seul véritable antidote aux résistances aux changements. Il appartient ainsi aux professionnels de tracer le chemin pour atteindre le cap fixé.
- La conscience aiguë d'une double responsabilité éthique celle qui me lie aux usagers dont j'ai la charge et auxquels je dois garantir la qualité de l'accompagnement et celle qui me lie aux professionnels auxquels je dois fournir les conditions satisfaisantes d'exercice.

L'utilisation de cette opportunité évaluative pour favoriser une nouvelle collaboration pluridisciplinaire au service des usagers constitue aussi un moyen de inscrire l'établissement dans son époque, de lui donner les moyens d'être un acteur politique au même titre que l'usager se devrait d'être un acteur institutionnel. On peut ainsi parler de fonction tribunitienne de l'institution comme définie par Johan PRIOU<sup>95</sup>, qui se situe en posture d'influence par la voie associative sur les politiques publiques par sa double position d'experte et de bénéficiaire indirecte des politiques publiques. C'est concevoir l'institution non pas comme une docile exécutante des directives mais comme une force de proposition, un creuset d'initiatives anticipatrices aux bénéfices des usagers.

Dans une période de tension économique réelle, de rationalisation budgétaire visible, la nécessité de faire évoluer nos organisations se impose. Entre la tentation forte de succomber aux sirènes gestionnaires faisant des résultats l'objectif et la résistance dogmatique stérile obnubilée par le sens des missions, déconnectée de la réalité environnementale, une troisième voie nous invite à l'adaptation, au changement raisonné

---

<sup>94</sup> MIRAMON JM, juillet-octobre 2002 « Promouvoir le changement » cahier de l'Actif, n°314-317 pp 211-219, page 213

<sup>95</sup> « La fonction tribunitienne peut donc se définir comme l'ensemble des actions visant, d'une part à faire reconnaître par la collectivité certains besoins des individus comme des besoins collectifs ou sociaux et d'autre part à faire contribuer la puissance publique à la satisfaction de ces besoins » J PRIOU, les nouveaux enjeux politiques d'action sociale et médico-sociale Paris, DUNOD 2007, p 238

(utilisation éclairée des outils à notre disposition, procédures, tableau de bord) co-construits par les acteurs eux-mêmes gardiens du sens de notre action.

A ce titre, la manière choisie pour mener l'évaluation interne n'est pas neutre. « L'évaluation, considérée comme un instrument d'observation et de compréhension du réel doit être vue comme une prise de position »<sup>96</sup>. A ce niveau elle affirmera l'identité propre de l'institution, participera à témoigner de sa singularité et donnera aux usagers des espaces d'expressions supplémentaires (questionnaires de satisfaction ) qui contribueront à les reconnaître comme acteurs. « L'acteur n'est pas seulement celui qui agit conformément à la place qu'il occupe dans l'organisation sociale mais celui qui tente de transformer les modes de décision, les rapports de domination, les orientations culturelles. »<sup>97</sup> N'est-ce pas aussi cela le enjeu de l'évaluation interne ?

---

<sup>96</sup> JANVIER R 2009 « Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale- communiquer, manager, organiser, agir ».Paris, Editions DUNOD 191 pages, page 48

<sup>97</sup> Sous la direction JJ SCHALLER « Accompagner la personne en difficulté . Politiques sociales et stratégies de direction » Paris, éditions DUNOD 1999 208 pages M LOIZEAU « restituer aux personnes en difficulté la capacité de produire leur vie » pp 188-208, page 208

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

BARBIER J.M (dir.), 1996, « Savoirs théoriques et savoirs d'action », Paris, PUF, 305 pages

BRAUDEL F in « Le temps du monde » T3, 607 pages de Civilisation matérielle, économie et capitalisme, XVIème XVIIIème siècle, Paris Armand Colin 1979 3 volumes

DANANCIER J 2011 « Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif Rocs, référentiel d'observation des compétences sociales » Collection: Action Sociale, Paris, Dunod, 192 pages

DEMAZIERE D, DUBARD C 1997 in « Analyser les entretiens biographiques l'exemple des récits d'insertion », Paris, Nathan, 350 pages.

DONZELOT J, 2003 in « Faire société La politique de la ville aux Etats-Unis et en France. », Paris, Seuil, 364 pages.

GARDOU C, 2005, « Fragments sur le handicap et la vulnérabilité - pour une évolution de la pensée d'action », Ramonville Saint-Agne, ERES, 226 pages.

GRUILLOT E mars 2002 « Petite chronique de la vie comme elle va » Condé sur Noireau, Seuil, 167 pages.

JANVIER R 2009 « Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale- communiquer, manager, organiser, agir », Paris, DUNOD, 191 pages.

JANVIER R 2011 « Ethique de direction en institution sociale et médico-sociale », Paris, ESF, 128 pages

KARSZ S, 2004 « Pourquoi le travail Social », Paris, DUNOD 161 pages,

LIEVRE P, 2002, « Evaluer une action sociale, Politiques et interventions sociales », Rennes, éditions ENSP, 115 pages,

MIRAMON JM, COUET D, PATURET JB, 2009 « Le métier de directeur . techniques et fictions » Rennes, EHESP, 270 pages,

MORIN E 1973 « Le paradigme perdu : la nature humaine », Paris, Editions du Seuil, 253 pages

SAINSAULIEU R, 1985, « L'identité au travail », Presses de la fondation nationale des sciences politiques », 2<sup>ième</sup> édition

STICKER H.J, 1997, « Corps infirmes et société », Paris, DUNOD, 263 pages

STOETZEL J, 1978, « La psychologie sociale », Poitiers, Champs-Flammarion 350 pages, page 248

ROCHE B, MARFOGLIA F, 2006 « L'art de manager- éléments pour comprendre, clés pour agir » Paris, Ellipses 137 pages

DIRIDOLLOU B, 2010, « Manager son équipe au quotidien », Paris, Eyrolles Editions d'Organisation, 208 pages

FOUDRIAT M, 2011 « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux » Rennes, EHESP 314 pages

Sous la direction JJ SCHALLER « Accompagner la personne en difficulté . Politiques sociales et stratégies de direction » Paris, éditions DUNOD 1999 208 pages

### **Articles et Revues :**

MIRAMON JM, juillet-octobre 2002 « Promouvoir le changement » cahier de l'Actif, n°314-317 pp 211-219,

BOTTEGA C 2008/3 « L'humour est-il un outil de management ? » Humanisme et entreprise n° 288 pp 21-34

LEGROS M, 2010/2 « Le médico-social, une nouvelle frontière pour l'évaluation participative ? », Informations sociales (n° 158),

PATURET J.B décembre 2003, « Nouvelles législation et sens des pratiques de direction », cahier de l'Actif 330/331, pp 47-55

ABRY JM, juillet-août 2010 « ARS et médico-social : choc des modèles ou fongibilité » revue Direction(s) n° 76 - pp. 44-45

GAYET D, 2006/2 « Familles et institutions » Connexions n°86 pp. 13-22

KNOLL C 2 décembre 2011 « Réhabiliter un management porteur de sens » ASH n° 2735, pp 30-32, page

DEPOORTER P, 2006/1 « Regard sur l'évaluation », Les cahiers dynamiques n°37, pages 8-11

J LADSOUS, 2006, « Oui à l'évaluation, non à la Démarche Qualité », revue VST n° 92 pp 43-52

M LAFORCADE novembre- décembre 2003 « L'évaluation et la Démarche Qualité . Face au défi de la complexité » cahier de l'Actif n° 330-331 pp. 71-82

BARREYRE JY, BOUQUET B, CHARTREAU A, LASSUS P, 2006 in « Nouveau dictionnaire critique de l'action sociale », Paris, Edition BAYARD p 461

GRIMAUD L, 2007/4 Démarche « Qualité et crise des représentations » EMPAN n°68 pp28-34. p 31

ROSSIGNOL C 29 mai 2007 « L'évaluation dans le secteur social et médico-social. Evaluation de quoi ? Comment ? Et pourquoi faire ? » CREA-PACA Corse

JANVIER R 2010/2 « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : entre positivisme et systémie, l'irruption de la complexité » Communication et organisation, n° 38 pp.193-205

CHAPELLIER JL 2001/1 « Educateur : identité et formation » Pensée plurielle, N°3 p 73-78

MICHIT R, COMMON T et MICHIT H juillet-octobre 2009, « Soignant, pédagogue, assistant social et éducateur . Elément méthodologique pour une coopération constructive », cahier de l'Actif N°308/401 pages 293-315

MARTINET JL 2001/1 un art de la relation in « *Educateur : identité et formation* » Pensée plurielle, N°3 p 73-78

BOUQUET B 2009/2 « Du sens de l'évaluation dans le travail social in informations sociale » N°152 p 32-39

VAILLANCOURT R « Réflexion autour de la perception du changement organisationnel »  
Les cahiers de l'Actif n° 292/293 pp 63- 71

VEINIARD A, 2004/1 « Manager sans à priori : dialectique de l'ordre et du désordre »,  
Management & Avenir, n°1, p77-96,

### **Rapports :**

CHOSSY JF, novembre 2011, Rapport parlementaire, « Passer de la prise en charge à la prise en compte »

J.O Sénat séance du mardi 22 novembre 2011, page 8012 « Evaluations des démarches et outils d'évaluations de la qualité », rapport final CTNERHI, décembre 2002 140 pages

NUSS M juin 2006 « Propositions pour un accompagnement plus humanisé et humanisant et une formation plus adaptée » 140 pages, Rapport

### **Monographie études :**

Etude EPIPAGE 1 menée par l'INSERM (institut national de la santé et de la recherche médicale) mars 2008 Etude Epidémiologique sur les Petits Ages Gestationnels.

CHAUFFAUT D, DAVID E, CREDOC, septembre 2003 « la notion d'autonomie dans le travail social, l'exemple du RMI » Cahier de recherche département, « Evaluation des politiques sociales » dirigé par ANGOTTI M, 101 pages

ENGELBIENNE M 2009 « Dépassement de la conceptualisation de la motivation professionnelle : Création à l'usage des cadres d'un modèle intégré des théories existantes », mémoire cadre en soins de santé Ecole de Tournai

### **Documents divers :**

Infirmité motrice cérébrale, paralysie cérébrale prospective octobre 2009 (document de la fondation motrice) 73 pages , p12

Discours de Nora BERRA à l'occasion de la présentation du programme d'actions en faveur des traumatisés crâniens et blessés médullaires - Hôpital Raymond Poincaré » 9 février 2012

Guide de l'ANAP Avril 2012, « Les coopérations dans le secteur médico-social guide méthodologique-SAGESS-GCSMS », 44-47

Guide de l'ANAP juin 2012 « Piloter la performance dans le secteur médico-social  
Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage : qualité, prestations, ressources,  
finances »

BOUZIDI S . EL AKREMI A, 16 et 17 nov. 2006, XVII<sup>ième</sup> congrès de l'AGRH- « le travail  
au cœur de la GRH » . IAE de Lille et Reims Management School.

ANESM décembre 2008 « Recommandation de bonnes pratiques  
professionnelles » Ouverture de l'établissement à et sur son environnement.

Projet institutionnel de l'EM Thésée 31 juillet 2008

B CARLON L'évaluation des politiques publiques, Territori  
([www.resovilles.com/media/downloads/.../eval\\_carlon300408.pdf](http://www.resovilles.com/media/downloads/.../eval_carlon300408.pdf) )

15 Septembre 2011 : « Evaluer : démêler la complexité des politiques publiques »,  
journées d'étude du club SFE-PACA 17 pages rapport du 29/02/2012

#### **Sites internet consultés :**

[www.anap.fr](http://www.anap.fr)

[www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)

[www.ars.auvergne.sante.fr](http://www.ars.auvergne.sante.fr)

[www.ash.tm.fr](http://www.ash.tm.fr)

[www.directions.fr](http://www.directions.fr)

[www.ehesp.fr](http://www.ehesp.fr)

[www.mediadico.com](http://www.mediadico.com)

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

[www.sfe-asso.fr](http://www.sfe-asso.fr)

Lettre d'information bimensuelle de la Maison des sciences sociales du handicap

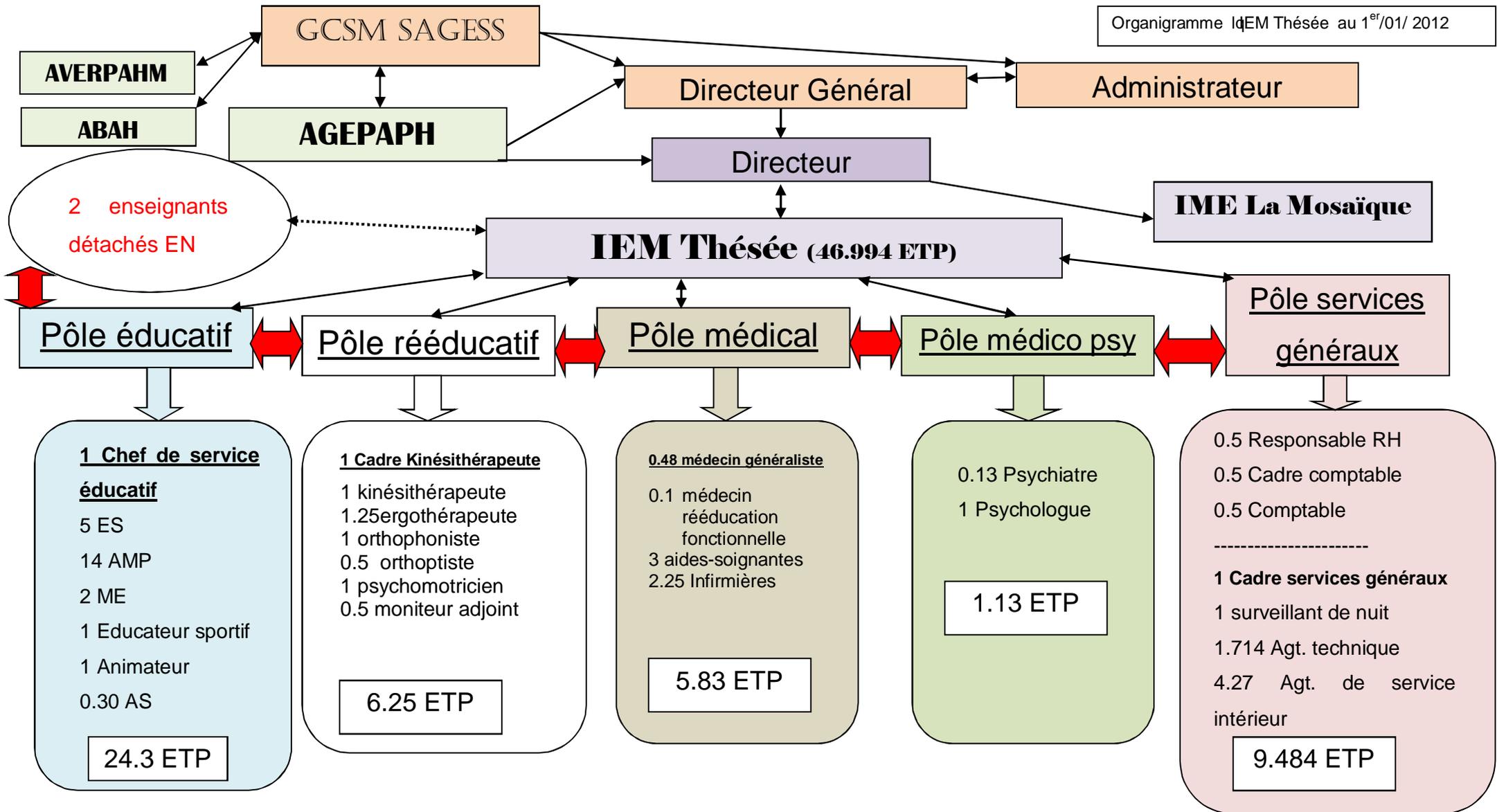
---

## Liste des annexes

---

Annexe 1	Emploi du temps usager : exemple	page II
Annexe 2	Organigramme	page III
Annexe 3	Calendrier de la démarche d'évaluation	page IV
Annexe 4	Référentiel extrait	page V
Annexe 5	Convention partenariale	page VI
Annexe 6	Article de presse	page IX

		Mélanie		Groupe VITAMINE		ES : Pierre		Année 2011/2012	
		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi			
8h00									8h00
	30								30
9h00		Accueil Classe Rachel Mclaire	Kiné Myriam M	Balnéo Elodie	Arts plastiques MClair R Aurélie	Comtes et légendes			9h00
	30								30
10h00		Activité son et musique Marie Claire	Classe	Découverte des pays MClair, Pierre M	Classe	Kiné			10h00
	30								30
11h00		Verticalisation	Verticalisation	Verticalisation	Verticalisation	Verticalisation			11h00
	30	Activité son et musique Marie Claire	Classe	Découverte pays	Classe	Activité espace temps MClair			30
12h00		Déverticalisation	Déverticalisation	Déverticalisation	Déverticalisation	Déverticalisation			12h00
	30	Activité éducative	Classe	Découverte	Classe	Activité éducative			30
13h00		Repas							13h00
	30	Internat		Orthoptie Sandra G	Internat				30
14h00		jeux éducatif internat	graphisme et coloriage MClair R	Activité vitamine	jeux éducatifs MClair R MClair T	Atelier créatif			14h00
	30								30
15h00		jeux éducatif MClair R	temps et saison MClair R Rachel B	Kiné	Lecture histoires MClair R MClair T	Musique			15h00
	30								30
16h00		jeux éducatif MClair R	temps et saison MClair R Rachel B	Activité vitamine	expression orale MClair R	Temps calme vitamine			16h00
	30								30
17h00					Eveil moteur Laure J et Myriam C				17h00
	30								30
18h00									18h00
	30								30
19h00									19h00
	30								30
20h00									20h00

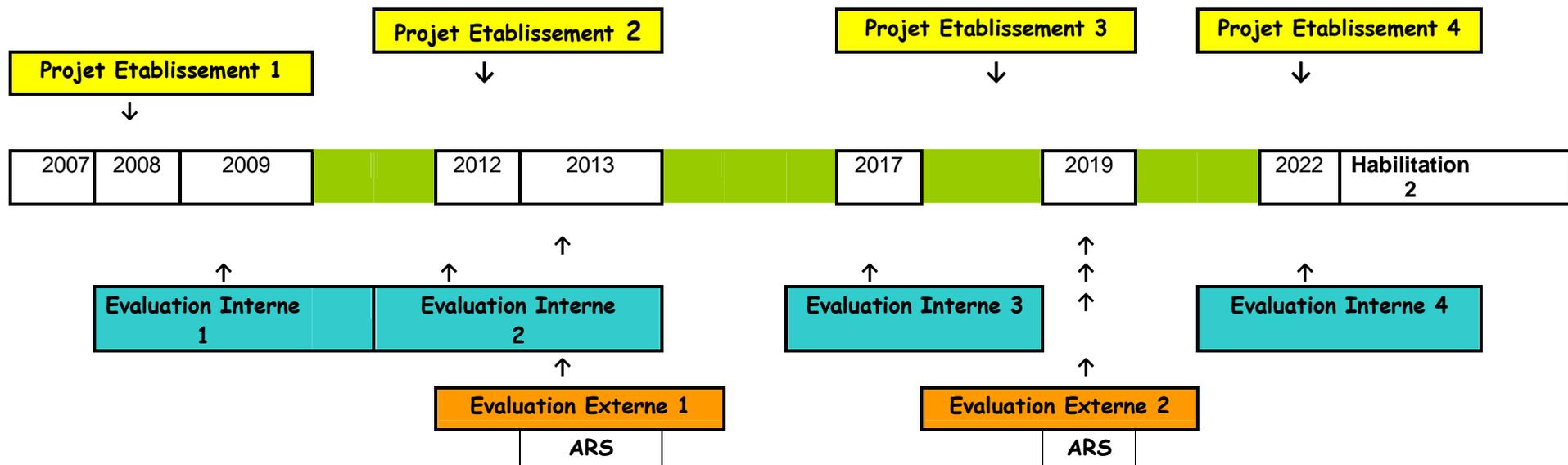


## 2 - Le référentiel pour l'évaluation interne, le projet de service et l'évaluation externe.

L'évaluation interne a pour objectif d'apprécier la conformité et la cohérence du projet en vigueur avec les textes législatifs ou réglementaires, contribue à la mise en œuvre du droit de l'utilisateur à une prise en charge et à un accompagnement de qualité, adapté à ses besoins (article L.311-3, 3° du CASF). Le projet réalisé en 2008 sert de base à l'élaboration du référentiel actuel.

Le déploiement de l'évaluation interne à l'IEM Thésée s'articule à la loi du 02 janvier 2002, au décret du 15 mars 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe des activités. L'étude de la circulaire du 21 octobre 2011 a permis de préciser le calendrier et le rythme des évaluations, de concevoir sa propre démarche d'évaluation interne, de mesurer les conséquences de l'évaluation sur l'autorisation.

Le calendrier s'organise selon la cadence suivante :



Le questionnement évaluatif s'est remis en œuvre afin de rentrer dans le régime de droit commun des évaluations mais aussi dans un contexte où l'IEM Thésée doit stabiliser des outils de pilotage en cohérence avec les autres établissements du groupement SAGESS.

## 1 -Ethique, fondements et valeurs

Engagements de l'établissement :

L'éthique éclaire la finalité et les fondements de l'action de l'ensemble des personnels de l'institution. La philosophie est basée sur la reconnaissance des Droits et Libertés de la personne accueillie, les fondements non négociables sont notamment le respect de la personne, sa protection

Les valeurs fondent la prise en charge de l'enfant laquelle se construit autour des besoins identifiés.

Le travail avec l'usager s'inscrit dans une démarche d'accompagnement qui prend en compte sa trajectoire. (*Parcours ?*)

Critères	Indicateurs	Atouts 😊 😊	Limites 😞 🚫	Questions évaluatives
<b>Promotion et respect des Droits liés à la loi de 2002</b>	La Charte des droits et libertés est diffusée.		Elle n'est pas incluse dans le livret d'accueil. N'est pas présentée aux nouveaux embauchés.	Refaire le livret d'accueil en 2012
	Le livret d'accueil est remis à l'admission	Il est adapté aux parents 😊	Pas actualisé (changements de personnel. )😞	Adapter un livret d'accueil aux jeunes
	Le contrat de séjour est signé après la période d'essai de 8 jours.	<i>Il mentionne la prise en charge personnalisée ???</i>		
	Le Conseil à la vie sociale est conforme au décret du...		Il ne comporte pas de règlement intérieur	Revoir l'application de la réglementation et optimiser sa mise en œuvre.
	Le règlement de fonctionnement est établi selon le décret du...	Il précise les droits et les devoirs des enfants et des familles mais aussi la prestation de l'institution.		A réactualiser
	La personne qualifiée		N'est pas mentionnée et ignorée des personnels et des usagers 🚫	A signifier à l'accueil et proposer un mode de traitement des litiges

# CONVENTION DE PARTENARIAT

Entre :

- IEM de Romagnat
- IEM THESEE de Saint-Pourçain
- FAM L'ANDALHONE

## A/ ORIENTATION DE LA CONVENTION

- Définir les modalités de coopération entre les structures IEM de Romagnat et St Pourçain et le FAM L'ANDALHONE dans le but d'accompagner des jeunes majeurs dans l'élaboration et la construction de leur parcours d'orientation.
- Anticiper et préparer le relais entre les structures pour adolescents et les structures pour adultes et favoriser ainsi l'intégration de ces jeunes majeurs dans ce nouvel environnement.

## B/ PUBLIC CONCERNE

Jeunes majeurs de l'IEM de St Pourçain et de Romagnat âgés de 18 à 20 ans et plus (si orientation FAM).

## C/ ACTIONS ET MOYENS MIS EN ŒUVRE

### *1/ Réunions d'échange entre professionnels des 3 sites*

Analyse de la pratique dans la prise en charge d'une population différente. Mieux se connaître pour mieux comprendre le mode de fonctionnement de chaque structure et ainsi :

- mieux préparer (IEM)
  - mieux accueillir (FAM)
- les stagiaires

**Fréquence** : 1 réunion tous les 4 mois de 14 h à 16 h le vendredi.

**Participants** : l'éducatrice spécialisée de chaque structure + 1 professionnel de l'hébergement par structure.

**Ordre du jour** : co construit par les éducateurs spécialisés  
Posé à la fin de la réunion pour la réunion suivante. La première réunion sur chaque site donnera lieu à la visite du site pour commencer.

**Lieu** : alternativement sur chacun des trois sites  
Première réunion en Juin 2012 à l'IEM THESEE

**Compte rendu de la réunion** : sera fait par l'éducatrice spécialisée qui accueille le groupe de travail et distribué par email aux différentes structures.

### **2/ Calendrier des rencontres entre jeunes et résidents à programmer par semestre**

sur des après-midi "ateliers" le mercredi de 14 h à 16 h.

Mise en place d'activités communes :

- sportives
  - o tournois sarbacane
  - o parcours FRE ...
- culturelles
  - o loto
  - o tournois de wii

proposées par l'un ou l'autre des sites, alternativement.

**Fréquence** : toutes les 6 semaines : établir planning des rencontres au semestre :  
réunion du 23 Mars 2012  
1<sup>er</sup> regroupement en Avril 2012 (25 Avril proposé).

**Participants** : 1<sup>er</sup> groupe de 4 usagers par structure + 1 accompagnateur

### **3/ Ouverture à nos journées exceptionnelles, à nos informations**

Diffuser les informations à l'attention des trois structures pour les informer des évènements, sorties, animations (en amont de l'évènement)  
Responsable : l'éducatrice spécialisée de la structure

### **D/ PLANIFICATION DE L'ACCUEIL DES STAGIAIRES**

Modalités d'accueil pour les 18-20 ans au FAM.

Accueil des stagiaires dès 18 ans sur une durée de 2 semaines avec un retour au domicile sur le week-end.

Une réunion d'accueil le lundi à 15 h avec la famille et les professionnels des 2 structures permettra de poser un premier projet d'accompagnement personnalisé.

Une réunion de bilan le vendredi de la 2<sup>ème</sup> semaine à 14 h donnera lieu à une évaluation du séjour et des suites à en donner (nouvel accueil d'une durée plus longue ou pas)

Réflexion à avoir sur le dossier de précandidature à renseigner par la structure d'origine pour la structure d'accueil : dossier d'accueil temporaire proposé à l'essai

Rythme des séjours :

- 2 séquences de 15 jours dans la 18<sup>ème</sup> année
  - 2 séquences d'un mois dans la 19<sup>ème</sup> année
- le choix de l'orientation se faisant sur la 20<sup>ème</sup> année.

### E/ BILAN DE PARTENARIAT IEM ROMAGNAT – IEM THESEE – FAM L'ANDALHONE

Lors d'une réunion annuelle, premier bilan prévu pour Avril 2013.

### F/ VALIDITE DE LA CONVENTION

La présente convention s'applique à compter de sa signature par les trois parties. Elle sera reconduite, tacitement, d'année en année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties.

Fait en trois exemplaires

A Riom, le 25/04 2012

**Gilbert NOEL**  
Directeur  
FOYER L'ANDALHONE



**Directeur**  
IEM de ST POURCAIN



**C. BOUTEILLER**  
A.G.E.P.A.P.H.  
I.E.M. THESEE  
73, Route de Saulcet  
03500 SAINT POURCAIN SUR SIOULE  
Tél. 04 70 45 81 40  
Fax 04 70 45 06 47

**M. RAUCROY Ivan**  
Directeur  
CMI de ROMAGNAT



INSTITUT D'EDUCATION MOTRICE  
3, rue de la Prugne  
63540 ROMAGNAT  
Tél. : 04.73.62.76.00  
Fax : 04.73.62.76.09  
FINESS : 630 009 207

## CARNET

**SAINT-POURÇAIN-SUR-SIOULE. Cinéma.**  
« Cléo », salle du cinéma-théâtre, Cour des  
Bénédictins, 21 heures.

**Billets.** Concours de l'UNRPA, à 18 heures,  
Maison du Pré, salle du Champ Fossillet,  
Tél. 04.70.47.51.46.

**Routes du Cœur.** 23, rue Marcellin Berthelot  
tenue pour l'EDFL, de 8 h 30 à 11 h 30,  
Tél. 04.70.47.51.46.

**Université Indépendante.** Nombreuses activités,  
Tél. 04.70.45.31.79 ou 06.01.19.83.83.

## SAINT-POURÇAIN-SUR-SIOULE



**CONJOINTS SURVIVANTS. Informations.** L'association des con-  
joints survivants de l'Allier s'est réunie à Saint-Pourçain-sur-  
Sioule, avec la présidente départementale, Marie-Polka  
Saint-Etienne, qui a rappelé le rôle de l'association : ac-  
cueillir, écouter, défendre les droits, prévenir et accompa-  
gner les conjoints survivants. L'association prend en charge  
la formation d'un ou d'une veuve pour permettre la réinsertion  
dans le monde du travail. Le groupe de parole de l'asso-  
ciation est en place avec une psychologue pour recevoir le  
parent survivant et l'enfant ou l'adolescent et l'adulte. Pré-  
cision : les parents et concubins n'ont pas droit à la reversio-  
n. L'assemblée générale de la FAVEC aura lieu samedi  
9 juin, à 9 h 30, à Bourbon-l'Archambault. ■

## Saint-Pourçain → Vivre son pays

**INSERTION** ■ L'Institut d'éducation motrice Thésée encadre de jeunes handicapés dans leur quotidien

## Pour tendre vers l'autonomie

Depuis 1995, l'Institut  
d'Éducation Motrice (IEM)  
Thésée accueille  
trente-cinq jeunes âgés de  
6 à 20 ans atteints de  
myopathie, d'infirmités  
motrices ou cérébrales ou  
ayant subi un  
traumatisme crânien  
nécessitant une prise en  
charge.

**B**ien que le handicap se  
fasse entendre de plus en  
plus, les structures se  
font toujours rares. L'IEM  
Thésée, à Saint-Pourçain-sur-  
Sioule, est l'unique structure de  
ce type pour l'Allier. Les jeunes  
résidents vivent, selon les cas,  
en internat, alternatif, demi-pen-  
sion ou, pour un petit nombre,  
à l'année dans l'établissement.

Unique structure  
de ce type dans  
le département.



**SOIN ET SCOLARISATION.** Au sein de l'IEM Thésée qui encadre des jeunes handicapés de 6 à 20 ans.

Autorité et comité par l'ARS  
(Agence régionale de Santé), fi-  
nancé par l'Assurance maladie,  
géré par l'AGIDMPE, qui intègre  
plusieurs autres structures dont  
l'IME de Monard. L'IME Thésée  
a pour objectif de permettre aux  
jeunes d'acquiescer de l'autonomie,  
lorsque le profil du rési-  
dant le permet et de façon gé-  
nérale de maintenir les acquis.  
C'est à travers trois grands axes  
de travail que l'équipe de la

structure s'organise. En premier  
lieu, les soins qui demandent,  
entre autres, l'intervention de  
kinésithérapeutes, d'orthoptistes,  
d'ergothérapeutes, de médi-  
cins, d'infirmières, d'aides-soi-  
gnants, de psychologues et du  
psychiatre. Le second et le troi-  
sième axe sont l'éducatif et la  
pédagogie, dont sont chargés les  
éducateurs spécialisés, les moni-  
teurs-éducateurs, l'assistante  
sociale et des enseignants spé-

cialisés. Christophe Bouteiller,  
responsable de l'établissement,  
indique : « Nous proposons un  
accompagnement global, afin  
de fournir aux jeunes un ac-  
compagnement personnalisé et  
adapté, toujours en association  
avec les familles. C'est grâce aux  
compétences, à l'expérience et à  
l'investissement de tout le per-  
sonnel que nous permettons  
aux résidents d'accéder à un  
parcours positif pour eux ». Les

professionnels des services gé-  
néralistes et administratifs parti-  
cipent également activement à la  
réalisation du projet institution-  
nel.

Avec une durée moyenne de  
séjour de sept ans, l'établisse-  
ment est un passage pour le  
jeune handicapé, « une période  
durant laquelle tous les efforts  
sont faits notamment pour lui  
offrir une scolarité interne ou  
externe à l'IEM », explique Chris-

tophe Bouteiller. Les équipes  
(soignantes, éducatives et pédago-  
giques) sont amenées à travailler  
de concert et lorsque nous ne  
sommes pas capables d'ap-  
porter une réponse en interne,  
nous profitions des différents ré-  
seaux de professionnels. Nous  
allons chercher les ressources »,  
explique le directeur. L'importan-  
ce de la collaboration et de  
l'insertion entre les différents  
acteurs, dont la famille, tient  
une place importante. À travers  
le conseil à la vie sociale, les fa-  
milles, les résidents ainsi que le  
personnel se retrouvent pour  
échanger sur des questions tou-  
chant, entre autres, au quoti-  
dien, à l'aménagement, aux res-

**Une durée moyenne  
de séjour de sept ans**

Grâce à l'arrivée, en avril pro-  
chain, de l'Institut Médico-Edu-  
catif (IME) de Montet, qui a en  
charge des enfants âgés de 0 à  
20 ans, l'IEM profitera d'une  
mutualisation des compétences,  
ainsi que d'une direction com-  
partimentée. Initialement né d'une  
demande importante auprès de  
l'IME de Montet, le rapproche-  
ment de l'IME apparaît comme  
une boucle historique.

L'après-midi du samedi  
12 mai, l'IME Thésée ouvrait ses  
portes et proposait aux visi-  
teurs de découvrir l'établisse-  
ment et de participer aux diffé-  
rentes animations mises en  
place. « Nous souhaitons nous  
savoir sur l'extérieur et montrer  
ce que nous faisons », ■

■ Pratique. Contact : 04.70.45.31.46.

## Des professionnels passionnés au service de jeunes handicapés

Passionnés par leurs métiers, les  
professionnels de l'IEM Thésée  
ont à cœur d'être aux services  
des jeunes.

Pour Priscilla Oudot, kinési-  
thérapeute, « c'est un sacré tra-  
vail et un sacré challenge au  
quotidien. Nous sommes là  
pour accompagner les consé-  
quences du handicap, travailler  
sur les capacités motrices avec  
parfois l'intervention de chirur-  
gies réparatrices ». C'est le cas  
de Sarah, une jeune fille de  
12 ans, qui a subi une interven-  
tion au niveau des membres in-  
férieurs et qui, six mois après  
une lourde intervention, s'engage  
à la marche dans le service



**RECHERCHE, DISCUSSION.** Le groupe « Solo », âgé de 10 à 11 ans, discute  
sur les pays du monde avec leur éducateur.

de l'IEM.

Même si l'aspect physique est  
essentiel, le travail sur la culture  
généraliste, la lecture, la réflexion  
est également primordial.  
« Nous travaillons beaucoup sur  
le rapport espace-temps, sur la  
constitution de phrases, la com-  
munication. Tout ceci demande  
un gros travail de préparation,  
car il nous faut nous adapter  
pour eux, je répète qu'il n'est  
pas plus de support éducatif  
qui soit adapté aux handicaps  
de nos jeunes », précise Marie-  
Claire Roche, une éducatrice  
présente depuis quinze ans  
dans la structure.

Comme n'importe quels jeun-

es, les résidents sont scolarisés  
et ceux dont le handicap le per-  
met poursuivent leur cursus en  
L1L2 (Unités Localisées pour  
l'Inclusion Scolaire). Le collège  
Blaise-de-Vigenère de Saint-  
Pourçain héberge une de ses unités  
et accueille quelques jours  
des résidents. Parallèlement  
à l'école, c'est aussi indirectement  
une occasion pour les jeunes du  
collège de côtoyer le handicap  
et de rompre l'ignorance sur le  
sujet.

Pour Jean-Marc Chérel, un des  
enseignants spécialisés, « l'IEM  
et l'enseignement dispensé sont  
une transition pour se familiariser  
et mieux repérer ». ■

BOUTEILLER	Christophe	2012
<p align="center"><b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</b></p> <p align="center"><b>CENTRE DE FORMATION : ARAFDES</b></p>		
<p align="center"><b>PROMOUVOIR UNE NOUVELLE COLLABORATION PLURIDISCIPLINAIRE AU SERVICE DES USAGERS D'UN IEM PAR L'ÉVALUATION INTERNE</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La confrontation d'identités professionnelles différentes autour d'une mission commune dévolue entièrement à l'accompagnement d'un public vulnérable n'est pas chose aisée. Trouver les leviers nécessaires à une nouvelle collaboration pluridisciplinaire efficace relève alors d'un défi pour le directeur de l'ESMS.</p> <p>L'EM Thésée, géré par l'AGEPAPH, implanté dans l'Allier a, de par son histoire, entretenu une dissymétrie dans l'accompagnement proposé aux enfants accueillis souffrant de déficiences motrices, privilégiant le soin aux autres pans constitutifs de la prise en charge globale.</p> <p>Cette approche a généré, pour les professionnels du secteur éducatif, un déficit notoire de reconnaissance, préjudiciable à la qualité de l'accompagnement attendu.</p> <p>Le projet de direction prônant un changement significatif, remobilisant tous les professionnels est nécessaire pour réinscrire la structure dans une dynamique d'adaptabilité aux besoins des usagers et au contexte environnemental.</p> <p>La démarche d'évaluation interne, pilotée par le directeur, contribue à initier ce changement en favorisant une nouvelle collaboration pluridisciplinaire.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Acteur - Autonomie - Evaluation - Handicap - Identité professionnelle - Infirmité motrice cérébrale - Management participatif - Myopathie - Prise en charge médicosociale - Travail pluridisciplinaire.</p>		
<p>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</p>		