

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

Directeur d'établissement social et

Médico-social public

Promotion 1999-2000

**L'élaboration du projet d'établissement
dans un IME Public : du diagnostic à
l'analyse,
de la méthode aux perspectives.**

MONTAGNE Jean-Luc

SOMMAIRE

	PAGE
INTRODUCTION :	5
PREMIERE PARTIE (I)	
Bâtir un projet d'établissement à l'IMED : recentrage autour des missions précises en partant d'un diagnostic basé sur l'analyse d'un état des lieux.	9
Chapitre I : La vocation et les objectifs généraux de l'IMED d'Avignon :	9
<i>Section 1 : L'affirmation des missions premières :</i>	9
<i>Section 2 : Le positionnement de l'établissement dans le département :</i>	14
<i>Section 3 : La nécessaire recherche d'outils de motivation et de mobilisation des personnels :</i>	16
Chapitre II : De l'orientation de la politique pour l'enfance inadaptée à l'analyse de l'état des lieux de l'IMED :	17
<i>Section 1 : La connaissance des faits externes</i>	17
1) Le dépistage du handicap, l'approche de l'environnement social, institutionnel, et le rôle de l'établissement :	17
2) Les orientations du 2° schéma départemental du Vaucluse en faveur de l'enfance inadaptée :	21
<i>Section 2 : La connaissance des faits internes</i>	22
1) Le diagnostic d'activité :	22
2) Le diagnostic des ressources humaines :	25
a) Analyse des effectifs de l'IMED :	25
b) La politique de gestion des ressources humaines :	26
3) Le diagnostic financier :	28
a) La section d'investissement :	29
b) La section d'exploitation :	30
c) Analyse financière de l'IMED à partir du bilan 1999 :	32
4) Analyse critique des réunions institutionnelles de l'établissement :	33

DEUXIEME PARTIE (II)

De la méthode employée pour mobiliser et garantir le succès dans la démarche d'élaboration du projet d'établissement aux perspectives pour l'IMED. 34

Chapitre I : Comment bâtir un projet d'établissement : 34

Section 1 : Les différentes étapes qui font l'objet d'une réflexion pour l'élaboration du projet d'établissement : 35

Section 2 : La dimension spécifique de la prise en charge des enfants dans un IME 37

Section 3 : L'intérêt, les caractéristiques de l'établissement et la conduite du processus d'élaboration du projet d'établissement : 38

Section 4 : La conduite du processus : 41

Chapitre II : Du fondement spécifique du projet d'établissement, les stratégies associées et perspectives pour l'IMED d'Avignon : 44

Section 1 : Le fondement spécifique du projet d'établissement dans un IME: 44

1) Le projet individuel : 45

2) Le projet pédagogique : 46

3) Le projet éducatif : 48

4) Le projet thérapeutique : 49

5) Le contexte de l'IMED d'Avignon, avec ses points forts et ses points faibles : 50

Section 2 : Le projet d'établissement et les stratégies associées 53

1) Les stratégies internes : 53

a) Le projet social : 53

b) L'IMED soutien le maintien à domicile : 54

2) Les stratégies externes : 55

a) Animation du réseau médico-social et recherche de complémentarités : 55

b) Développement d'une politique participative des familles : 58

c) Développement d'une politique de communication : 59

<i>Section 3 : Mise en œuvre du projet d'établissement, perspectives pour l'IMED:</i>	66
1) Du décloisonnement de l'IMED à une gestion par objectifs :	66
a) Propositions de décloisonnement :	66
b) Une gestion par objectifs :	67
2) Les perspectives et la programmation opérationnelles :	72
a) Les scénarii possibles :	72
b) Le plan de financement et la programmation opérationnels :	78
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	81
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	83

Préface :

« On ne s'implique efficacement que dans ce que l'on a contribué à créer » Honoré Bernard¹.

¹ Honoré Bernard : « l'hôpital et son projet d'entreprise », édition Privat, 1990

INTRODUCTION :

L'objet du thème à développer est, à travers l'histoire et l'évolution d'un établissement médico-social et des dispositifs retenus au niveau départemental, dans le cadre du stage professionnel de directeur à l'IMED (Institut Médico Educatif Départemental) « Vivaldi » d'Avignon, de permettre une mobilisation à partir d'une réflexion proposée sur la dynamique du projet d'établissement.

L'établissement a pour vocation l'accueil de 70 enfants, adolescents et jeunes majeurs déficients intellectuels et polyhandicapés de 6 à 20 ans avec prolongation possible grâce à l'amendement Creton, orientés par la CDES (Commission Départementale de l'Education Spéciale).

L'ambition n'est pas de construire un projet d'établissement type, mais de proposer les bases d'un travail d'analyse et de propositions nécessaires à la mise en place de manière cohérente et volontaire, d'une démarche globale visant à mobiliser les personnels dans un sens partagé, connu de tous et adapté aux besoins des enfants accueillis.

La notion de projet d'établissement n'est pas récente dans la plupart des établissements médico-sociaux ; elle est l'essence même d'une stratégie.

Avoir un projet, c'est avoir un dessein, une volonté, c'est en d'autres termes, donner du sens à la vie d'un établissement où les enfants sont confiés à des professionnels spécialisés dans le domaine des inadaptations infantiles.

Il n'est donc guère étonnant de parler de projet d'établissement dans le sens où celui-ci fixe un objectif et donne un but à atteindre, pour lequel chacun se mobilisera.

Il est vrai que dans le domaine médico-social, le management évolue nécessairement vers une gestion d'entreprise plus dynamique comparable à ce qui se passe dans le secteur sanitaire.

Certains objecteront l'idée même d'entreprise au nom de la finalité des établissements médico-sociaux et rejetteront avec véhémence cette expression.

Pourtant, le concept d'entreprise n'est pas en soi malsain si on ne confond pas l'organisation et la finalité. Le but ne doit pas dénaturer la notion d'entreprise qui reste liée à un mode organisationnel permettant par la responsabilisation du personnel, et à des dispositifs mis en place pour répondre à une meilleure prise en charge des besoins des usagers².

C'est dans cet esprit d'entreprendre que se situe la démarche de projet d'établissement qui suppose une réalisation en passant par quelques points clés.

Le projet d'établissement pour l'IMED « Vivaldi » d'Avignon constitue un enjeu important, il doit permettre de construire l'avenir, à partir de missions précises, d'un état des lieux, d'un recentrage de l'activité par rapport aux besoins.

Il est nécessaire ensuite de présenter la démarche méthodologique qui a été développée pour garantir le succès d'un tel projet. Le positionnement et la mobilisation des personnels restent un axe essentiel pour garantir et réussir à construire l'avenir de l'établissement.

La mise en œuvre de ce projet d'établissement, fondée en partie sur le projet de vie individualisé, pédagogique, éducatif, thérapeutique, s'articulera également autour des stratégies associées et des orientations définies dans le schéma départemental du Vaucluse en faveur de l'enfance inadaptée.

La notion de projet d'établissement marque le passage d'une direction appliquant les directives émanant de l'autorité étatique à une direction autonome responsable de la définition et de la réussite des objectifs de l'établissement.

² Clément Jean-Marie : extrait d'un article « les cahiers hospitaliers, n°71 de juillet 1992 » sur « le projet d'établissement »

Les « Annexes XXIV », le décret n°56-284 du 9 mars 1956, modifié par les décrets n°88-423 du 22 avril 1988 et n°89-798 du 27 octobre 1989 déterminent les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants et adolescents atteints de :

- déficiences intellectuelles ou inadaptées (Annexe XXIV, décret du 27/10/89)
- déficiences motrices (Annexe XXIV bis, décret du 27/10/89)
- polyhandicap (Annexe ter, décret du 27/10/89)
- déficience auditive grave (Annexe XXIV quater, décret 22/04/88)
- déficience visuelle grave ou cécité (Annexe XXIV quinquies, décret 22/04/88)

La publication des nouvelles « Annexes XXIV » au journal officiel du 31 Octobre 1989 apporte des modifications importantes.

Parmi elles, il est à noter la référence du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique dans les textes³, la précision des objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer la prise en charge des enfants et adolescents admis dans les établissements spécialisés.

Parallèlement à l'apport des textes, l'approche de la politique locale est à prendre en compte.

Le premier schéma départemental en faveur de l'enfance inadaptée a été mis en place dans le Vaucluse en 1991. Son objectif était une adéquation de l'offre et de la demande, qui a intégré le recensement des besoins.

Le deuxième schéma départemental, dont le travail a débuté en 1998 après la phase de bilan du 1^{er} schéma, vient d'être arrêté par le Préfet du Vaucluse en mars 2000.

Le deuxième schéma apporte une approche plus qualitative et de recentrage sur les besoins et sur l'activité des structures, le projet d'établissement de l'IMED « Vivaldi » arrive donc à un moment propice pour véritablement positionner l'établissement et préparer son avenir.

Le projet d'établissement est l'expression d'une démarche commune à tous les professionnels de l'IMED d'Avignon.

³ Article 2, dernier alinéa des Annexes XXIV

S'il est la rencontre des différents projets « éducatif, thérapeutique, pédagogique », tout ce qui l'accompagne et l'entoure est lié à la volonté de fédérer les différents acteurs du secteur médico-social dans un réseau de partenariat où l'affirmation et la promotion du droit des enfants inadaptés deviennent l'expression d'une priorité.

L'élaboration du projet d'établissement s'inscrit dans une démarche prévue dans le cadre de missions précises définies par les textes, et il permet, après une analyse des besoins et un recensement des moyens, de définir pour une période de cinq ans, sous réserve d'être approuvé par les autorités de tutelle, les perspectives d'évolution d'un établissement.

Cette démarche pluriannuelle qui permet de traduire dans les faits des orientations majeures pour l'établissement, doit à la fois être révisable et être en adéquation avec le schéma départemental.

PREMIERE PARTIE (I)

Bâtir un projet d'établissement à l'IMED : recentrage autour de missions précises en partant d'un diagnostic basé sur l'analyse d'un état des lieux.

Les missions et objectifs généraux seront rappelés, et une démarche diagnostic préalable est envisagée pour permettre la construction du projet d'établissement.

Chapitre I : La vocation et les objectifs généraux de l'IMED d'Avignon :

Section 1 : L'affirmation des missions premières :

L'Institut Médico Educatif Public d'Avignon a **pour mission d'accueillir** des enfants, adolescents et jeunes majeurs déficients intellectuels et polyhandicapés de 6 à 20 ans avec prolongation grâce à l'amendement Creton. Les admissions sont prononcées par le directeur après orientation par notification de la CDES. L'étude des admissions fait l'objet d'une commission d'admission.

L'IME « Vivaldi » organise une prise en charge individuelle pour chaque enfant, basée sur **des activités éducatives** reposant sur des activités de vie en société, d'hygiène, des activités physiques, artistiques, des ateliers techniques et de préapprentissage ; **des activités pédagogiques** portant sur l'apprentissage du langage, de l'écriture, de la lecture, du calcul et des activités d'éveil ; **des activités thérapeutiques** visant les observations, examens, bilans et rééducation en psychomotricité, en orthophonie, en soins infirmiers, un soutien psychologique et psychiatrique.

L'établissement a fait l'objet d'une restructuration d'ensemble au cours des trois années qui ont suivi l'autorisation donnée par arrêté préfectoral du 29 mai 1995.

La capacité de l'IMED et les modalités de prise en charge ont été modifiées. C'est à compter du mois de mai 1996 que le service d'accueil de 10 enfants polyhandicapés en semi-internat a été réalisé.

Le SESSAD (Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile) est opérationnel depuis octobre 1997. Le service d'accueil en internat des enfants polyhandicapés a débuté son activité en juin 1998.

L'IMED d'Avignon comporte désormais :

- Un service internat pour déficients intellectuels : 20 places (enfants âgés de 6 à 20 ans)
- Un service semi-internat pour déficients intellectuels : 25 places (enfants âgés de 6 à 20 ans)
- Un service internat pour enfants polyhandicapés : 5 places (enfants âgés de 6 à 18 ans)
- Un service semi-internat pour enfants polyhandicapés : 10 places (enfants âgés de 6 à 18 ans)
- Un service d'éducation spéciale et de soins à domicile : 10 places (enfants âgés de 5 à 12 ans)

Au niveau de l'activité, l'IMED fonctionne en internat et semi-internat sur 206 journées par an à raison de 5 jours par semaine.

L'Institut Médico Educatif « Vivaldi » d'Avignon est un établissement public autonome, doté de la personnalité morale de droit public, sur décision du 1^{er} avril 1993 de l'Assemblée délibérante départementale : le Conseil Général du Vaucluse.

La présidence du Conseil d'Administration de l'établissement est exercée par le Président du Conseil Général ou son représentant.

L'IMED, établissement public médico-social, fonctionne sous le mode de prix de journée versé par la sécurité sociale (CPAM, Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Vaucluse en majorité), il relève juridiquement de la loi 75-535 du 30 juin 1975 et des Annexes XXIV.

La tutelle de l'établissement est exercée par le Préfet du département du Vaucluse qui arrête, chaque année, le prix de journée de l'établissement, et par son service, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales qui exerce le contrôle de légalité.

L'IMED d'Avignon est dirigé par un directeur d'établissement social hors classe et l'équipe pluridisciplinaire⁴ compte 47 agents qui relèvent comme le directeur, du statut de la fonction publique hospitalière⁵.

Pour mieux analyser l'état d'esprit dans lequel se développe le projet d'établissement, il est nécessaire d'évoquer **l'actualité et l'évolution des politiques en faveur de l'enfance inadaptée**.

L'émergence d'une politique en faveur des enfants et adolescents handicapés et inadaptés est récente. Le décret n°56-284 du 9 mars 1956 (Annexes XXIV) a fixé les conditions d'autorisation et de fonctionnement des établissements en fonction des déficiences des enfants accueillis. Cette période s'est traduite par l'ouverture de nombreux établissements.

La mise en place de la sectorisation pédo-psychiatrique par la circulaire n°443 du 16 mars 1972 marque une volonté d'optimiser et de rapprocher l'offre de soins des besoins des enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux.

Une politique globale en faveur de l'enfance et de l'adolescence inadaptées et la recherche de la qualité de la prise en charge sont des orientations qui ont été développées dans le cadre des lois de 1975.

La loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées pose, dans son article 4, le principe du droit à l'éducation pour chaque jeune : « les enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une éducation ordinaire, soit, à défaut, un éducation spéciale, déterminée en fonction des besoins ... », de préférence en milieu ordinaire. Cette loi crée, dans chaque département, une CDES qui est chargée de l'orientation des enfants, et décide de l'attribution de l'allocation d'éducation spéciale.

⁴ Annexe 1 : organigramme du personnel de l'IMED d'Avignon

⁵ Loi n°83.634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Loi n°86.33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

La loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales a permis de mieux définir les besoins et de fixer des modalités de prise en charge des personnes admises dans les établissements spécialisés.

Cette loi a défini les statuts, les règles de création et d'extension, les autorisations de fonctionner, les habilitations à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et les modalités de tarification.

Cette loi dite « **loi sociale** » de 1975, a été modifiée plus de vingt fois, et en particulier par les lois de décentralisation⁶ ayant pour objectifs d'améliorer la coordination des institutions sociales, de développer des outils de planification et de mettre en place les schémas départementaux.

Les lois de décentralisation qui ont eu pour effet de transférer les compétences d'action sociale aux départements, ne concernent pas vraiment le domaine de l'enfance et de l'adolescence inadaptées, qui reste de la compétence de l'Etat, avec des financements de l'assurance maladie.

La circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989 confie aux services déconcentrés de l'état DRASS et DDASS et aux gestionnaires des établissements, la mission de fixer les modalités de prise en charge, et de procéder à une évaluation prévisionnelle des besoins tant quantitatifs que qualitatifs des enfants et adolescents inadaptés au niveau des départements et régions, au regard des règles des nouvelles Annexes XXIV.

Dans le cadre des missions des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales qui ont été fixées par circulaire ministérielle du 27 janvier 1997, et de la circulaire d'objectifs 1998 destinée aux DRASS, DDASS et ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation), il est demandé de coordonner les politiques à l'égard des personnes handicapées.

Cette circulaire précise aux tutelles déconcentrées de l'Etat de veiller avec une vigilance renforcée au respect de la réglementation, en déclenchant, par exemple, des recours contentieux dans le cadre de contrôle de légalité notamment dans les domaines en évolution (budgets des IME et SESSAD, amendement Creton, ACTP, mise en œuvre de la loi du 24 janvier 1997 sur la prestation spécifique dépendance...).

⁶ Loi n°82.213 du 2 mars 1982, loi n°83.663 du 22 juillet 1983, loi n°86.17 du 6 janvier 1986

Aux niveaux déconcentrés, l'administration sanitaire et sociale doit prendre les dispositions qui s'imposent pour assurer un meilleur fonctionnement des CDES et une coordination renforcée des politiques départementales. Dans le cadre des campagnes budgétaires, afin de mieux maîtriser les enveloppes budgétaires médico-sociales, il est nécessaire de développer des outils d'analyse de gestion, de nature à favoriser les comparaisons entre établissements, et ainsi à répartir de façon plus équitable les financements liés aux mesures nouvelles.

La refonte des Annexes XXIV a conduit à une rénovation des pratiques de prise en charge des enfants et adolescents confiés aux établissements médico-sociaux. Une constante se dégage, le caractère global de la prise en charge :

« Elle s'adresse à l'enfant dans son unité et dans l'ensemble de ses besoins ».

Les nouvelles Annexes XXIV insistent sur la nécessité d'assurer, outre les soins, une éducation individualisée à tous les enfants et adolescents quels que soient leurs handicaps et leurs possibilités d'apprentissages. Ce droit à l'éducation est formellement reconnu aux enfants déficients intellectuels et aux polyhandicapés. La prise en charge globale de chaque enfant se traduit par l'élaboration d'un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé, auquel participe l'ensemble du personnel. Ce projet est par nature révisable et tient compte du fait que le parcours d'un enfant peut comporter des passages d'un établissement à un autre (école, CHS, IME, ...). Le directeur de l'établissement médico-social en assure la cohérence et la responsabilité. Une évaluation pluridisciplinaire de l'évolution de l'enfant doit être proposée par l'équipe médico-éducative.

L'IMED d'Avignon réaffirme son souci de **respecter les principes et missions de service public** auquel tout établissement public est chargé d'en assurer l'exercice.

L'action du service est orientée vers le soutien à l'intégration scolaire et à l'autonomie d'enfants et d'adolescents en fortes difficultés d'acquisitions et de troubles psychopathologiques.

Elle vise également à développer la personnalité et la socialisation de ces jeunes à travers un accompagnement de la famille et avec un soutien complémentaire du corps enseignant.

C'est une action globale organisée par la mise en œuvre de moyens médicaux, paramédicaux, psychosociologiques, éducatifs et pédagogiques adaptés.

Elle comprend :

- Un approfondissement du diagnostic,
- L'élaboration d'un projet individuel,
- Sa mise en œuvre,
- L'évaluation régulière de l'action et son réajustement éventuel avec les différents professionnels de l'IMED, les partenaires, ainsi qu'une guidance et un accompagnement dans les orientations (CCPE ,CDES, CHS, SEGPA, CLIS, école ...).

Une des missions pour laquelle l'IME « Vivaldi » est attaché, c'est **la priorité donnée à la place des familles.**

Les Annexes XXIV fixent la participation des familles comme un impératif. La famille doit être associée, autant que possible, à l'élaboration du projet individuel, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation. Elle doit pouvoir chaque fois qu'elle le souhaite participer de façon active à la prise en charge. La volonté de maintien en milieu ordinaire chaque fois que cela est possible et d'intégration scolaire sont réaffirmées dans les textes. La préférence est donnée aux formules d'externat, de SESSAD, et à l'intégration au moins à temps partiel dans un établissement scolaire.

Section 2 : Le positionnement de l'établissement dans le département :

Il est important de souligner la **présence des autres structures** « IME » dans le département du Vaucluse. Il y a neuf IME dont deux publics dans le département du Vaucluse. L'ensemble des IME représente un agrément de 153 places d'internat et 231 places de demi-internat pour la prise en charge des déficients intellectuels. Trois IME dont l'IMED « Vivaldi » sont situés dans le secteur géographique d'Avignon.

L'établissement bénéficie d'un **positionnement géographique privilégié**.

L'IMED d'Avignon est situé sur le même site géographique que le foyer départemental de l'enfance et bénéficie d'une implantation urbaine agréable, la surface totale des terrains pour les deux établissements est de 16 000 m², l'ensemble est propriété du Conseil Général du Vaucluse.

Cette implantation dans le chef-lieu du département permet d'accueillir des enfants et adolescents de l'ensemble du département, mais également des départements limitrophes en particulier le Gard et les Bouches-du-Rhône.

L'établissement bénéficie de la proximité immédiate du Centre Hospitalier d'Avignon qui dispose d'un plateau technique important (SAMU et tous les services actifs de pointes), et à quelques kilomètres, le Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet qui apporte les compétences en terme de suivi psychiatrique et pédo-psychiatrique.

Pour les adolescents de la section de pré-formation professionnelle, le nombre et la diversité des stages permettent des intégrations en apprentissage rapide et un suivi efficace du fait de la situation de l'établissement en ville.

La présence sur le site d'une école annexée, avec cinq enseignants spécialisés de l'Education Nationale, favorise une pédagogie de qualité et un réinsertion en milieu scolaire normal, toutes les fois que cela est possible.

L'environnement et les espaces verts permettent des activités sportives et la détente des enfants, un éducateur responsable du sport adapté est particulièrement avantage dans son activité, car il bénéficie au sein de l'établissement d'un terrain de football, d'un gymnase, et des équipements sportifs de la ville d'Avignon (stade, piscine,...).

Section 3 : La nécessaire recherche d'outils de motivation et de mobilisation des personnels :

La motivation, l'implication du personnel, sa satisfaction sont favorisées par la mise en place d'espaces et de temps consacrés à l'expression, à l'écoute, à l'initiative et à la responsabilisation.

Le travail de supervision, d'échanges sur les pratiques professionnelles, et de régulation, favorisent la réflexion et la remise en cause constructive du personnel sur ses pratiques professionnelles.

Une gestion dynamique du personnel doit être recherchée. Il faut établir un lien entre conditions de travail et mode de management, entre mode de management et projet d'établissement. La démarche de projet exige un style de management participatif et ouvert.

Le processus d'élaboration du projet d'établissement doit jouer un rôle moteur d'investissement du personnel. Il est essentiel que chacun se pose les questions suivantes pour mieux le définir.

Le projet d'établissement : Pour qui ? Pourquoi ? Avec qui ? Comment ?

Ce ne doit pas être un alibi, mais un outil qui permettra :

- D'unifier l'ensemble du personnel autour d'un projet qui est le sien,
- D'identifier les axes que le personnel souhaite privilégier, d'exprimer son savoir-faire différencié par rapport aux établissements similaires
- D'évaluer un travail de qualité déjà mené, souvent pas assez reconnu.

Le projet d'établissement est un moyen d'organisation évolutif, qui permet de déterminer des choix de gestion prévisionnelle de compétences et des objectifs à atteindre. Il doit être élaboré en

respectant certains critères, tenir compte des avis de chacun, permettant son appropriation par le personnel.

Il est nécessaire d'analyser l'existant, de connaître les propositions des différents services. Il faut réfléchir avec les personnels avant de proposer des mesures d'accompagnement aux enfants.

Une analyse du fonctionnement de l'établissement est indispensable, le climat social au sein de l'établissement doit être évoqué. Il est nécessaire « d'informer, d'expliquer, de dialoguer et de convaincre » pour entretenir l'intérêt et la participation active du personnel.

Comme le dit J.M. Miramon « la citoyenneté dans l'établissement repose sur une connaissance partagée du projet commun et sur l'inscription de l'ensemble des acteurs dans ce projet ».

La préparation du PE passe obligatoirement par un diagnostic précis de l'état des lieux.

Chapitre II : De l'orientation de la politique pour l'enfance inadaptée à l'analyse de l'état des lieux de l'IMED :

Le diagnostic préalable de l'établissement, interne et externe intègre l'ensemble des dimensions constitutives d'une institution dans ses composantes, humaines, techniques et d'activité. Il permet de donner un éclairage sur le positionnement de l'établissement, sa culture, son image, un bilan des forces et des faiblesses.

Section 1 : La connaissance des faits externes

1) Le dépistage du handicap, l'approche de l'environnement social, institutionnel, et le rôle de l'établissement :

La loi n°75-534 du 30 juin 1975 a prévu, pour les enfants et adolescents handicapés, des mesures de prévention, de dépistage, et d'orientation ainsi que les mesures d'aides aux familles⁷.

Au niveau de **la prévention et du diagnostic précoce** de détection du handicap, deux types de structures sont spécialisées dans ces missions.

Les CAMSP⁸ (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce) ont pour objectifs le dépistage, le traitement en cure ambulatoire et la rééducation des enfants âgés de moins de 6 ans présentant des déficiences sensorielles, motrices ou mentales. L'objectif de la prise en charge est l'adaptation sociale et éducative de l'enfant dans son milieu naturel. Le CAMSP propose des consultations, des rééducations individuelles et des activités de groupe. Il assure également la guidance et l'accompagnement de la famille et, si nécessaire, une aide à l'orientation vers une équipe relais adaptée à la pathologie, au domicile, à l'âge de l'enfant (pédo-psychiatrie, SESSAD, IME, IR ...). Les équipes d'intervenants sont constituées de médecins (pédiatre, psychiatre...), de rééducateurs (orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes), d'éducateurs, de psychologues et d'assistants sociaux.

⁷ « La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale » article 1 alinéa 1 de la loi n°75.534 du 30 juin 1975

⁸ Les CAMSP sont régis par le décret n°76-389 du 15 avril 1976 qui constitue l'annexe XXXII bis

Les CMPP ⁹ (Centres Médico-Psycho-Pédagogique) organisent le dépistage précoce, le diagnostic, le traitement et l'orientation vers une prise en charge plus adaptée des enfants ou adolescents présentant des troubles neuropsychiques ou du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, de rééducations psychologiques, psychothérapiques ou psychopédagogiques. L'objectif de la prise en charge est la réadaptation de l'enfant ou de l'adolescent en le maintenant dans son milieu familial, scolaire ou professionnel et social. Les équipes de professionnels intervenants dans les CMPP sont identiques aux CAMSP.

La loi reconnaît à tous les enfants handicapés le droit à une éducation scolaire, quel que soit la nature ou la gravité de leur handicap¹⁰.

Un axe prioritaire défini dans le cadre du plan « Handiscol' » par l'Education Nationale insiste sur l'intégration individuelle des enfants et adolescents handicapés dans une classe ordinaire, soit à temps plein ou à temps partiel. Cette intégration individuelle passe par une adaptation des conditions d'accueil dans le cadre du projet individualisé, qui prendra en compte les besoins éducatifs particuliers de chaque enfant handicapé.

En complément de la scolarité, l'intervention d'un SESSAD est souvent souhaitable.

Lorsque les exigences d'une telle intégration individuelle sont trop contraignantes pour l'enfant ou quand l'établissement scolaire se trouve dans l'incapacité de mettre en place le projet individuel, il peut être admis dans une CLIS ¹¹ (Classe d'Intégration Scolaire) à l'école primaire, ou dans une UPI¹² (Unité Pédagogique d'Intégration) qui accueille en collège de petits groupes d'adolescents handicapés mentaux¹³.

⁹ Les CMPP ont été institués par le décret n°63.146 du 18 février 1963 qui constitue l'annexe XXXII

¹⁰ « toute personne a droit à l'éducation (...) » article 26 de la déclaration universelle des droits de l'homme adoptée et proclamée par l'assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948.

« les enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative » article 4 de la loi n°75.534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

¹¹ L'orientation en CLIS est fixée par la CCPE ou la CDES avec un projet d'intégration et une convention d'intégration, les bénéficiaires sont les enfants et adolescents âgés de 6 à 12 ans reconnus handicapés par la CDES ou la CCPE, les objectifs de la prise en charge sont de favoriser l'insertion sociale et scolaire des enfants en intégration collective.

¹² L'orientation en UPI est fixée par la CCSD ou la CDES avec un projet individuel d'intégration élaboré conjointement par le collège et l'équipe de soins ou médico-sociale, les bénéficiaires sont des préadolescents et adolescents âgés de 11 à 16 ans présentant différentes formes de handicap mental reconnu par la CDES ou la CCSD,

Le plan « **Handiscol'** » a été mis en place conjointement par Ségolène Royal, Ministre Déléguée chargée de l'enseignement scolaire et Bernard Kouchner, secrétaire de l'Etat à la santé et à l'action sociale. Il comprend 20 mesures destinées à améliorer la scolarisation des enfants et adolescents handicapés¹⁴.

Elles s'articulent autour de 5 axes :

- Réaffirmer le droit et favoriser son exercice
- Constituer des outils d'observation
- Améliorer l'orientation et renforcer le pilotage
- Développer les dispositifs et les outils d'intégration
- Améliorer la formation des personnels de l'Education Nationale.

La loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées donne également un véritable statut aux personnes handicapées. Sans donner de définition du handicap, ce texte important institue dans chaque département une commission de l'éducation spéciale¹⁵.

La **Commission Départementale de l'Education Spéciale** a pour mission l'examen de la situation et l'orientation des enfants déficients intellectuels.

Le principe de base de la CDES est de laisser le jeune handicapé se développer autant que possible dans son milieu de vie habituel et de préserver la continuité des soins. Si l'enfant vit en milieu familial, il suivra les cours dans un établissement scolaire normal. En cas de nécessité, ou de gravité particulière et pour protéger l'enfant et sa famille, l'orientation pourra se faire vers un enseignement spécialisé, sachant cependant que la révision périodique des situations permettra pour certains jeunes une réintégration en milieu normal.

les objectifs de prise en charge sont de favoriser l'insertion sociale et scolaire des adolescents en intégration collective dans un collège.

¹³ Référence du guide « Handiscol' » pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, page 7, septembre 1999

¹⁴ Référence du guide « Handiscol' » pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, page 38, septembre 1999

¹⁵ Le rôle des CDES est défini dans l'article 6 de la loi n°75.534 du 30 juin 1975

Le rôle de la CDES est primordial, elle est chargée de l'orientation des enfants et adolescents handicapés et transmet des notifications aux établissements susceptibles de les accueillir.

L'IMED d'Avignon a un rôle primordial à jouer dans le cadre de son environnement géographique, économique, et surtout dans la politique médico-sociale.

Il a **un rôle « médico-social »** car il assure des soins et une éducation spéciale aux enfants et adolescents atteints de déficiences intellectuelles. Parmi les neuf IME du département, il existe deux IME publics, l'IMED d'Avignon fait partie des établissements pilotes par la qualité du travail effectué dans ses services.

Il a **un rôle « social », « d'autonomisation » et « d'intégration »** des enfants et adolescents déficients intellectuels dans le milieu scolaire normal ainsi que professionnel.

Cet établissement joue **un rôle économique**, car il emploie 50 agents avec des qualifications importantes et variées (éducateurs spécialisés, aides médico-psychologiques, agents administratifs, ouvriers professionnels) et fait travailler de multiples entreprises qui participent au bon fonctionnement de l'établissement dans le cadre de ses missions de service public.

L'IMED joue un rôle de perfectionnement car il permet également aux personnels de se qualifier et de progresser dans le cadre de la formation continue.

2) Les orientations du 2^e schéma départemental du Vaucluse en faveur de l'enfance inadaptée ¹⁶

La zone d'attraction de l'IMED d'Avignon se situe au niveau du secteur géographique d'Avignon et des environs proches, conformément aux incitations du 1^{er} schéma départemental du Vaucluse (1991).

¹⁶ Annexe 2 : extrait du 2^e schéma départemental du Vaucluse pour la prise en charge des enfants et adolescents handicapés et inadaptés, document final, mars 2000, pages 14 à 19

L'origine de la demande émane de la CDES qui oriente les enfants après dépistages. La majorité des enfants admis à l'IMED sont issus du circuit scolaire, des services et consultations hospitaliers (Hôpital de jour du CHS) de plus en plus, des CAMPS, et des CMPP.

Le 2^e schéma départemental du Vaucluse, en faveur de l'enfance inadaptée, daté de mars 2000, prend en compte les besoins d'accueil à la fois quantitatifs et qualitatifs pour les enfants et adolescents déficients intellectuels, polyhandicapés.

La Commission Départementale d'Education Spéciale est placée dans le 2^e schéma départemental du pilotage de la politique d'intégration scolaire et du dispositif de prise en charge des enfants et adolescents inadaptés ; elle oriente les jeunes par notification.

L'élaboration d'une « Charte Qualité » des établissements dont les objectifs recherchés dans le cadre de la politique départementale sont les suivants :

- Etablir un langage commun sur les conditions de prise en charge conformément aux Annexes XXIV,
- Le positionnement des établissements dans le dispositif de prise en charge,
- Répondre à la politique départementale dont la finalité est de faire en sorte que chaque famille puisse trouver une solution à la prise en charge de son enfant en terme de proximité et de qualité,
- Permettre le développement d'une information généraliste (grand public) ou plus ciblée (familles, écoles)
- Favoriser les contacts et l'accompagnement des familles
- Une réflexion sur les conditions et procédures d'admission.

Section 2 : La connaissance des faits internes

1) Le diagnostic d'activité :

Un travail statistique a permis de réaliser une étude sur l'attractivité, la répartition géographique pour l'internat¹⁷ et l'externat¹⁸, la moyenne d'âge, et de faire l'analyse du diagnostic clinique, de l'environnement social et familial et l'origine sociale des enfants et adolescents admis à l'IMED d'Avignon.

L'étude de l'attractivité, l'analyse de la moyenne d'âge, des catégories de diagnostic, de l'IMED, pour le service d'externat des enfants et adolescents m'ont amené à faire quelques commentaires. Au niveau de **la provenance géographique**, les enfants et adolescents admis à l'externat proviennent pour 96% du Vaucluse, 85 % viennent du secteur géographique d'Avignon. L'établissement répond aux objectifs qui avaient été définis lors du 1^{er} schéma départemental en faveur de l'enfance inadaptée du Vaucluse.

Le nombre des enfants et adolescents pris en charge dans l'établissement était de 30 en 1998, 40 en fin d'année 1999. Ce phénomène s'explique par la chute des effectifs en internat qui est compensée par l'admission d'un nombre plus important d'enfants en externat, l'absence d'un interne est remplacée par l'admission de deux enfants en externat.

Un des premiers objectifs des statistiques est de donner des éléments utiles à la mesure et à l'anticipation des évolutions démographiques et ces indicateurs sont déterminants dans le cadre d'une réponse adaptée aux besoins et d'aménager l'offre d'équipement et de services¹⁹.

L'information statistique s'attache aussi à décrire les caractéristiques spécifiques de chaque type de handicap, afin de les connaître et de mesurer leurs poids respectifs au sein de la structure. L'établissement accueille des enfants et adolescents de plus en plus déficients, avec des troubles cliniques plus lourds. Les enfants admis après orientation de la CDES, ont suivi pour certains une

¹⁷ Annexe 4 : le fonctionnement de l'internat, rapport effectué pendant mon stage à l'IMED et transmis à la DDASS de Vaucluse, à sa demande, en octobre 1999

¹⁸ Annexe 3 : extrait du rapport effectué durant mon stage à l'IMED d'Avignon sur l'évolution des effectifs du service externat des enfants et adolescents déficients intellectuels pour la période de 1997 à 1999

¹⁹ Barreyre Jean-Yves et Marty Jean-Philippe (ANCREAI) : « l'observation dans le secteur médico-social, enjeux et méthodes », édition ENSP – 1999 (chapitre 1, objectifs et enjeux de la démarche d'observation, page 29)

prise en charge en hôpital de jour, il est souvent nécessaire de la poursuivre en même temps que l'externat à l'IMED.

L'environnement socio-économique des enfants et adolescents déficients intellectuels de l'internat et de l'externat a également été appréhendé au travers d'une étude statistique pour mieux connaître l'entourage social et familial, de repérer l'isolement éventuel de certains enfants et les conditions d'hébergement appréciées par l'assistante sociale de l'établissement, afin d'adapter l'institution avec l'accueil personnalisé approprié.

La nature et l'importance des handicaps ont été étudiées à partir d'une évaluation clinique²⁰, cette analyse a permis de constater que l'établissement accueille des enfants et adolescents ne présentant pas des déficiences intellectuelles avec des pathologies simples, mais bien des déficiences mentales avec un retard scolaire sévère et des troubles associés qui obligent à se médicaliser de plus en plus. Ce n'est pas sans poser des problèmes, d'encadrement, et de couverture médicale.

Dans la deuxième partie du mémoire, il sera analysé les actions et projets nécessaires pour permettre une meilleure autonomie, socialisation pour des enfants et adolescents ayant des déficiences et troubles plus importants.

Il faut rappeler que les progrès apportés par l'Education Nationale, dans le cadre de l'intégration scolaire et l'éducation spécialisée avec la mise en place des CLIS et des UPI, obligent la CDES à recourir à un placement en IME lorsque la situation d'un enfant ou d'un adolescent exige des soins importants. C'est l'orientation vers un établissement de type IME qui permet d'offrir une prise en charge scolaire, éducative, et thérapeutique adaptée.

Cette remarque est confirmée par les professionnels de l'IMED d'Avignon qui témoignent de leurs difficultés rencontrées dans les apprentissages, les soins de plus en plus lourds, la baisse du niveau intellectuel, et qui rend d'autant plus complexe l'autonomisation des enfants et leur insertion dans le milieu ordinaire.

²⁰ Annexes 3 et 4 : analyse des catégories de diagnostic, et par diagnostic clinique pour les services d'internat et d'externat pour les enfants et adolescents déficients intellectuels de l'IMED d'Avignon

2) Le diagnostic des ressources humaines

Le diagnostic au niveau des ressources humaines a été possible à partir de la réalisation du « Bilan Social 1999 ». Ce document n'est pas obligatoire pour les établissements de moins de 300 agents²¹. Le **bilan social** répond à trois objectifs, un objectif de connaissance, de dialogue social, d'aide à la décision. Il comporte principalement des informations sur l'emploi, les rémunérations, les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité.

a) Analyse des effectifs de l'IMED :

L'étude du bilan social 1999²² nous permet de tirer quelques enseignements essentiels dont les principaux sont :

- Les effectifs autorisés (47,35 ETP, Equivalent Temps Plein) et réels (45,65 ETP) n'évoluent pas en 1999,
- La répartition des effectifs par catégorie statutaire permet de constater que les titulaires et stagiaires forment 82,35% de l'effectif rémunéré en décembre 1999,
- La répartition par sexe montre que le personnel féminin représente 67% des effectifs,
- La répartition par tranche d'âge montre que deux tranches sont prédominantes, celles de 46-50 ans et 51-55 ans, qui représentent 62,50% des effectifs, enfin 41,66% soit 20 agents qui ont plus de 50 ans. Ces derniers sont susceptibles de faire valoir leur droit à la retraite dans un délai de 5 à 10 ans.

Les données chiffrées du bilan social traduisent la situation de l'établissement, ici c'est le vieillissement des effectifs qui est constaté.

En terme de coût, les personnels ont des rémunérations plutôt élevées. Le coût moyen annuel par agent est de 240 000 francs, la rémunération élevée provient de l'ancienneté acquise dans la carrière, et de la qualification de la plupart des agents en catégorie B.

²¹ Article 1 du décret n°88.951 du 7 octobre 1998 relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86.33 du 9 janvier 1986

²² Annexe 6 : extrait du bilan social de l'IMED d'Avignon pour l'année 1999, pages 3 à 11

Le personnel d'encadrement représente 66,67% de l'effectif total de l'établissement.

Un atout pour l'établissement, l'expérience des personnels qui bénéficient d'un savoir-faire auprès des enfants et adolescents.

-La répartition des effectifs par ancienneté dans l'établissement permet de constater que 70,83% des effectifs ont une ancienneté supérieure à 10 ans dans l'IMED, et 41,67% des personnels ont plus de 20 ans de présence. Ces constatations montrent que les mouvements des personnels sont faibles.

b) La politique de gestion des ressources humaines :

La gestion des « ressources humaines », appellation qui à mes yeux fait plus référence à la valeur économique des professionnels et pas à la valeur réelle des personnels qui travaillent dans un établissement médico-social avec leur diversité, leur sensibilité, leur intelligence. Nous aborderons plus la politique de gestion des personnels qui repose essentiellement sur la formation, la politique d'amélioration des conditions de travail, avec comme objectif la qualité de la prise en charge des enfants et adolescents admis dans l'IMED.

Les actions de formation professionnelle inscrites dans le plan de **formation continue**²³ de l'établissement a permis à 9 agents de bénéficier de formations individuelles pour maintenir ou parfaire la qualification professionnelle.

Il y a eu 4 formations « intra » pour les services avec comme thèmes principaux :

- 1) la supervision pour le SESSAD,
- 2) la violence en situation professionnelle pour l'ensemble des services,
- 3) le soutien à la pratique professionnelle dans le service des enfants polyhandicapés,
- 4) une formation sur les gestes de premiers secours pour l'ensemble des services,

La finalité de la formation professionnelle est ici d'assurer l'adaptation de l'établissement aux évolutions des techniques et l'amélioration des conditions de travail.

²³ Le décret n°90.319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière

Les actions de formation visant à l'acquisition de connaissances, d'aptitudes ou de compétences, doivent comporter également des objectifs, des moyens pédagogiques et un dispositif d'évaluation. La formation en interne à l'IMED d'Avignon sur le thème de « la violence en situation professionnelle » réalisée pour tous les services a permis, de donner la parole aux professionnels, d'être à l'écoute des difficultés rencontrées par chacun dans le travail de terrain, le climat social souvent tendu entre les équipes s'en est trouvé changé, améliorant de fait l'ambiance au travail.

La connaissance **des conditions de travail** passe par l'étude de quelques variables comme l'absentéisme et le nombre de temps partiel, elle constitue une des voies utilisées pour mettre en place une politique d'aménagement et d'amélioration au travail.

Le nombre de journée d'absence²⁴ au travail, pour l'année 1999 à l'IMED, représente au total 865 journées, les journées de maladie ordinaire ont diminué de 30% entre 1998 et 1999, mais deux accidents ont entraîné 155 journées d'absence pour 1999.

Au niveau de l'ergonomie, dans le service des enfants polyhandicapés, les charges de manutention sont importantes. Le personnel a été formé à ces contraintes et les matériels adaptés de type « lève-malades » sont utilisés.

Le personnel vieillissant est plus susceptible d'être concerné par la pénibilité du travail de manutention, il est donc important de mener une réflexion sur les possibilités d'affectation du personnel plus fragile, dans la mesure du possible, vers des postes de travail nécessitant moins de manutention.

Sur l'ensemble de l'établissement, le faible taux d'absentéisme qui est de 5%²⁵, doit pourtant être analysé au nombre de jour d'ouverture de l'IMED, cela relativise l'intérêt que nous pouvons donner aux chiffres.

²⁴ Annexe 6 : extrait du bilan social de l'IMED d'Avignon pour l'année 1999, pages 9 à 10

²⁵ Chiffres communiqués lors du comité technique paritaire (CTP) de l'IMED du 30 mars 2000

Le nombre des agents occupant un « temps partiel » accordé par le directeur est de 6 agents, soit 12,5% des effectifs de l'IMED confirme le souci d'améliorer les conditions de travail.

Le rapport 1999 du médecin du travail réalisé après une année d'activité, et une visite des locaux est très satisfaisant au niveau de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail.

Le diagnostic basé sur l'état des lieux de l'IMED d'Avignon ne serait pas complet si l'analyse n'intégrait pas l'étude de la situation financière.

3) le diagnostic financier :

Pour réaliser ce travail, il est nécessaire d'aborder **la situation budgétaire et financière** de l'établissement au niveau de l'étude du bilan, de la section d'investissement et de la section d'exploitation à partir des chiffres du compte administratif 1999. En effet, il est primordial pour un directeur de maîtriser parfaitement les données essentielles de la comptabilité hospitalière, reprises dans l'instruction M21, pour comprendre et analyser les conséquences des décisions.

a) La section d'investissement :

La SI (section d'investissement) regroupe les opérations qui modifient le patrimoine de l'établissement au cours d'un exercice, elle enregistre les mouvements de capitaux (acquisitions, remboursements) en classe 1, les achats de terrains, d'immeubles, d'équipements de matériels, de mobiliers en classe 2.

Pour l'IMED, les recettes de la SI proviennent des amortissements du matériel essentiellement, d'un emprunt réalisé en 1996 auprès du Crédit Foncier de France de 2 560 000 francs pour la construction du service « les Micocouliers » qui accueille dans la journée 10 enfants polyhandicapés externes et 5 internes, et des affectations d'excédents de la section d'exploitation.

La section d'investissement pratiquement inexistante en 1994, a connu une nette progression à partir de 1995, du fait d'une politique volontariste d'investissement du directeur récemment en poste dans l'établissement.

Tableau n°2 sur le montant des amortissements (compte 28 de la SI = compte 68 de la section d'exploitation) : (chiffres tirés des comptes administratifs, recettes SI)

Années	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Chiffres						
Montant	49 800	112 824	184 275	284 409	284 798	298 570
Augmentation en %		126,55%	63,33%	54,34%	0,13%	4,83%

Le montant des amortissements devrait s'élever à 325 700 francs pour l'année 2000, soit une progression de 9,09% entre 1999 et 2000.

Cette politique d'augmentation de la SI a été possible grâce à l'accord de la DDASS qui autorise l'affectation des excédents de la section d'exploitation (SE) à l'investissement.

Pour l'exercice 1996, 700 000 francs d'excédents ont été repris pour l'aménagement de l'internat des enfants polyhandicapés.

En 1997, 300 000 francs d'excédents ont permis en partie le remplacement de la chaufferie.

En 1999, 366 381 francs d'excédents ont été affectés pour l'achat d'un mini-bus et d'autres équipements.

Au niveau des dépenses de la SI, elles sont consacrées aux remboursements des emprunts et des dépenses d'équipements.

L'étude de l'état de vétusté du patrimoine a permis de constater que le bâtiment principal accueillant le service d'internat et d'externat pour les enfants et adolescents déficients intellectuels, ainsi que l'école annexée ont besoin de travaux, et de réaménagements.

b) La section d'exploitation :

La SE (section d'exploitation) regroupe les opérations liées à l'activité de l'établissement, elle enregistre l'ensemble des dépenses et des recettes destinées au fonctionnement de l'IMED. Au niveau comptable, elle comprend des dépenses en classe 6, des recettes en classe 7, les résultats sont affectés selon les textes en vigueur (instruction comptable M21), avec l'accord de la DDASS.

Tableau n°3 sur la **Section d'Exploitation**, compte administratif 1999 :

Recettes

Recettes	Net constaté au compte administratif 1999	Comparaison en % par rapport au total de la classe 7
70615 Prix de journée	15 849 527,09	97,16%
708 Produits des activités annexes, 75 recettes diverses, 77	462 682,82	2,84%
Total	16 312 209,91	100%

L'étude des recettes n'entraîne qu'un bref commentaire de ma part, au niveau des produits des activités annexes (compte 708) qui correspondent à l'encaissement de recettes provenant de l'activité de locations des locaux de l'IMED, pendant la fermeture de l'établissement.

Tableau n°4 sur la **Section d'Exploitation**, compte administratif 1999 :

Dépenses

Dépenses	Net constaté au compte administratif 1999	Comparaison en % par rapport au total de la classe 6
60 Achats	571 941,14	3,84%
61 Services extérieurs	584 299,64	3,92%
62 Autres services extérieurs	1 608 801,41	10,80%
63 Impôt, taxes et versements...	977 348,95	6,56%
64 Charges de Personnel	10 611 636,36	71,23%
65 Autres charges de gestion	5 000,00	0,03%
66 Charges financières	201 135,88	1,35%
67 Charges exceptionnelles	38 178,11	0,26%
68 Dotation aux amort., prov.	298 570,88	2,01%
Total	14 896 912,37	100%

L'analyse de la situation par poste comptable permet de constater que les dépenses relatives aux charges de personnel représentent plus de 2/3 du budget de fonctionnement de l'IMED, soit 77,79% des charges totales de la classe 6 de la SE.

Dépenses (classe 6)	14 896 912,37
Recettes (classe 7)	16 312 209,91
Excédent comptable	1 415 297,54

L'exercice 1999 s'est soldé par un excédent comptable de 1 415 297,54 francs. C'est la marque d'une bonne activité des services (recettes supplémentaires), et des économies réalisées dans la gestion annuelle, et au niveau du personnel du détachement d'un cadre socio-éducatif au CHS de Montfavet.

Une remarque est à faire sur l'importance du montant des dépenses enregistrées sur le compte 624 « transport des usagers » qui est de 572 299,86 pour l'exercice 1999. En effet, les enfants et

adolescents admis dans un établissement médico-social bénéficiant de la gratuité des transports du domicile à l'IMED, cette charge incombe à l'établissement.

c) Analyse financière de l'IMED à partir du bilan 1999 :

Le bilan, photographie comptable de la structure, de la valeur de son patrimoine existant, est nécessaire au directeur pour connaître la situation financière et orienter ses priorités engageant l'établissement.

La signification financière du bilan et sa décomposition sont réalisées à partir de l'analyse en trois groupes d'éléments :

- FDR, Fonds De Roulement
- BFR, Besoins en Fonds de Roulement
- Trésorerie

La trésorerie est le résultat d'une différence entre les biens à l'actif et les financements au passif.

$$\text{FDR} - \text{BFR} = \text{Trésorerie}$$

Pour l'IMED d'Avignon, le bilan financier de 1999 permet de fournir les chiffres suivants :

FDR net positif	3 576 608,93
-	
BFR	1 447 217,38
=	
Trésorerie	2 129 391,55

L'établissement a une trésorerie positive, car le fonds de roulement est suffisant pour couvrir les besoins engendrés par l'exploitation. L'existence d'un fonds de roulement est une donnée favorable, l'IMED connaît une bonne situation financière.

4) Analyse critique des réunions institutionnelles de l'établissement²⁶ :

²⁶ Annexe 1 : organigramme du personnel de l'IMED d'Avignon

L'observation du fonctionnement et du mode de management de l'établissement, m'a permis de constater la mise en place de réunions hebdomadaires du lundi matin, de 9h30 à 10h30, la réunion de coordination, et de 10h30 à 11h30, la réunion de maîtrise.

La réunion de coordination est composée du directeur, du directeur de l'école annexée, du cadre socio-éducatif, de la psychologue, de l'infirmière responsable du service des enfants polyhandicapés « les Micocouliers », des coordinateurs²⁷ des services, de l'assistante sociale, et d'autres professionnels selon l'ordre du jour. Cette réunion a pour objet d'évoquer le fonctionnement des services, les divers dysfonctionnements, le travail réalisé auprès des enfants, les projets futurs. Bien que la réunion de coordination permette d'aborder de manière concrète l'ensemble des problèmes rencontrés dans le fonctionnement quotidien des services, elle dépasse souvent le temps prévu, elle est un lieu de revendications et de positionnement de pouvoir de certains membres de l'encadrement de l'établissement au détriment de l'expression d'autres agents. De plus, le temps consacré pour parler des enfants est souvent insuffisant.

La réunion de maîtrise, composée du directeur, du directeur de l'école annexée, du cadre socio-éducatif, de la psychologue, de l'infirmière responsable du service des enfants polyhandicapés « les Micocouliers » aborde le fonctionnement et les orientations de l'établissement. Cette réunion fonctionne efficacement du fait du nombre restreint des participants.

Un compte-rendu est élaboré après chacune des réunions de coordination, et de maîtrise, il est transmis systématiquement dans chaque service.

La procédure d'accueil et le fonctionnement des réunions de synthèses feront l'objet d'une analyse dans la deuxième partie du mémoire.

Après avoir rappelé les missions de l'établissement et réalisé un état des lieux le plus sincère et exhaustif possible, il est important d'aborder maintenant la méthode mise en œuvre pour réussir la démarche d'élaboration du projet d'établissement.

²⁷ Coordinateurs : éducateurs spécialisés qui sont chargés de transmettre dans leur service les décisions et orientations prises dans le cadre du fonctionnement de l'établissement, et au niveau de la prise en charge des enfants.

DEUXIEME PARTIE (II)

De la méthode employée pour mobiliser et garantir le succès dans la démarche d'élaboration du projet d'établissement, aux perspectives pour l'IMED.

La méthode utilisée doit être adaptée à la taille de l'établissement et tenir compte de la diversité des métiers pratiqués.

La mise en place du projet d'établissement repose sur :

- une démarche participative de l'ensemble du personnel ;
- une démarche « qualité » fondée sur la culture d'établissement, orientée vers la prise en charge des enfants, la gestion du personnel et l'adhésion des familles au projet individuel proposé pour leurs enfants.

La méthodologie de la démarche est centrée sur les enjeux de la réussite du projet d'établissement, les missions de l'établissement, la place de l'enfant au cœur d'un dispositif où il évolue, dont la souplesse des modes de prise en charge a été recherchée.

Chapitre I Comment bâtir un projet d'établissement :

C'est d'abord, une dynamique basée sur une méthode.

Véritable moteur et moyen de cohésion des personnels, le projet d'établissement doit être élaboré dans un souci constant de reconnaissance du savoir-faire, de concertation, de participation. Il doit déboucher sur un travail collectif, et reposer sur une vision prospective prenant en compte les besoins à satisfaire pour des enfants et adolescents handicapés et inadaptés, tout en intégrant les principes du schéma départemental.

Les différentes étapes du projet font l'objet d'une réflexion où l'avis de chacun a été recherché pour faciliter l'appropriation du projet par le personnel.

Section 1 : Les différentes étapes qui font l'objet d'une réflexion pour l'élaboration du projet d'établissement :

La première phase est une **phase d'élaboration** qui permet de développer une réflexion sur les pratiques et les ambitions de l'établissement.

Pour l'IMED, un comité de pilotage²⁸ a été chargé de mener une réflexion sur des thèmes prioritaires comme :

- Les missions de l'IMED d'Avignon, l'établissement et son adéquation par rapport aux textes
- Les effets de la restructuration réalisée de 1993 à 1998
- L'évolution des pratiques et des métiers
- La place de l'enfant dans l'institution, et des familles
- La place de l'établissement, son environnement
- Les partenaires.

La deuxième phase appelée **phase de consultation** a reposé sur une procédure participative du personnel sous la forme de groupes de travail, composés à la fois de membres du comité de pilotage et de professionnels de chaque service.

L'apport d'un consultant extérieur, a permis une implication plus neutre, un regard extérieur, et ainsi de mieux canaliser et cerner les forces et ressources de l'établissement. La présence d'un auditeur externe présente l'indéniable avantage de ne pas être impliqué dans la vie de la structure et permet à chacun une libre expression qui favorise l'élaboration du projet d'établissement. Le diagnostic réalisé devient le plus vrai possible pour permettre une conception efficace du projet d'établissement.

Le choix porté sur le CREAI de PACA, Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées de Provence Alpes Côte d'Azur, s'est fait par rapport à la qualité de la démarche proposée par un de ses conseillers techniques, le CREAI de PACA a de plus démontré son savoir-faire en matière d'observation et de conseil de l'enfance inadaptée.

²⁸ Annexe 7 : Composition du comité de pilotage et calendrier des interventions du CREAI

Cet organisme a été amené à participer à la préparation du schéma départemental de Vaucluse, et un conseiller technique du CREAM a proposé 14 interventions d'une demi-journée pour mener à bien l'objectif que l'IMED d'Avignon s'est fixé pour l'année 2000 : l'élaboration du projet d'établissement.

Le comité de pilotage est chargé de valider les travaux des groupes de travail portant sur le projet pédagogique, éducatif, et thérapeutique, colonne vertébrale du projet d'établissement, sachant que des projets de services existent déjà, mais n'ont pas toujours été finalisés par écrit.

La troisième phase nommée **phase de réalisation** est consacrée à l'écriture des orientations préconisées, répondant aux besoins des enfants et adolescents accueillis, en adéquation avec le schéma départemental. Les moyens nécessaires à la mise en œuvre seront également évoqués.

Cette phase est la plus délicate, car elle engage l'avenir de l'établissement. La position d'attente d'une réponse de la DDASS concernant la pérennisation du service d'internat pour les enfants et adolescents déficients intellectuels, ne doit pas entraîner l'arrêt d'autres propositions de prise en charge et de perspectives d'évolution de l'établissement, notamment au niveau du SESSAD, la proposition de création d'une section pour la prise en charge d'enfants autistes, et l'accueil d'enfants atteints de handicaps multiples, ainsi que des enfants handicapés moteurs.

La quatrième phase fondamentale du projet d'établissement sera la **phase d'évaluation**. Elle doit être réalisée pendant l'élaboration du projet d'établissement dans le cadre de bilans intermédiaires, pour permettre des ajustements en raison de l'évolution de l'environnement externe comme la présentation du nouveau schéma départemental, arrêté en mars 2000 en Vaucluse et la diffusion du rapport d'information²⁹ déposé par la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales, présenté par Monsieur le député Pascal TERRASSE sur la réforme de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions et médico-sociales.

²⁹ Bloch-Lainé Jean-Michel : intervention sur « la réforme de la loi sociale » le 31 mai 2000, à Aix-en-provence, dans le cadre de l'assemblée générale de l'URIOPSS, l'Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux PACA Corse

Section 2 : La dimension spécifique de la prise en charge des enfants dans un IME

La place de l'enfant dans un IME et les actions sur la déficience sont essentielles.

Pour bien comprendre les besoins des enfants et adolescents inadaptés, il est nécessaire de partir du développement individuel de chaque enfant et de son évolution passée. L'ensemble du travail des professionnels permet d'élaborer un projet adapté pour chaque enfant à partir de la connaissance des possibilités sensorielles, motrices, et des moyens d'acquisitions, avec l'implication recherchée des familles.

Il faut pour cela agir sur la valorisation du rôle des éducateurs dont la mission est d'accueillir les enfants, pour que l'intégration à l'institution se fasse sans rajouter au trouble existant.

La prise en charge doit permettre aux enfants d'acquérir une autonomie, d'être reconnus, chaque enfant acceptant sa prise en charge en respectant l'environnement et la différence des autres. L'établissement devient un milieu protecteur pour l'enfant où il s'épanouit.

L'avenir pour chaque enfant déficient intellectuel, ou polyhandicapé admis à l'IMED d'Avignon, doit lui permettre d'apprendre à vivre en essayant d'accepter sa différence et d'accepter celle des autres. La durée moyenne du séjour à l'IMED étant de deux à cinq ans et quelquefois plus, elle permet de prendre le temps pour évaluer les besoins des enfants inadaptés, connaître et accompagner les familles, et de proposer un projet individuel pour chaque enfant, et de faire au moins deux bilans-projets par an.

Il est nécessaire d'accompagner chaque enfant pour permettre d'agir sur les troubles, développer les potentialités dans le but de rendre chacun plus autonome. Il est important de mettre l'accent sur les capacités et de proposer une prise en charge spécifique pour travailler sur les manques.

Section 3 : L'intérêt, les caractéristiques de l'établissement et la conduite du processus d'élaboration du projet d'établissement :

Le processus d'élaboration d'un projet de ce type conduit l'établissement à se fixer des objectifs précis et à optimiser les moyens humains, financiers, logistiques, nécessaires à leur réalisation, pour mieux accomplir sa mission de base, qui est, comme tous les établissements publics exerçant des missions de service public, d'assurer une qualité optimale des prestations à l'ensemble des enfants et des adolescents inadaptés.

La réalisation du projet d'établissement sera d'autant plus facilitée s'il est en conformité avec les orientations retenues par la tutelle.

De toute façon, la position d'attente des orientations futures données par l'Etat n'est pas suffisante pour construire efficacement l'avenir d'une institution.

Le bilan des principales forces et faiblesses de l'établissement est souhaitable avant d'envisager des nouvelles orientations pour l'avenir.

La connaissance du schéma départemental est indispensable pour permettre de comprendre et d'anticiper les évolutions.

3-1) Etude des caractéristiques de l'établissement :

Il est nécessaire de faire ressortir quelques points clés pour concevoir l'avenir d'un établissement. Les caractéristiques à analyser sont les suivantes :

- Les missions de l'établissement,
- Les capacités d'accueil et activité,
- Les perspectives d'évolution ,
- L'organisation et le fonctionnement des services,
- L'environnement interne et externe,

- Les effectifs et les qualifications du personnel,
- L'analyse du budget de fonctionnement (section d'exploitation),
- L'analyse de la section d'investissement,
- Commentaires sincères sur les forces et faiblesses de l'établissement.

3-2) La participation du personnel dans la conception du projet d'établissement :

Il est préférable de réaliser un audit interne qui doit permettre d'apprécier à la fois le degré de connaissance du personnel et des ressources disponibles de l'établissement, mais aussi de la qualité de circulation de l'information (affichage, réunions de coordination des services et de direction...).

L'audit externe peut consister à l'envoi et l'exploitation d'un questionnaire visant à mieux connaître les attentes du personnel, et leurs appréciations sur la qualité des prestations dispensées et la politique d'orientation des enfants.

Ce concept d'audit permet le recentrage de l'établissement sur certaines activités où les besoins se font sentir, même si une augmentation de capacité doit être envisagée. L'audit permet également une remise à plat de l'organisation du travail pour réaliser une prise en charge optimum pour chaque enfant.

3-3) La portée du projet d'établissement :

La vocation du projet est de mener une réflexion à moyen terme sur le devenir de l'établissement. L'économie de cette démarche ne saurait être faite, même si cette réflexion n'entraîne que des évolutions modestes. Il est important de prévoir la réalisation de restructurations dans le temps.

Le projet doit être mis en œuvre dans un délai de cinq ans, et il doit contribuer à soutenir l'engagement des personnels, c'est un facteur de cohésion.

La démarche de projet est un outil de gestion interne performant qui permet à la fois de décloisonner l'établissement, et de développer le travail en commun sur la définition d'objectifs et de moyens qui contribueront à fédérer les équipes et garantir les motivations futures.

L'organisation matérielle du PE, projet d'établissement, n'est pas toujours aisée : elle sous-entend la mise en place de nombreuses sessions de travail, regroupant des professionnels qui ne sont pas nécessairement formés ou motivés par ce type de démarche, l'ensemble du processus ne devant pas porter obstacle à la continuité de la prise en charge.

Le projet doit également s'inscrire dans le cadre de la planification définie par le schéma départemental, et doit s'attacher à définir des objectifs réalistes et réalisables par le biais, le plus souvent de redéploiement de moyens en interne.

L'accent doit être porté sur des actions de recentrage de l'activité sur les besoins en faveur de l'enfance et de l'adolescence inadaptées de la zone d'implantation de l'établissement.

3-4) L'approbation du projet d'établissement : la validation

L'intérêt de cette démarche d'écriture du projet doit reprendre les axes définis par la tutelle.

Elle permet d'établir le projet pédagogique, éducatif, et thérapeutique en conformité avec les objectifs fixés au préalable.

Un projet prospectif repose à la fois sur la connaissance des carences des enfants et adolescents inadaptés, de leurs besoins, mais également sur la politique sociale, le plan de formation, la gestion et les systèmes d'information de l'établissement. Il permet de traduire les objectifs en terme de moyens en équipement, en personnel, en organisation (cf. le chapitre 2 de la deuxième partie du mémoire sur les perspectives).

La durée du projet doit être envisagée comme dans le secteur sanitaire, pour cinq ans, avec la possibilité de le réviser.

Le PE doit être soumis à la discussion la plus large, pour lui permettre d'unifier la culture d'établissement autour de tous les acteurs qui n'ont pas une vue d'ensemble du rôle de l'établissement.

Il ne faut pas occulter le rôle primordial des familles, du conseil d'administration, ainsi que des instances consultatives comme le CTP (Comité Technique Paritaire), le CE (Conseil d'Etablissement), et mettre en avant la nécessité d'une collaboration avec la DDASS, la DRASS, avec la CRAM, Caisse Régionale d'Assurance Maladie. Le développement des contrats d'objectifs et de moyens encore méconnus dans le secteur médico-social pourrait être envisageable, ainsi que les contrats de séjour, et les contrats tripartites (DDASS, familles, établissement).

Le bilan interne et externe permet de dégager les forces et faiblesses de l'établissement, et de fournir un diagnostic avec l'analyse de l'environnement. Ce diagnostic doit déboucher sur des choix stratégiques d'activités à créer, à développer, voire à réduire ou abandonner, mais aussi une stratégie d'ensemble, cohérente et réaliste.

La stratégie étant fixée, la réflexion doit s'opérer en terme d'organisation et de moyens.

Section 4 : La conduite du processus :

Le déroulement de cette démarche de projet d'établissement a été organisé, à l'IMED, sur plusieurs périodes.

La première période a été une période d'analyse rétrospective, actuelle et prospective :

Phase d'élaboration et de consultation de novembre 1999 à avril 2000

Analyse de l'environnement externe, interne³⁰

Elaboration d'un questionnaire professionnel et entretiens avec le personnel³¹

Synthèse et diagnostic stratégique

³⁰ Annexe 4 : le fonctionnement de l'internat, rapport effectué pendant mon stage à l'IMED et transmis à la DDASS du Vaucluse, à sa demande, en octobre 1999

³¹ Annexe 5 : questionnaire professionnel

La deuxième période est une formulation du projet :

Phase d'écriture d'avril à septembre 2000

Orientations

Elaboration du règlement de fonctionnement

Etude comparative des scénarios possibles

Arbitrage et choix d'un scénario préférentiel

Formulation des objectifs

Cette phase n'a pas produit les résultats escomptés. Le comité de pilotage s'est enfermé dans le problème que provoquait le fonctionnement de l'internat des enfants déficients intellectuels, et la difficulté rencontrée était surtout orientée autour du fonctionnement des services prenant en charge les enfants et adolescents déficients intellectuels. Elle a même nécessité une séance de travail supplémentaire pour amener un projet de ce service.

La troisième période est la mise en œuvre du projet d'établissement :

Phase de réalisation : Vote au CA, Conseil d'Administration, en octobre ou novembre 2000, approbation par la DDASS, avis du CROSS (Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale) pour l'autorisation de création ou de redéploiement de places.

Préparation des plans d'actions

Objectifs spécifiques à mettre en œuvre

Modalités d'actions

Implication des acteurs

Moyens alloués

Délais de réalisation : cinq ans révisibles

Il appartient au conseil d'administration de délibérer sur les objectifs majeurs du projet d'établissement.

Son pouvoir délibératif l'autorise à discuter le projet proposé pour le valider eu égard à la qualité du travail et du savoir-faire réalisés par les personnels.

A ce niveau, si le conseil d'administration ne s'implique pas suffisamment dans le projet d'établissement, les administrateurs n'auront pas le sentiment d'appartenance, de s'identifier et risquent de l'accepter formellement sans réellement y adhérer.

Le rôle du CA a, ici, toute sa valeur, surtout dans son influence à porter le projet d'établissement devant les instances extérieures, comme la DDASS, le CROSS.

La DDASS dispose d'un délai de six mois pour approuver le PE. Le rôle de la tutelle s'attachera plus sur l'opportunité des objectifs annoncés et des moyens pour les atteindre.

Dans ce cadre et suivant l'article L 714-11 du code de la santé publique, déjà développé dans le secteur sanitaire, un établissement médico-social peut accompagner sa démarche de PE, par la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui porterait sur les transformations que l'IME s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération.

La quatrième phase est **l'évaluation** :

Elle doit être permanente avec des contrôles, des ajustements, des régulations.

Des bilans sont réalisés, une actualisation des actions, une relance des objectifs.

L'élaboration du projet d'établissement a dès le départ un aspect fédérateur par la participation des personnels aux phases de définition des objectifs et des choix organisationnels qui en découlent.

Des améliorations même sensibles peuvent être apportées dans tous les domaines relatifs au fonctionnement quotidien de l'établissement : les conditions de travail, la sécurité, la formation, les services logistiques (la blanchisserie, la cuisine, les transports, le service technique), le système d'information.

Le projet d'établissement doit être conforme aux orientations du schéma départemental et avoir un avis favorable du CROSS, en respectant le caractère propre du fonctionnement de l'établissement, ses projets, sa façon de travailler, son organisation comme de son esprit.

Chapitre II : Du fondement spécifique du projet d'établissement, les stratégies associées et perspectives pour l'IMED d'Avignon.

L'approche développée dans cette deuxième partie du mémoire n'est pas le recueil de ce qui se fait à l'IMED d'Avignon, mais représente une analyse, un engagement personnel, après un travail de recherche et d'observation sur le terrain, des rencontres de professionnels qualifiés sur le thème du projet d'établissement avec l'aide de l'IRTS de Marseille³². C'est aussi à partir de la constitution et l'exploitation d'un questionnaire joint en annexe du mémoire, de visites dans d'autres établissements, la plupart des IME publics et associatifs du secteur, un IR Institut de Rééducation, que le traitement concret de la problématique développée dans le mémoire a été possible.

Le parcours des enfants et adolescents constitue une dimension souvent indispensable pour comprendre les situations observées et notamment les logiques d'orientation et de prise en charge qu'elles entraînent. Il peut être ainsi utile de prendre en compte la trajectoire scolaire, la trajectoire de santé, la trajectoire de prise en charge (établissement et/ou service médico-social fréquentés)³³, avant de mettre en place le projet individuel.

Section 1 : Le fondement spécifique du projet d'établissement dans un IME:

La démarche d'élaboration du projet d'établissement permet de recentrer l'action pédagogique, éducative, thérapeutique autour du projet individuel des enfants et adolescents bénéficiaires d'une prise en charge en IME.

³² Loubat Jean René : intervention à l'IRTS de Marseille sur « élaborer le projet d'établissement social et médico-social », le 4 janvier 2000

³³ Barreyre Jean-Yves et Marty Jean-Philippe (ANCREAI) : « l'observation dans le secteur médico-social, enjeux et méthodes », édition ENSP – 1999 (chapitre 1, objectifs et enjeux de la démarche d'observation, page 30)

1) Le projet individuel :

L'établissement, qui a pour objectif de mettre en place le projet individuel pour chaque enfant, se place dans une logique de prestation de service. Il doit pour cela y avoir dans le cadre de l'accueil, un entretien d'élaboration du projet personnalisé avec l'enfant et sa famille.

Les professionnels construisent le projet individuel, en collaboration avec les familles. Les personnels spécialisés sont chargés d'aider les familles à évaluer la situation et à définir la problématique, les besoins, le meilleur suivi pour leur enfant. Un professionnel peut être responsable de la conduite du projet personnalisé, il devient l'interlocuteur privilégié, référent auprès de la famille et des autres acteurs.

Le projet individuel est construit également en fonction des moyens de l'établissement, les partenariats extérieurs doivent être mobilisés. Il doit inclure les trois dimensions « pédagogique, éducative, thérapeutique » et prendre en compte la santé physique et psychique de l'enfant. Il s'élabore en équipe pluridisciplinaire à partir d'une analyse de la situation globale et des besoins propres à chaque enfant.

Les actions développées dans le cadre de la prise en charge individualisée doivent faire l'objet de rédactions à inclure dans le dossier individuel de chaque enfant. Le dossier individuel permet non seulement à chaque professionnel d'y inscrire le travail réalisé, mais il responsabilise les personnels et permet d'avoir un meilleur suivi, tout en favorisant les transmissions entre les agents. C'est un véritable outil d'information pour les familles, mais peut également être utile pour la réunion de synthèse, et lorsque l'enfant est pris en charge à l'extérieur de l'IME.

La réunion de synthèse joue un rôle important, car elle permet de réunir l'ensemble des professionnels intervenant dans le cadre du projet individuel, de faire le bilan, de modifier le projet personnalisé.

Le directeur qui prononce l'admission³⁴ des enfants et adolescents dans l'IME, est garant de la mise en place du projet individuel, demande à l'éducateur référent chargé de la bonne exécution du projet personnalisé des jeunes, de faire le point.

Il est important que le directeur soit présent à la réunion de synthèse, pour se tenir informé de la situation de chaque enfant admis dans l'établissement. Il est préférable que le directeur anime cette réunion technique, et permette la participation équitable de personnels spécialisés qui apportent leur point de vue sur le projet individuel.

L'observation du fonctionnement quotidien de plusieurs IME m'a permis de constater malheureusement que certains directeurs ne participent pas toujours aux réunions de synthèse, il faut profiter de l'élaboration du projet d'établissement pour organiser « les synthèses » dans le temps afin de permettre au directeur d'y assister, le projet individuel trouvera ainsi son rôle conforté. Le projet individuel doit trouver son intérêt dans la mise en place d'un contrat de séjour³⁵ garantissant à l'intéressé et son entourage une prise en charge réellement individualisée tant dans son contenu que dans sa durée.

Le projet d'établissement est structuré autour de trois axes principaux³⁶ que constituent le projet pédagogique, éducatif, thérapeutique. Ils existent à l'IMED « Vivaldi » d'Avignon, mais n'ont pas fait l'objet d'un document écrit.

2) Le projet pédagogique :

Lorsqu'un IME bénéficie de la présence d'une école, et d'une équipe pédagogique, la mise en place du projet pédagogique est facilitée et doit répondre aux missions d'autonomisation et d'intégration scolaire des enfants.

L'IMED d'Avignon comprend une école, dont cinq instituteurs et professeurs d'école sont titulaires du CAPSAIS, Certificat d'Aptitude aux actions Pédagogiques Spécialisées et d'Intégrations Scolaires, ils ont la charge de cinq classes spécialisées.

³⁴ Article 27, 1^{er} alinéa des Annexes XXIV

³⁵ Terrasse Pascal « contribution à la réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les établissements sociaux et médico-sociaux » rapport Assemblée Nationale n°2249 mars 2000, page 23 le contrat de séjour ne concerne actuellement que les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Ces enseignants spécialisés sont détachés de l'Education Nationale, ils ne sont pas rémunérés par l'IMED. Le directeur de l'école, est responsable du projet pédagogique, et doit fournir au service d'inspection de l'Education Nationale un rapport annuel sur les activités pédagogiques.

Le projet pédagogique de la section d'enseignement spécialisé est le projet de l'école, et la mise en place de ce projet ne peut être effective qu'après une analyse de la situation scolaire de chaque enfant et adolescent déficient intellectuel admis à l'IMED.

L'évaluation de chaque enfant porte sur l'analyse des compétences acquises ou à acquérir, mais aussi des difficultés, des déficiences, des problèmes de santé et des perturbations affectives. Il est nécessaire de connaître le contexte familial dans lequel vivent les enfants.

Il faut tenir compte de la composition de la famille, du milieu (quartiers urbains souvent défavorisés), du type d'habitat, de la vie à la maison (le temps de sommeil, le temps passé devant la télévision, les repas).

Le projet est basé sur le fonctionnement de l'équipe pédagogique, la qualité de son travail, sa facilité à échanger, à faire circuler les informations, et son ouverture vers les familles, les autres professionnels. La réussite de ce projet sera complète si un partenariat et une coordination existent entre l'équipe pédagogique et l'équipe éducative, para-médicale de la structure.

Le travail de coordination est favorisé par la participation aux réunions institutionnelles :

-Réunions de coordination³⁷

-Réunions de maîtrise

-Réunions de synthèse.

L'action pédagogique est orientée sur l'enfant et ses apprentissages, elle vise à l'amélioration des potentialités de l'enfant, à son épanouissement à l'école. Cette action est organisée à partir d'une approche individualisée permettant de préciser pour chacun les attentes, les compétences à acquérir. L'accent sera mis, selon les potentialités, sur l'apprentissage et le perfectionnement de la lecture, du calcul, l'enrichissement du langage.

³⁶ Article 2, dernier alinéa des Annexes XXIV

³⁷ Cf. définition en 1^{er} partie du mémoire, chapitre 2, section 2 : la connaissance des faits internes

La coordination des actes pédagogiques, éducatifs, thérapeutiques doit être développée entre les équipes afin d'assurer une action cohérente auprès des enfants. L'échange et le partage d'expérience devront être favorisés et travaillés par les équipes.

3) Le projet éducatif :

Le temps de l'évaluation est la première phase indispensable à une prise en charge. L'équipe pluridisciplinaire de l'institution doit permettre cette évaluation du potentiel d'apprentissage à mettre en place, prenant en compte le retard mental, les besoins à satisfaire et la détermination des objectifs éducatifs pour définir l'action à mener.

La connaissance de l'environnement familial, social, les éléments sur la santé des jeunes, sur leur histoire, leur personnalité permet d'organiser le projet éducatif adapté aux réalités de chaque enfant. Pour l'enfant, la vie en institution s'organise dans des groupes, avec un éducateur référent. L'hétérogénéité des niveaux, des déficiences, des troubles associés ont amené l'IME « Vivaldi », en particulier pour le service qui prend en charge des enfants et adolescents déficients intellectuels en internat (7 enfants) et externat (43 enfants) à composer six groupes :

- Le groupe d'adaptation des petits,
- Le groupe d'adaptation des moyens,
- Le groupe des petits,
- Le groupe des moyens,
- Le groupe des grands,
- Le groupe de l'internat,

Les groupes sont définis à l'IMED à partir de plusieurs critères :

- L'âge et le niveau des enfants,
- Les besoins en apprentissage,
- L'importance des soins et la relation d'aide.

Le projet éducatif doit s'appuyer sur un accueil de qualité dans les groupes pour chaque enfant, il doit être sécurisant et assez souple pour permettre de répondre aux besoins de chaque jeune.

Il est un moyen adéquat pour développer la personnalité de chacun, lui permettant ainsi d'acquérir les règles de la vie sociale, d'apprendre à mieux utiliser son corps à partir d'activités sensorielles

et motrices (psychomotricité, orthophonie, kinésithérapie), et répondre aux besoins d'apprentissages cognitifs et scolaires (lecture, écriture, calcul, ...).

La communication, l'expression de soi, les capacités de socialisation sont développées par la participation des enfants à la vie du groupe, lors de sorties et par des activités éducatives ou artistiques internes et externes à l'établissement.

Pour l'IME « Vivaldi », ces activités font l'objet d'ateliers bois, poterie, cuisine, atelier expression-danse, théâtre, ils sont sous la responsabilité des éducateurs.

L'établissement favorise les sorties à l'extérieur, pour se rendre au spectacle du cirque Gruss à Piolenc, l'IME participe à des rencontres sportives, organise des tournois de football et d'athlétisme dans le cadre du sport adapté.

Le projet éducatif doit permettre des actions de socialisation et d'intégration, avec la mise en place de stages d'immersion dans le monde du travail ordinaire, pour les adolescents.

Le projet éducatif doit tenir compte de l'entourage parental, et la famille doit être informée, associée, soutenue dans le maintien des relations avec leur enfant, il faut tenir compte de leurs réactions par rapport au handicap. Les actions menées doivent permettre d'accueillir, d'accompagner, d'aider la famille aux différents moments de sa relation avec l'enfant, et favoriser le maintien à domicile avec la participation du SESSAD.

Nous venons d'aborder les différents aspects du projet éducatif, mais les soins et les apports du projet thérapeutique font également partie du projet institutionnel.

4) Le projet thérapeutique :

Les équipes médicales, para-médicales et de rééducation, sont chargées de la mise en œuvre et de l'application du projet thérapeutique qui repose sur des personnels ayant des qualifications spécifiques permettant une prise en charge de qualité au niveau des soins.

L'équipe pluridisciplinaire responsable du contenu du projet thérapeutique à l'IMED « Vivaldi » comprend les acteurs suivant :

-Un médecin pédiatre, deux médecins psychiatre, un médecin de rééducation fonctionnelle, un médecin généraliste, ils sont rémunérés à la vacation et réalisent les actes pour une durée limitée.

-Une psychologue à temps plein.

-Deux infirmières, une kinésithérapeute, et une orthophoniste à temps plein, deux psychomotriciennes à temps partiel.

L'ensemble de ces professionnels qui sont garants de la qualité des soins, doivent essayer dès la première visite d'instaurer un climat de confiance avec l'enfant et sa famille.

Lors de la pré-admission, la rencontre avec le directeur de l'institution est suivie de l'accueil en présence de l'équipe de soins, et de l'équipe médico-sociale. Cette première visite doit permettre la présentation de l'équipe, des protocoles de travail et de soins proposés et à envisager pour l'enfant.

L'objectif essentiel est de sécuriser le jeune, sa famille, en les informant des techniques de prise en charge employées. Ce travail de partenariat est possible après la réalisation du bilan neuro-psycho-pathologique indiqué pour connaître de manière approfondie l'importance du handicap, et de la déficience de l'enfant.

Cette phase de diagnostic vise à adapter l'intervention de façon plus efficace, et la connaissance clinique permet de proposer la mise en place de traitements et de soins appropriés, expliqués à la famille.

L'action auprès de la famille est indispensable, c'est un cheminement délicat dans l'acceptation du handicap de leur enfant. La présence d'un handicap chez un enfant fait naître un fort sentiment de culpabilité chez les parents³⁸, l'accompagnement et le soutien des parents ont pour objet de tenter de les déculpabiliser.

Avant d'évoquer les stratégies qui sont associées au projet d'établissement, il est intéressant de porter un regard objectif sur les actions réalisées pour les jeunes de l'IMED.

³⁸ « Les professionnels confrontés à la culpabilité » : article paru dans la revue ASH décembre 1999

5) Le contexte de l'IMED d'Avignon, avec ses points forts et ses points faibles :

Une des véritables forces de l'établissement, c'est la réussite de sa restructuration, qui a mis l'IMED en conformité avec les textes. Cette restructuration, incitée par la tutelle, a permis, grâce à la mobilisation du personnel, la création de deux nouveaux services, elle s'est achevée en 1998.

La structure comprend maintenant le service des enfants polyhandicapés « les Micocouliers » dans lequel sont accueillis 10 enfants en externat depuis 1996, 5 enfants en internat depuis 1998.

Le SESSAD « le Petit Prince » accueille dix enfants déficients intellectuels depuis sa création en 1997. Le troisième service (DI) existait, avant la restructuration, il prend en charge actuellement 43 enfants et adolescents déficients intellectuels en externat, 7 enfants en internat.

Un autre point positif, c'est la qualité des activités éducatives, en interne et à l'extérieur de l'établissement. Il faut citer le dynamisme de l'activité du sport adapté qui a apporté par la participation des enfants aux activités, des trophées et médailles qui sont des récompenses pour des enfants qui s'épanouissent. Une classe de neige organisée par l'équipe des enseignants a permis à 20 jeunes de partir dix jours dans le Vercors. Les enfants polyhandicapés ont bénéficié de la mise en place de l'activité poney, et de l'activité balnéothérapie.

L'atelier d'expression danse a donné la possibilité à 9 enfants et adolescents de présenter un spectacle, plein de poésie et d'émotion, lors du gala de la fédération des œuvres laïques à l'opéra d'Avignon.

Le projet réalisé dans le cadre de l'atelier théâtre de l'IMED, animé conjointement avec l'association « Tétines et biberons » a été présenté au Président de la République, lors de sa venue en Avignon, le 25 mai 2000, dans le cadre de l'exposition sur « la beauté ».

Un avantage certain pour cette structure, est de bénéficier d'une équipe pluridisciplinaire, d'un savoir-faire qu'il faut mettre en valeur, et de la mobilisation de son personnel pour réaliser des projets pour les enfants.

Depuis la mise en œuvre de la restructuration l'organisation du travail a changé et évolué. Le fait d'accueillir des enfants lourdement handicapés, et l'ouverture vers l'extérieur avec le SESSAD a créé un nouveau dynamisme au sein d'un personnel motivé qui a su se remettre en cause.

L'observation du fonctionnement de l'IMED permet de faire des remarques objectives sur l'organisation. D'abord, au niveau de la procédure d'admission, elle est organisée dans le cadre d'une commission composée, du directeur, du cadre socio-éducatif, de la psychologue, de l'assistante sociale, et de l'éducateur référent susceptible de prendre en charge l'enfant admis. L'admission est réalisée selon un protocole précis, identique pour chaque jeune.

La procédure d'admission se déroule en plusieurs étapes, elle demande l'accord et la collaboration des parents. A la réception de la notification de la CDES, la famille rencontre le cadre socio-éducatif qui présente l'établissement et son équipe pluridisciplinaire, l'assistante sociale, la psychologue, le psychiatre, après consultation de l'enfant font un rapport avant de proposer l'admission, le directeur décide ensuite.

Bien que la procédure soit rigoureuse, l'attente des familles est souvent longue pour avoir une réponse. Les places laissées vacantes ne sont pas pourvues rapidement alors qu'une liste d'attente importante existe au niveau de la CDES. Les personnels de la commission n'ont pas toujours conscience des difficultés engendrées par un délai aussi long pour faire des propositions.

Les équipes sont souvent informées des départs des jeunes pour un retour à domicile, pour une orientation en CAT Centre d'Aide par le Travail, il faudrait que l'équipe de direction organise plus rapidement l'admission d'un nouveau venu.

Un autre aspect non négligeable peut être amélioré dans la structure : informer le mieux possible les parents sur les méthodes employées dans le cadre de la prise en charge psychologique (école utilisée, Lacan, thérapie familiale, méthode d'analyse) et chercher l'adhésion des familles.

Même si l'humanisation des bâtiments a été poursuivie, des travaux sont nécessaires au niveau de la section internat des déficients intellectuels par l'agrandissement des locaux de vie du service des enfants polyhandicapés « les Micocouliers ».

Comme nous venons de l'évoquer, le projet d'établissement constitue un enjeu important pour l'IMED d'Avignon. Cet enjeu est basé sur des stratégies qui sont définies par des orientations et politiques internes et externes et ce projet doit déboucher sur une démarche qualité car il s'agit d'une élaboration globale qui touche tant la mission, que l'amélioration de la prise en charge, adaptées aux besoins des enfants. Cette politique envisagée repose aussi sur des méthodes éducatives et sociales, sur un management participatif et une organisation efficace.

Section 2 : Le projet d'établissement et les stratégies associées

1 : Les stratégies internes :

a) Le projet social :

Le projet d'établissement de l'IMED doit comprendre, comme dans le secteur sanitaire, un volet social³⁹.

C'est à partir d'un questionnaire technique⁴⁰ que les enseignements obtenus ont permis de fixer les objectifs du projet social. Ce document comprend 14 questions, la méthode utilisée sur la forme de rencontre directe auprès du personnel, dans le cadre d'un entretien de 45 minutes au moins.

La première démarche de l'analyse stratégique consiste à écouter les agents de l'institution, à tous les niveaux hiérarchiques, non pas dans la quête assez vaine de leurs opinions et attitudes, mais dans le dessein de comprendre leurs relations entre eux, dans la structure de travail, de pouvoir et d'influence qui est la leur. A partir de cette écoute, il est possible de reconstituer les grandes lignes du système de relations qui conditionnent les stratégies des individus et des groupes, leurs

³⁹ Article L.714-11-1 du code de la santé publique : « le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement. »

⁴⁰ Annexe 5 : entretiens réalisés auprès de 70% du personnel de l'IMED d'Avignon, à partir de l'élaboration d'un questionnaire professionnel

engagements et leurs contraintes, les opportunités et les changements de développement qui s'offrent à eux.

Une des remarques essentielles plusieurs fois évoquée lors des entretiens, c'est de mieux répartir le personnel en fonction des besoins. Le redéploiement du personnel qui remet en cause des situations acquises, est considéré comme une contrainte. Il est nécessaire de le gérer le mieux possible et de l'anticiper.

La restructuration de l'IMED depuis 1993, a permis la création du service pour l'accueil des enfants polyhandicapés, ainsi que le SESSAD.

La gestion en terme de redéploiement du personnel dans ces deux services n'a pas entraîné les mêmes résultats. En effet, il est important de répartir judicieusement et équitablement, les agents sur la base du volontariat pour que chaque service soit doté d'un personnel motivé .

Pour réussir le projet social, il est nécessaire de mettre en place un outil d'analyse sociale.

Le bilan social réalisé chaque année, permet de faire un point sur l'emploi, les rémunérations, les conditions de travail, la formation. L'IMED devrait utiliser cet outil qui permet d'analyser, de prévoir et d'anticiper les évolutions futures de la vie sociale de l'établissement.

Il est nécessaire pour cette structure d'introduire une gestion prévisionnelle et ne plus seulement administrer, de prévoir et d'anticiper les évolutions et changements des carrières des agents.

Pour le service « les Micocouliers », il serait judicieux de recruter en priorité des AMP, ces professionnels bénéficient d'une formation plus adaptée à la prise en charge d'enfants polyhandicapés.

L'IMED doit se fixer comme objectif de mieux accueillir, de développer le dialogue, de valoriser, lorsque cela est possible, les compétences et favoriser les changements, améliorer la qualité de vie au travail.

b) L'IMED soutient le maintien à domicile :

La mise en place du SESSAD « le Petit Prince » s'inscrit pour l'IMED dans le projet global institutionnel. L'implantation et l'activité correspondent aux orientations fixées par le 1^{er} schéma

départemental du Vaucluse. La création de ce service, autorisée par la DDASS à partir de l'année 1997, a permis à l'établissement de proposer une autre réponse institutionnelle, et une action pour le maintien à domicile pour 10 enfants âgés de 5 à 12 ans, présentant des déficiences intellectuelles et des troubles associés.

L'enjeu de ce type d'intervention spécifique est de proposer aux enfants, à leurs parents une alternative à la prise en charge institutionnelle. Les droits de l'enfant, et de sa famille sont d'autant plus garantis qu'ils sont au centre de la prise en charge. C'est aussi une aide spécifique favorisant l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial, l'intégration scolaire, le soutien aux acquisitions de l'autonomie.

L'originalité de ce mode de prise en charge est permis grâce à l'action d'une équipe soudée, les interventions des professionnels s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité des enfants (domicile, crèche, école...).

Le SESSAD⁴¹ « le Petit Prince » travaille en liaison étroite avec les secteurs de la psychiatrie infanto-juvénile, les services hospitaliers, le service de la PMI (Protection Maternelle et Infantile), les CAMPS et CMPP.

Ce service réalise un travail dont la qualité est reconnue par la CDES et la DDASS. La tutelle est favorable à une extension du SESSAD à 15 places.

2) Les stratégies externes :

a) Animation du réseau médico-social et recherche de complémentarités :

Le manque de souplesse des cadres juridiques de l'organisation sociale et médico-sociale (établissement public, personne physique ou morale, tutelle, responsabilité civile et pénale, etc...), a conduit à multiplier les formes juridiques, notamment celles à visée coopérative (GIP, Groupement d'Intérêt Public, GIE, Groupement d'Intérêt Economique, convention de coopération).

La constitution de réseaux formalisés ou informels permet de développer la diversité des modes de prise en charge. Le réseau se fixe comme but la mise en place d'un dispositif composé de

⁴¹ Note-exposé : « Le SESSAD dans l'IMED : structure de changement dans une prise en charge traditionnelle », présentation écrite à l'ENSP en décembre 1999, orale en février 2000.

professionnels de disciplines différentes, qui sont chargés de travailler en cohérence auprès des enfants et adolescents déficients.

Le réseau est utile car il a pour objectif de prendre en charge chaque enfant dans sa globalité, la situation de l'utilisateur se fait dans le cadre d'un dispositif professionnel et non institutionnel. Pour le secteur de l'enfance inadaptée, la difficulté est de pouvoir faire travailler ensemble, pour le bien des enfants, un IME avec les services de l'hôpital psychiatrique, les services de l'Education Nationale, les CAMPS, le service de l'ASE, l'Aide Sociale à l'Enfance .

La difficulté de fonctionnement d'un réseau composé de plusieurs personnes physiques ou morales dans une zone territoriale, de compétences différentes et complémentaires, où chacun représente un pouvoir, une autorité légitime et reconnue, et chacune des parties a ses propres modes de fonctionnement.

La réussite d'un véritable travail en réseau est assurée par la mobilisation de tous les acteurs, qui agissent et se mobilisent autour d'un objectif commun, selon des valeurs et des actions partagées, sur la base d'une coopération volontaire, pour améliorer et promouvoir une prise en charge de qualité en faveur des enfants atteints de déficiences, de handicaps et d'inadaptations.

Il serait intéressant de s'inspirer du secteur sanitaire, et en particulier des ordonnances du 24 avril 1996 qui invitent les établissements de santé à constituer des réseaux de soins spécifiques.

L'article L 712-2 du code de la santé publique réaffirme que les réseaux ont pour but « d'assurer une meilleure orientation des patients, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité ».

Ces dispositions sont reprises par la circulaire DH-EO 97 n°97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements, qui précise que la création du réseau « peut être réalisée à l'initiative d'un établissement de santé ou sur proposition de médecins libéraux, de professionnels de santé ou d'organismes médico-sociaux ».

Il est envisagé « d'inclure les projets de réseaux dans les contrats d'objectifs et de moyens » et de placer l'établissement public de santé au cœur du dispositif conventionnel.

Les objectifs développés dans le secteur sanitaire, surtout hospitalier, dans le cadre de la prise en charge d'une population identifiée, avec des pathologies lourdes ou chroniques, où la mise en place de réseaux permet d'assurer une meilleure orientation du patient, et de favoriser la coordination et la continuité des soins, pourraient également être entrepris dans le secteur médico-social.

Pour cela, il est nécessaire d'avoir une approche réglementaire, la formalisation juridique est en effet un garant de la continuité et d'organisation en dotant chacun de missions non plus concurrentes mais complémentaires.

Cette approche est possible dans le champ d'activité médico-social par la mise en place de conventions constitutives de réseaux.

La convention agréée par la Tutelle doit satisfaire à plusieurs objectifs portant sur **une meilleure orientation** des enfants grâce à un travail plus précis à développer entre la CDES, les familles, les IME ou le libre choix des parents est respecté.

La constitution d'une convention devrait permettre également **une meilleure coordination des actes** des professionnels comme ceux de l'éducation nationale, des établissements d'éducation spécialisée. C'est déjà le cas lors de la constitution d'un SESSAD, ou une convention est signée entre l'IME et l'Education Nationale.

L'amélioration de la prise en charge dans le secteur de l'enfance inadaptée basée sur le travail en réseau doit rechercher la coopération volontaire pour développer **une meilleure continuité des soins**.

Cet objectif est le plus difficile à mettre en œuvre entre les IME et les centres hospitaliers spécialisés. En effet, les hôpitaux psychiatriques qui prennent en charge des enfants, pour des troubles mentaux, estiment que leur travail est terminé lorsque les enfants sont stabilisés, et

décident des réorientations par le biais de la CDES dans les IME. Ces réorientations, lorsqu'elles n'ont pas été préparées et accompagnées par un suivi en hôpital de jour, peuvent entraîner des incidences notables dans les établissements d'accueil de type IME, qui ne bénéficient pas toujours d'un personnel suffisamment formé, et assez nombreux pour prendre en charge efficacement des enfants avec des troubles profonds. La coopération n'est pas toujours en adéquation avec le besoin et la situation familiale des enfants et adolescents handicapés.

Il faut évoquer, que la récente circulaire DAGPG/MPM n°97-53 du 27 janvier 1997 relative aux missions des directions régionales et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales, BO n°97/9, traite de manière approfondie « des missions et fonctions transversales ».

Les directions doivent mettre en synergie les domaines et les acteurs « articuler le plus étroitement possible les dispositifs sanitaires et sociaux et favoriser un travail de mise en relation d'information réciproque et de coordination entre les différents réseaux professionnels concernés (professionnels de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, services sociaux des collectivités territoriales, associations et organismes subventionnés par l'Etat, organismes de protections sociales, etc.) sont une priorité des services ».

b) Développement d'une politique participative des familles :

Les relations avec les familles sont souvent vécues difficilement par les personnels, il est pourtant nécessaire de rappeler aux équipes éducatives et pluridisciplinaires que c'est dans l'intérêt des enfants et adolescents handicapés que nous devons travailler en complémentarité avec les familles, sans porter de jugement de valeur, ni de défiance.

La circulaire DIF/DAS/DIV/DPM/ n°99/153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents réaffirme le soutien aux parents dans le rôle éducatif. Il est rappelé dans cette circulaire que « la famille est le premier lieu de construction de l'enfant et de transmission des valeurs et des repères, et de ce fait, elle joue un rôle fondamental dans la cohésion sociale. Dans cette fonction d'éducation de leurs enfants, tous les parents sont

susceptibles de rencontrer des difficultés. Celles-ci peuvent être accrues du fait des problèmes sociaux que rencontrent certaines familles ».

Il est demandé par ailleurs de développer des projets avec pour objectif prioritaire de valoriser les rôles et les compétences des parents : responsabilité et autorité, confiance en soi, transmission de l'histoire familiale, élaboration de repères, protection et développement de l'enfant.

La participation des familles à la vie institutionnelle est possible dans le cadre du conseil d'établissement⁴² qui compte entre 9 et 17 personnes, des représentants des usagers, des familles d'enfants, des personnels, des membres du conseil d'administration, avec voix délibérative, le directeur avec voix consultative. Pour la désignation de leurs représentants, les familles sont électeurs et éligibles.

Le conseil d'établissement se réunit deux fois par an, rend des avis et fait des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement, notamment :

- Le règlement intérieur relatif au fonctionnement,
- La vie quotidienne des enfants dans la structure,
- Les activités de l'établissement,
- L'ensemble des projets de travaux et d'équipement.

Le directeur s'engage à mettre en place un conseil d'établissement à l'IMED d'Avignon pour l'année 2001, il faut signaler également l'implication réelle des familles au conseil d'administration.

La réforme de la loi sociale de 1975 apportera peut être des solutions adaptées pour chaque type d'établissement pour permettre la mise en place de conseil d'établissement rénové.

c) Développement d'une politique de communication :

⁴² Textes de référence : Loi n°75.535 du 30 juin 1975, Décret n°91.1415 du 31 décembre 1991.

L'IMED d'Avignon doit apprendre à montrer les gains positifs apportés en faveur de l'enfance inadaptée depuis 1993, avec la création du service « les Micocouliers » pour les enfants polyhandicapés, et la création du SESSAD « le Petit Prince ».

L'établissement a en effet beaucoup apporté en terme d'amélioration de la qualité du service rendu et l'adaptation aux besoins du département du Vaucluse, dans le cadre d'une prise en charge de proximité qui a été favorisée.

Le développement d'une politique de communication engendre forcément des remises en cause en profondeur du secteur médico-social, il doit se poser la question : quels sont les objectifs d'une telle politique ?.

Il est essentiel de communiquer pour positionner l'image de l'établissement, pour promouvoir la qualité de ses services, de ses professionnels, et surtout pour se situer par rapport aux autres établissements.

Une politique de communication entraîne la définition d'une ligne conductrice qui serait ici le projet d'établissement. Il faut que la politique de communication occupe une place stratégique, et pour cela l'organiser et la considérer comme un objectif à atteindre.

Pour mettre en place des actions visant à accomplir les objectifs cités ci-dessus, il faut se rappeler que dans un IME public comme celui d'Avignon, il existe des pouvoirs internes et externes.

Les pouvoirs internes sont représentés principalement par les professionnels qu'ils soient titulaires, contractuels, contrats emplois solidarités, contrats emplois consolidés, emplois jeunes, également par leurs fonctions, par leurs grades et aussi par leur ancienneté dans l'établissement. Ils sont composés comme le projet d'établissement par un pouvoir éducatif (les éducateurs spécialisés,...), un pouvoir thérapeutique (les médecins et le psychologue), et un pouvoir pédagogique (les instituteurs).

La confrontation de ses multiples pouvoirs internes entraîne quelquefois des conflits, provoque des dysfonctionnements. Les difficultés rencontrées face à la diversité des acteurs et des intérêts

que chacun porte à son action peuvent être régulées dans la mesure où l'on veut donner une place à une politique de communication basée sur un consensus autour d'un objectif commun, la meilleure prise en charge possible des enfants admis dans l'établissement. L'enjeu d'une politique engagée vers une identification précise du projet d'établissement est un des moyens que peut se donner un établissement pour construire son avenir. Les représentants des personnels au sein des organisations syndicales ont ici un rôle important de propositions et de relais d'informations auprès de l'ensemble des personnels de l'IME.

Il faut également prendre en compte la manière dont le directeur coordonne l'action des équipes au niveau global, comment il veille à sa cohésion. Le directeur délègue-t-il certaines activités relevant de ses fonctions ? Le directeur a-t-il les moyens de faire respecter les orientations et les échéances choisies, à évaluer, contrôler, à présenter et même réajuster l'action, les objectifs si nécessaire ?

Au niveau des pouvoirs internes, les enfants et adolescents admis, les familles des enfants, les accompagnants occasionnels, les visiteurs occupent une place essentielle dans une politique de communication. Dans les IME dont la gestion est confiée aux associations, le pouvoir des familles est beaucoup plus important, car elles sont souvent représentées dans les associations et forment un groupe de pression reconnu.

Les pouvoirs externes sont représentés par les organes délibératifs et consultatifs de l'établissement (le CA, le CTP, le CHSCT).

Il faut également prendre conscience que l'environnement, la situation géographique est à optimiser. Pour l'IMED d'Avignon, les rapports privilégiés avec l'Education Nationale, c'est-à-dire les écoles, les CLIS, la CCPE, la CDES, sont à conserver. La présence du Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet est un atout indéniable, il est nécessaire de travailler en bonne collaboration.

Les rapports avec les médias sont également à rechercher, surtout la presse écrite qu'il faut inviter lors d'événements importants se déroulant dans l'IME.

La tutelle représentée par la DDASS, la DRASS, et le Conseil Général dans une moindre mesure dans un IME, sont des pouvoirs externes. Ils doivent faire l'objet d'une attention particulière en terme de communication, à la fois dans le respect des délais dans la transmission des documents comptables, dans la transparence en terme de gestion des recrutements, dans la recherche d'un appui pour défendre le projet d'établissement au CROSS, dans le cadre de création et d'extension de places.

Bien communiquer, c'est lutter contre les rigidités, qui sont liées aux contraintes administratives, mais également dans l'organisation de l'IME par secteur d'activité. Communiquer, c'est être capable de proposer des solutions et de se soustraire à ces rigidités.

La communication doit permettre de rajeunir l'esprit d'une institution qui tire sa noblesse de vieux principes. Il est essentiel pour cela de reconnaître la dimension sociale et humaine pour en fixer les priorités.

Il faut essayer de rationaliser et canaliser la communication.

La vie quotidienne dans un IME est riche d'évènements mettant en valeur la qualité du travail réalisée auprès des enfants. Il est souhaitable par souci d'efficacité qu'un journaliste de la presse locale soit informé des actions menées. Il faut donc préparer ce type d'information, à tous les niveaux : informer les chefs de services, les personnels de l'IME qu'un journaliste sera présent lors d'une activité et demander aux familles l'autorisation de prendre des photographies, tout en ayant au préalable préparé un dossier sur l'animation, l'activité, l'évènement qui doit se dérouler dans la structure. Ce type de travail est souvent négligé, et il est nécessaire de rechercher une forme de relation conviviale avec les journalistes. En préparant un dossier de presse, même modeste, en respectant les heures des rendez-vous, en veillant à faire respecter l'identité de l'institution, et en donnant un thème précis à l'évènement, le directeur permet de faciliter le travail des journalistes, car ils ont souvent peu de temps à consacrer.

Il faut rechercher la cohésion, l'unité de l'établissement.

Il est nécessaire de favoriser l'assimilation de l'ensemble des services à une et unique entité. Le sentiment d'appartenance peut naître du résultat de l'adhésion autour du projet d'établissement. Construire et promouvoir l'unité de la structure autour du PE doit permettre de renforcer cette cohésion sur la mission de l'IME. Le PE doit devenir l'instrument même de l'unité.

Un nouveau logo placé sur le papier à entête de l'établissement, sur les véhicules permet de cibler l'appartenance de plusieurs services à un seul et même établissement, et d'être reconnu à l'extérieur, lors des déplacements.

Le travail de conception du nouveau logo peut faire l'objet d'un projet d'activité d'un atelier où les enfants participeraient à cette réalisation.

Le livret d'accueil est également un outil de communication permettant aux familles, d'être informé de manière simple et utile de l'organisation de l'établissement.

Un autre moyen de communication interne : le journal interne. Il ne doit pas être le journal de la direction mais le journal du personnel et devenir un espace d'échange et de réflexion. Il sert à informer, et doit permettre aux professionnels de s'exprimer et de porter sur l'établissement un regard plus concret.

Le premier vecteur de communication est le personnel.

Il faut pour cela promouvoir le savoir-faire des agents, car le personnel est le premier vecteur de la communication de la structure, c'est lui qui entretient la relation la plus proche avec les enfants, les familles et il joue un rôle primordial dans la qualité de l'accueil. Il est important de consacrer une attention particulière à l'accueil et responsabiliser le personnel à ce niveau, c'est sa première mission.

La deuxième mission du personnel est la transmission de l'information. L'information source d'unité et de cohésion, favorise le dialogue et la concertation, rassure, et soulève les incertitudes, l'information est formatrice, et motivante parce qu'elle implique.

Moyens	Buts
MOTIVER	QUALITE DU SERVICE RENDU (missions ...)
RESPONSABILISER	QUALITE DU TRAVAIL
PARTICIPER	QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Pour répondre aux missions d'accueil, d'information, le chef d'établissement doit prévoir dans le cadre du plan de formation pluriannuel, des formations à l'accueil, à la relation, à l'animation, et pour les cadres, le management participatif.

Le rapport parent, enfant, personnel est appelé à évoluer sous l'effet des facteurs comme :

- La présence de plusieurs établissements dans le même secteur géographique
- Des parents plus exigeants car plus informés
- Un environnement médical de plus en plus complexe.

Il faut que le personnel soit prêt à répondre aux questions, aux attentes des parents, cette relation entre les professionnels et les parents doit être pédagogique, humaine, active, sans jugement de valeur.

Le personnel est la première richesse de l'IME, il doit être impliqué dans le devenir de l'établissement, il faut donc encourager sa participation, et lui donner les moyens de s'investir en instituant des espaces de communications (journal interne).

Un autre vecteur de la communication est d'accroître la notoriété de l'IMED.

Elle passe par plusieurs types d'actions qui sont les suivantes :

- Agir auprès de tous ceux qui, de près ou de loin, participent à la réputation de l'IME,
- Agir sur l'image de marque en essayant de réduire au maximum le manque de personnalisation des relations,
- Agir sur l'absence de cohésion existante entre les services,
- Agir sur l'extérieur en organisant des rencontres avec les partenaires institutionnels et les tenir informés des activités de l'établissement,

La notoriété est un atout qui permet d'influer sur la confiance des enfants, des parents et des autres professionnels.

Une politique de communication s'appuiera sur :

- Les performances de l'établissement,
- Les performances du personnel,
- La qualité et le confort des installations au service des enfants,

Il faut également essayer de fidéliser le personnel médical avec l'établissement.

La valorisation financière du travail des médecins intervenant dans le cadre d'un IME public doit être mieux prise en compte.

En effet, le paiement à la vacation n'est pas très attractif pour les médecins psychiatre, pédiatre et de rééducation fonctionnelle qui effectuent un travail important dans ce secteur.

L'application des textes ne va pas permettre à terme de maintenir une couverture médicale sécurisante dans l'IMED d'Avignon. Il conviendra de proposer aux centres hospitaliers du secteur la signature de conventions, et faire intervenir des praticiens hospitaliers dans les spécialités évoquées ci-dessus. Ce type de convention existe déjà dans les hôpitaux locaux qui souhaitent maintenir une activité de court séjour de type médecine, et soins de suite. En appuyant ce type de coopération entre établissements publics, la DDASS apportera son appui à l'IMED.

Les difficultés rencontrées par l'IMED d'Avignon dans le cadre d'un travail de complémentarité avec les autres services publics doivent être prises en compte dans son fonctionnement, l'établissement s'est trouvé dans l'obligation de faire intervenir un cabinet privé, dans le cadre de la médecine du travail, pour réaliser les visites d'embauche, et pour la visite annuelle obligatoire des personnels. Aucun Centre Hospitalier n'a répondu favorablement à la demande de l'IMED de bénéficier, par convention, des services de médecine du travail de ces établissements.

La communication interne et externe est primordiale, ses effets rejaillissent immédiatement positivement sur l'établissement.

Le directeur doit avoir une stratégie dans le cadre de la politique de communication. Elle peut être illustrée de la manière suivante :

PREVOIR

DECIDER

AGIR

CONTROLLER

Le directeur se fixe un objectif. Il doit avoir une politique.

Il a un plan d'action qui consiste à avoir une stratégie, des choix, mais aussi une organisation.

La règle des six « Q » est une approche méthodique et un outil de communication pertinent qu'un directeur doit connaître Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Pourquoi ?.

Qui : les acteurs, les bénéficiaires,

Quoi : les actions, le contenu, les résultats,

Comment : critères, indicateurs, outils,

Où, Quand : lieux, moments, utilités

Pourquoi : objectifs de bilan

Nous pouvons ajouter l'item Combien c'est-à-dire le résultat, le coût.

Section 3 : Mise en œuvre du projet d'établissement, perspectives pour l'IMED.

1) Du découplage de l'IMED à une gestion par objectifs :

a) Propositions de découplage :

L'IMED d'Avignon doit favoriser la mise en place concrète d'un réseau. Il doit être force de propositions.

En effet, il est nécessaire de dépasser le cloisonnement qui existe entre l'IMED et l'Hôpital psychiatrique de Montfavet, le développement de la complémentarité entre les deux secteurs et leur rapprochement au sein d'un réseau est un objectif à atteindre dans l'intérêt des enfants et de leur famille.

Le réseau permet l'articulation entre l'étape du dépistage et de la révélation du diagnostic à la famille, celle des soins précoces, celle du suivi ultérieur à l'adolescence et à l'âge adulte. La mise en réseau a pour objectif d'établir et de préserver une continuité de la prise en charge de l'enfant

et de l'adolescent inadapté, en permettant l'établissement ou le maintien de liens entre les différentes structures fréquentées.

Chaque structure ayant une activité spécifique mais complémentaire autour des enfants accueillis, la qualité des informations transmises et son organisation permet une continuité dans la prise en charge.

Le réseau permet d'offrir des réponses multiples et adaptées aux besoins des enfants. Il favorise la continuité des soins, même lorsqu'un enfant change de lieu de vie (du CHS à l'IMED).

La tutelle doit être capable, à ce niveau, de fédérer les acteurs du secteur médico-social et du secteur psychiatrique pour favoriser le travail de réseau et de complémentarité. La DASS doit permettre de limiter les systèmes de pouvoir par une action volontaire basée sur le dialogue, sur une réflexion engageant tous les acteurs autour de dispositifs cohérents. La DDASS peut finaliser la coopération de ces deux secteurs autour de conventions permettant de garantir une prise en charge continue des enfants handicapés. Ces conventions doivent obtenir un avis favorable du CROSS, c'est une garantie d'une véritable association de deux secteurs autour de l'élaboration de projets communs.

Il faut bien comprendre, à ce niveau, la différence de moyens professionnels existant entre le secteur psychiatrique et le secteur médico-social, les IME ont de plus, beaucoup de difficulté à recruter des psychiatres et des pédopsychiatres. Le secteur médico-social est démuné dans le cadre de prise en charge spécifique comme celle des enfants autistes par exemple.

La DDASS et son MISP (Médecin Inspecteur de Santé Publique) doivent animer le réseau pour développer une prise en charge globale en faveur de l'enfance inadaptée, c'est en effet au MISP de veiller à la cohérence et au rapprochement du secteur médico-social et psychiatrique.

b) Une gestion par objectifs :

La recherche d'une gestion par objectifs a un intérêt pour l'établissement et les agents ; elle a un impact positif sur l'organisation des services pour la satisfaction des besoins des enfants accueillis à l'IMED. Un des objectifs retenus par la direction de l'IMED d'Avignon est d'agir sur le fonctionnement de la structure, dans le cadre de la procédure de recrutement avec des profils

de postes définis précisément, avec une analyse des aptitudes requises par rapport aux missions, fonctions ou spécialités demandées (soins, éducatif, technique, administratif...).

Un point positif pour l'IMED est que 29% des personnels ont moins de 10 ans d'ancienneté dans l'établissement. Il y a près d'un tiers des recrutements qui ont été réalisés par le directeur en poste. Cet aspect n'est pas négligeable en terme de dynamique d'entreprise, et pour un travail d'équipe efficace.

La formation continue est également un outil de changement dans le cadre d'une gestion par objectifs, elle est la clef de la réussite dans l'adaptation d'un établissement.

La formation doit à la fois répondre aux besoins exprimés individuellement, mais doit également être orientée vers des objectifs fixés par la direction. Pour cela, il faut choisir des formations non pas en fonction du grade ni du statut de l'agent, mais en fonction de l'emploi, de la place tenue dans la structure. Il faut développer une politique du personnel participative qui s'inscrit dans un contexte de mobilisation d'énergie.

C'est le cas, dans le cadre des incitations répétées, effectuées par le directeur de l'IMED, pour proposer une formation sur la prise en charge de l'autisme.

Une des méthodes des plus efficaces est d'associer les agents, non seulement à la mise en œuvre mais à l'élaboration et à l'évaluation de la formation menée. Cette démarche repose avant tout sur la capacité des professionnels à effectuer eux-mêmes le diagnostic et l'évaluation après une formation. L'expérience montre qu'une telle démarche suscite un intérêt pour les agents car ils font une transmission plus efficace dans l'équipe.

L'objectif est également de responsabiliser les agents, cette démarche permet aux personnels d'élaborer eux-mêmes l'évolution de leur connaissance, dans laquelle ils vont s'engager, qui aura alors beaucoup plus de chance de réussir à faire progresser la qualité de prise en charge dans le service.

Il est essentiel de susciter les initiatives, de renforcer les motivations et mobiliser les personnels dans le cadre d'une gestion participative, d'un travail d'équipe et par la mise en place d'une dynamique de groupe.

L'objectif de création d'une commission de formation est le moyen de rendre le personnel plus participatif, et oblige le directeur à prévoir un programme de formation pluriannuelle.

Il faut regretter que l'IMED n'ait pas souhaité mener une réflexion sur une éventuelle adhésion à l'ANFH⁴³, qui permet aux petits établissements d'obtenir dans le cadre de la mutualisation, des crédits de formations supplémentaires, ainsi qu'une aide et conseils non négligeables, hors cotisation pour l'élaboration et le suivi des plans de formation, et sur des thèmes prioritaires.

L'aménagement du temps de travail fait également partie d'une gestion par objectifs, il correspond à deux approches.

Il s'agit dans un premier temps de rechercher une meilleure adaptation des capacités de travail disponibles aux besoins et aux fluctuations d'activité des services.

Dans un deuxième temps, l'aménagement du temps de travail vise, s'il répond aux attentes du personnel, à développer la motivation, donc l'efficacité au travail, et éventuellement à réduire l'absentéisme.

Le contexte social actuel, et en particulier la question de la réduction du temps de travail ⁴⁴, nécessitera la modification du projet d'établissement.

La sensibilité à certains problèmes liés au temps de travail s'est accentuée ces dernières années, les mesures sociales comme la réduction du temps de travail à 35 heures, amènent à réfléchir sur les meilleures modalités à retenir pour la durée des postes, les possibilités de récupérations, la répartition du temps, la gestion des demandes à temps partiel, le degré de souplesse...

La nouvelle durée légale de 35 heures, est applicable depuis le 1^{er} février 2000 pour les entreprises de plus de 20 salariés, avec une période transitoire jusqu'au 1^{er} janvier 2001.

Le secteur public serait concerné par cette réforme à compter du 1^{er} janvier 2002, il faudra s'inspirer de la manière dont le secteur associatif aura appliqué cette mesure.

Un point positif est la conséquence, en terme d'emploi, que pourrait provoquer la mise en place de cette réforme. Une réflexion doit être menée conjointement à cette réforme, sur la réduction des emplois précaires⁴⁵ dans l'établissement.

⁴³ ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

⁴⁴ Loi du 13 juin 1998, loi du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail

⁴⁵ CES, Contrat Emploi Solidarité, CEC, Contra Emploi Consolidé, EJ, Emploi Jeune

Toute réflexion sur l'aménagement du temps, et plus largement, sur l'organisation du travail doit prendre en compte les trois aspects suivants :

- Les situations de travail des agents,
- Le service rendu à l'utilisateur,
- L'utilisation optimale des moyens disponibles.

L'appréciation des performances est une étape clé dans une gestion par objectifs, surtout en ce qui concerne :

- Le contenu ou le profil de poste défini au moment du recrutement (cf. commentaires ci-dessus sur la procédure de recrutement),
- La formation lorsqu'il est constaté un écart entre les exigences du poste et la façon dont il est occupé,
- L'affectation des personnels à tel ou tel emploi,
- La recherche d'une meilleure connaissance du fonctionnement de l'organisation et des personnels qui y travaillent,
- L'investissement et la motivation mieux reconnus par un système d'évaluation des performances repensé.

Or nous constatons, à l'IMED comme dans les autres établissements publics que la pratique du système de notation des agents est en fait bien souvent le meilleur outil de rigidité. Rigidité par ses conséquences sur l'évolution des carrières, la notation telle qu'elle se pratique est loin de permettre l'appréciation de la qualité des pratiques professionnelles, de mesurer les résultats, d'en favoriser l'évolution.

Il convient, en tant que directeur, de s'efforcer d'évaluer le plus équitablement possible les performances des personnels en fonction des objectifs précis à réaliser fixés préalablement par concertation avec l'agent et le chef de service.

J'ai proposé dans le cadre des conditions d'attribution de la prime de service pour les agents de l'IMED, une nouvelle répartition de cette prime⁴⁶.

⁴⁶ Comité technique paritaire du 30 mars 2000

Le nouveau calcul prend en compte les modifications des critères de redistribution due à l'absentéisme. Tous les agents bénéficiaient jusqu'alors de la redistribution quelque soit le nombre de jours d'absence. Avec le nouveau calcul, il y a reconnaissance du présentéisme des agents. Les absences de 6 jours et plus ne bénéficient d'aucune redistribution. Ce système est réglementaire et permet de tenir compte des services rendus et de l'assiduité des personnels. L'attribution de la prime s'effectue en considération de la valeur professionnelle de l'agent et de son activité.

Ici, elle devient un outil de valorisation équitable du personnel.

La démarche d'évaluation est possible également par l'utilisation d'un référentiel métier. Pour le secteur sanitaire, la procédure d'accréditation des hôpitaux prévue dans l'article 4 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, l'ANAES, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, est chargée d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques cliniques. A ce titre, elle propose une guide de l'accréditation et les bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans le secteur médico-social, des enquêtes sur le fonctionnement de certains services ont été réalisées, c'est le cas de l'enquête régionale sur les SESSAD menée par la DRASS PACA de Marseille avec l'aide du CREAI PACA.

Une réflexion sur la détermination de méthodes d'évaluation internes pour comparer les pratiques professionnelles, en mesurer la qualité et les résultats obtenus est à l'étude au niveau de l'ANCREAI, l'Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées et du GEPSO Groupe national des Etablissements et services Publics Sociaux.

Il est envisagé d'autre part la réforme de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 qui devrait apporter les principes fondamentaux d'une démarche d'évaluation.

Comme il est présenté ci-dessus, la gestion par objectifs est un tout, elle doit répondre aux nécessités de service, à la satisfaction des besoins des enfants et adolescents accueillis dans un

IME, mais doit permettre aux personnels de s'épanouir dans sa vie professionnelle, et répondre à des besoins individuels.

La réputation d'un établissement se fait grâce aux professionnels et à leur degré d'implication.

Au cours de la phase précédente, des stratégies ont été arrêtées, ainsi qu'une méthode de management de projet, il est donc nécessaire d'en préciser le détail et les moyens nécessaires pour mener à terme les actions et les orientations qui détermineront, peut être, l'avenir de l'IMED.

2) Les perspectives et la programmation opérationnelles :

Il convient de préciser que le travail de réflexion présenté, est en amont du projet à établir entre le CREAMI et l'IMED d'Avignon. Le comité de pilotage rencontre actuellement des difficultés dans l'écriture du plan et les finalités du projet d'établissement, en effet l'écriture des projets des services prend du temps.

L'avenir dira si les perspectives développées dans ce mémoire seront retenues dans le projet d'établissement définitif de la structure.

a) Les scénarii possibles :

Le travail de diagnostic a permis de mieux analyser des difficultés déjà observées dans l'IMED et de faire des propositions là où les insuffisances des dispositifs en place ont été constatées.

Il faut évoquer l'avenir de **l'internat**.

Depuis cinq ans, le service d'internat⁴⁷ de semaine, qui prenait en charge 25 enfants déficients intellectuels, connaît une baisse d'effectifs significative, il accueille aujourd'hui 5 enfants pour 25 places autorisées, il paraît nécessaire d'envisager une nouvelle organisation de cette activité en adéquation avec les besoins du secteur⁴⁸. La fermeture du service n'est pas envisageable, mais son maintien n'est possible qu'avec la réduction du personnel, à savoir le redéploiement de deux

⁴⁷ Annexe 4 : le fonctionnement de l'internat, rapport effectué pendant le stage de directeur stagiaire à l'IMED d'Avignon et transmis à la DDASS de Vaucluse, à sa demande, en octobre 1999

⁴⁸ Réunion du 22 juin 2000 avec la DDASS : l'internat de l'IMED doit fonctionner même avec moins de places, l'abaissement d'une place en internat devant être compensé par deux places en l'externat.

éducateurs spécialisés sur les autres services. L'internat ne peut, néanmoins, continuer à fonctionner de manière viable qu'avec au moins 7 places, le budget proposé doit s'accompagner de la volonté de la direction d'accueillir des enfants plus jeunes avec des déficiences plus importantes, un projet peut être mené pour assurer la mixité de l'internat, et envisager ainsi l'organisation du travail de nuit la plus sécurisante possible.

Le renforcement des acquis et le maintien de l'internat seraient possible à partir d'un projet éducatif individuel écrit basé sur des apprentissages pratiques et l'acquisition de l'autonomie pour les plus jeunes, des activités créatives et de socialisation, de développement de l'autonomie dans les tâches quotidiennes.

Il est important également de connaître les indications principales qui ont entraîné l'admission en internat, le lieu de vie doit également être agréable et aménagé car il est un repère essentiel pour l'enfant qui doit s'y sentir bien et en sécurité.

L'activité recentrée sur le fonctionnement interne est réalisable à partir des capacités de mobilisation des personnels, la marge de manœuvre reste néanmoins limitée.

Le soutien du maintien à domicile des enfants est proposée par l'IMED depuis la création en 1997 du **SESSAD** « le Petit Prince ».

Ce service est le service phare de l'établissement, à la fois dans la manière dont il a été constitué, mais surtout par la qualité du travail réalisé par l'équipe.

Le SESSAD prend en charge 10 enfants âgés de 5 à 12 ans avec des déficiences intellectuelles et des troubles associés. Il répond à sa mission, définie par la tutelle, de prise en charge précoce comportant : le conseil, l'accompagnement des familles, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial et la préparation des orientations ultérieures.

Le SESSAD définit son action autour des objectifs comme le soutien à l'intégration scolaire et à l'acquisition de l'autonomie dans le cadre du projet individuel pour chaque enfant qui entre complètement dans le cadre de la politique d'intégration fixée dans les « Annexes XXIV » et stipulée dans la circulaire DAS/RVAS/RV1 n°99-637 et DESCO/n°99-187 du 19 novembre 1999 relative aux orientations générales en faveur des personnes handicapées.

L'équipe pluridisciplinaire du SESSAD comprend 0,50 coordinatrice (éducatrice spécialisée), 2 éducateurs spécialisés, 0,50 enseignant, 0,25 assistant social, 0,10 médecin psychiatre, 0,20 psychologue, 0,20 orthophoniste, 0,20 psychomotricienne, soit au total 3,95 équivalent temps plein.

Compte tenu des besoins exprimés par la DASS, il manque des places de SESSAD dans le département du Vaucluse et en particulier en Avignon, l'IMED est en mesure de proposer la création de cinq places supplémentaires à partir du 1^{er} janvier 2001, l'évaluation des moyens nécessaires est proposée par redéploiement même si une création de poste serait souhaitable.

L'extension de ce service qui fonctionne parfaitement sera réussie si une attention particulière est apportée sur les recrutements, il serait préférable et cohérent de faire des recrutements externes à l'établissement et non par redéploiement d'autres services. Le manque de coordination dans les interventions réalisées en SESSAD peut entraîner des dysfonctionnements et des discontinuités dans la prise en charge à domicile et l'esprit d'équipe qui règne dans ce service doit être respecté et conservé. Si le SESSAD augmente sa capacité de 10 à 15 enfants, les déplacements à l'extérieur doivent être réorganisés ainsi que l'utilisation des véhicules de l'établissement.

Une réflexion sur le fonctionnement du **service des polyhandicapés « les Micocouliers »** doit être également menée. Au sein de l'IMED, le service « les Micocouliers » accueille 15 enfants polyhandicapés, dix places en externat, cinq en internat. La création de ce service a commencé en 1996 pour se terminer en 1998, et la rencontre des professionnels dans le cadre du questionnaire réalisé⁴⁹ pendant le stage de directeur à l'IMED permet de tirer quelques enseignements et faire des propositions.

Il existe une forte prédominance du personnel éducatif, les éducateurs spécialisés dans ce service sont en poste depuis la création du service « les Micocouliers », par redéploiement du personnel du service des déficients intellectuels.

L'analyse faite après plusieurs années de fonctionnement montre que les besoins des enfants polyhandicapés nécessiteraient une modification des qualifications pour des AMP, Aides Médico-Psychologiques, en effet leur formation correspond plus à la prise en charge des enfants

⁴⁹ Annexe 5 : entretiens réalisés auprès du personnel de l'IMED à partir d'un questionnaire professionnel

handicapés. Ces agents travaillant à l'internat sont formés à la réalisation des toilettes des enfants, les contacts plus proches avec les familles devraient être favorisés. Il est également nécessaire de revoir l'organisation du travail de l'AMP qui doit participer à la discussion du dossier individuel des enfants, mais aussi aux rapports avec les familles. L'AMP⁵⁰ ne doit plus être le second de l'éducateur spécialisé, mais travailler à ses côtés.

L'encadrement du service est confié à une infirmière de classe supérieure, chargée du personnel AMP et paramédical au niveau du planning, de l'organisation, responsable du suivi des soins, et de l'exécution des ordonnances des médecins (pédopsychiatre, psychiatre et rééducateur).

La fonction d'encadrement de l'infirmière pourrait être à la fois mieux reconnue par les agents et valorisée par le directeur si l'agent était proposé à l'avancement au choix au grade d'infirmière surveillante.

La présence d'éducateurs spécialisés et d'un instituteur spécialisé est très utile et permet la prise en charge éducative et pédagogique, mais aussi la mise en place de projets communs dont l'enjeu serait basé sur la recherche du bien être des enfants polyhandicapés.

Il faut faire confiance aux personnels qui présentent des projets, leur donner les moyens de s'exprimer.

La création d'une salle Snoezelen dont l'idée émane d'une éducatrice très mobilisée pour réaliser ce projet m'a permis de déposer une demande de subvention de 50 000 francs à la Fondation Otis, association dépendant de la Fondation de France. La qualité de la construction de cette salle autour de l'enfant polyhandicapé a obtenu un avis favorable auprès de cette fondation qui a attribué la totalité des crédits demandés.

Au niveau du service « les Micocouliers », l'activité de l'externat connaît une baisse de son taux d'occupation, les besoins exprimés au niveau du schéma départemental sont plus orientés autour de l'accueil d'enfants atteints de handicaps multiples et handicapés moteur. Une réflexion doit être menée dans ce service et proposer un accueil pour des enfants avec des handicaps et des dépendances différents. L'équipe pluridisciplinaire est surtout composée d'éducateurs spécialisés (quatre éducateurs spécialisés, un éducateur technique, un moniteur éducateur) et de trois AMP, la prise en charge des enfants polyhandicapés nécessite la présence plus importante d'AMP⁵¹.

⁵⁰ L'AMP, une profession en expansion : dossier de la revue « Lien Social » n°396 du mai 1997

⁵¹ Annexe 7 : réunions des 10 et 17 mars 2000 avec le CREAI sur le PE du service « les Micocouliers »

Le directeur devrait proposer à la DDASS dans le cadre du projet d'établissement le recrutement d'un AMP, pour le service « les Micocouliers », et le redéploiement d'un éducateur de ce service qui seraient nécessaires pour l'extension de 10 à 15 places du SESSAD.

La prise en charge des enfants et adolescents autistes est une mission de service public qui a été rappelée le 25 janvier 2000, dans le cadre du plan gouvernemental en faveur des personnes handicapées.

Ce plan pluriannuel de créations de places en établissements spécialisés pour les autistes avait prévu 60 millions de francs pour l'année 1999 et 50 millions de francs pour l'exercice 2000.

A ce titre, la DDASS du Vaucluse a demandé à l'IMED d'Avignon de se positionner pour ce type de prise en charge d'enfants autistes, cette réflexion a été menée par le directeur de l'IMED qui a proposé dans le cadre du plan de formation 1999 et 2000, des formations adaptées à cette prise en charge. Aucune demande n'a été réalisée à ce jour.

Le personnel de l'IMED se doit de relever les insuffisances du dispositif médico-social et proposer une prise en charge adaptée à la spécificité de l'autisme, il est signalé l'insuffisance du taux d'encadrement pour que l'IMED puisse accueillir des enfants autistes.

La gravité de ce syndrome⁵², la détresse et la douleur pour ces enfants et leur famille, justifient que l'établissement porte une attention particulière.

Le projet de création d'une section pour 5 enfants autistes trouve sa place dans le projet d'établissement de l'IMED, il est nécessaire de proposer des aménagements pour cette section et faciliter son intégration dans la vie des groupes de l'établissement.

L'IMED devra bénéficier de moyens nécessaires à la réalisation de ce projet, tant au niveau d'un encadrement renforcé, que de crédits de formation, ainsi que le soutien de la DDASS et du MISP

⁵² « Le syndrome d'autisme infantile est un trouble global et précoce du développement, apparaissant avant l'âge de trois ans, caractérisé par un fonctionnement déviant et/ou retardé dans chacun des domaines suivants : les interactions sociales, la communication verbale et non verbale, les comportements » définition de Frances Tustin, autisme et psychose de l'enfant, Paris, édition du Seuil, 1977.

pour favoriser le développement de la complémentarité entre les services de la Psychiatrie et l'IMED, dans l'intérêt des enfants autistes et de leur famille.

Au niveau des projets individuels, les objectifs doivent être préalablement définis sur la plan pédagogique, éducatif et thérapeutique à travers des supports et des méthodes multiples.

La balnéothérapie, les sorties à l'extérieur, la musicothérapie, les activités cognitives, le soutien scolaire sont des activités que peut proposer l'IMED.

L'établissement pourrait même, après la formation des personnels, mettre en place une pédagogie spécifique adaptée aux enfants autistes comme le programme « TEACCH »⁵³.

Ce programme a pour caractéristique l'individualisation de l'éducation des enfants autistes, et repose sur une évaluation réalisée pour les enfants à l'aide du profil psycho-éducatif . Il permet une identification des capacités en émergence et de proposer des apprentissages dans l'objectif d'une intervention adaptée. Le médecin psychiatre et le psychologue sont largement intégrés dans le processus de travail avec les familles, il faut également inciter le personnel des établissements et associations ayant de l'expérience dans ce domaine.

Le positionnement de l'établissement sur la prise en charge d'enfants autistes et son projet chiffré sont développés avec l'étude des moyens ci-dessous.

Le fonctionnement des autres services, l'administration, les services techniques, ne relèvent pas de commentaires particuliers.

Le service du personnel est informatisé, la paye est effectuée de manière complètement autonome.

⁵³ « TEACCH », Traitement et éducation d'enfants atteints d'autisme et de troubles de la communication, programme développé par les américains Schopler et Messibov.

Le service de comptabilité de l'IMED bénéficie des logiciels de comptabilité « dépenses et recettes » qui sont développés par le service informatique du centre hospitalier spécialisé de Montfavet. Ce service a pour projet de mettre en place, pour l'exercice 2001, le traitement des frais de séjour par télétransmission avec la CPAM du Vaucluse.

Les services techniques et d'entretiens des locaux bénéficient d'un personnel qualifié.

b) Le plan de financement et la programmation opérationnels :

La programmation du projet d'établissement devrait pouvoir se réaliser à partir de l'exercice 2001 si ces propositions sont votées par le Conseil d'Administration dans le cadre de la présentation du budget 2001, c'est-à-dire avant le 1^{er} novembre 2000.

La DDASS a d'ailleurs invité la direction l'IMED à déposer son projet d'établissement dès le mois de septembre 2000, elle a même indiqué les besoins au niveau des places de SESSAD, et elle est attentive à toutes propositions concernant la prise en charge d'enfants autistes.

En terme d'attribution de moyens budgétaires supplémentaires, des crédits existent pour l'année 2000, en sera-t-il de même pour l'exercice 2001, l'établissement doit faire rapidement des propositions.

L'IMED d'Avignon pourrait comporter dans le cadre du projet d'établissement 2001-2005, et de la présentation pour avis du CROSS l'agrément suivant :

- Un service internat pour déficients intellectuels : 7 places (enfants âgés de 6 à 20 ans)
 - Un service semi-internat pour déficients intellectuels : 38 places (enfants âgés de 6 à 20 ans)
 - Une section en semi-internat pour enfants autistes : 5 places (enfants âgés de 6 à 20 ans)
- et par dérogation de la CDES des enfants de moins de 6 ans.
- Un service internat pour enfants polyhandicapés : 5 places (enfants âgés de 6 à 18 ans)
 - Un service semi-internat pour enfants polyhandicapés : 10 places (enfants âgés de 6 à 18 ans)
- prenant en charge également des enfants atteints de handicaps multiples et handicaps moteur
- Un service d'éducation spéciale et de soins à domicile : 15 places (enfants âgés de 5 à 12 ans)

L'établissement passerait d'une capacité d'accueil de 70 places à 80 places.

L'activité proposée serait la suivante pour les journées de fonctionnement :

210 j. d'ouverture pour les DI internes et externes

210 j. d'ouverture pour la section d'enfants autistes externes

210 j. d'ouverture pour les PH internes et externes

125 j. d'ouverture pour le SESSAD

Le calcul proposé est effectué à partir du budget 1999 approuvé, le total de la classe 6 de 15 429 620 francs, le budget 2000 n'est pas encore approuvé par la DDASS en juin 2000.

Les tableaux n°4, 5 tiennent compte des propositions de scénarios possibles pour le budget 2001.

Propositions	Internat DI	Externat DI	Sect. autiste	Internat PH	Externat PH	SESSAD
Dép. brutes	2 200 000	7 236 000	1 013 000	1 841 766	3 050 000	1 665 750
Recettes attén.	50 000	150 000	5 000	20 000	50 000	25 000
Dép. nettes	2 150 000	7 086 000	1 008 000	1 821 766	3 000 000	1 640 750
Excédent 1999	50 000	150 000		21 766	150 000	100 000
Dép. à couvrir	2 100 000	6 936 000	1 008 000	1 800 000	2 850 000	1 540 750
J. proposées	1 250	7 182	892	945	1 785	1 593
Taux d'occup.	85%	90%	85%	90%	85%	85%
Prix de journées	1 680	966	1 130	1 905	1 597	967

L'excédent constaté au compte administratif étant de 1 415 297,54 francs, l'affectation proposée exceptionnellement est d'1/3 à la réduction des charges, et 2/3 à l'investissement.

Le coût moyen du poste budgété avec les charges sociales et de formation incluse est de 245 000 francs pour un agent. Les besoins estimés pour la création d'une section de 5 enfants autistes seraient les suivants : 2 éducateurs spécialisés, 1 AMP, 0,10 médecin psychiatre, 0,20 psychologue, 0,10 psychomotricien et 0,10 orthophoniste, soient au total 3,5 ETP, un ratio d'effectif de 0,7. Les charges de personnels (comptes 63 et 64) sont évaluées s à 848 000 francs, l'alimentation à 45 000 francs (compte 6063), les fournitures éducatives à 15 000 francs (compte 6067), les frais de transport à 40 000 francs (compte 624), les prestations de service à 65 000 francs (compte 628), soient un total des dépenses de 1 013 000 francs.

Les incidences du PE en terme de redéploiements et de créations de postes sont :

	Internat DI	Externat DI	Sect. autiste	Internat PH	Externat PH	SESSAD
Redéploiements	-2éduc.spéc		+2éduc.spéc		-1éduc.spé	+1éduc.spé
Créations			+1AMP +0,10 méd. psy +0,20psychol. +0,10psychom. +0,10orthoph.		+1 AMP	+0,10psychol.

Les moyens supplémentaires en fonctionnement à demander à la DDASS pour réaliser ce projet s'élèvent à 981 250 francs, ils sont constitués de charges de personnel et d'exploitation, les autres dépenses pouvant être compensées par redéploiement interne (virements de crédits).

CONCLUSION

« Les racines des hommes sont leurs enfants. Elles poussent dans l'avenir et non dans le passé. »

Guignabodet Liliane (XXe siècle)

Le projet d'établissement est un formidable outil de motivation, il doit permettre à chacun des agents de développer le sentiment d'appartenance et de réalisation de soi. C'est également pour la direction le levier de mobilisation autour de valeurs communes. C'est une démarche excellente pour améliorer la qualité de la prise en charge et c'est un « challenge » pour l'avenir.

Il faut inscrire le projet d'établissement dans l'application du contrat d'objectifs et de moyens qui s'organise dans une démarche pluriannuelle de convention avec la tutelle.

Cette nouvelle approche de projet d'établissement dans le secteur médico-social devrait permettre de traduire des orientations majeures pour l'IME. Un renforcement de la logique pédagogique, éducative, thérapeutique, qui sont les éléments structurant du PE.

Une ouverture accrue de l'établissement sur l'environnement, traduite par la réponse aux besoins à satisfaire, et par la volonté de s'inscrire avec la meilleure complémentarité possible dans l'ensemble du champ médico-social, et en adéquation avec le schéma départemental en faveur de l'enfance inadaptée.

Sur le plan budgétaire, le PE doit prévoir l'ouverture de crédits nécessaires à sa réalisation et de justifier une meilleure gestion prévisionnelle des moyens alloués.

Enfin, le projet d'établissement doit permettre, dans son élaboration, de laisser une large place à la concertation, au dialogue social, il est l'occasion d'une réflexion collective sur les choix d'activités et un recentrage par rapport aux besoins.

En terme de complémentarité, le PE est un outil d'intégration et de décloisonnement, vecteur de mobilisation des professionnels, pour répondre le mieux possible à l'accueil, la prise en charge et au projet que les enfants et adolescents sont en droit d'attendre dans un IME.

BIBLIOGRAPHIE

1) Textes :

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Les Annexes XXIV, décret n°89-798 du 27 octobre 1989 portant modification du décret n°56-284 du 9 mars 1956

2) Ouvrages :

ART McNEIL, « L'énergie collective dans l'entreprise », Paris, éditions Eyrolles, 1989.

DIEDERICH Nicole, « Les naufragés de l'intelligence », Paris, éditions Syros-Alternative, 1990, pages 156 à 167.

FUSTIER Paul, « Le travail d'équipe en institution » : clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique, Paris, éditions Dunod, 1999, pages 115 à 139.

LEFEVRE Patrick, « Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social », Paris, éditions Dunod, 1999, pages 147 à 190.

LEONARD Jean-Louis, « Manager autrement », Paris, éditions TSA, 1994, pages 41 à 60.

LOUBAT Jean-René, « Elaborer son projet d'établissement social et médico-social », Paris, éditions Dunod, 1997, pages 71 à 122.

MIRAMON Jean-Marie, « Manager le changement dans l'action sociale », Rennes, éditions ENSP, 1996, pages 59 à 65.

3) Articles et publications :

BARREYRE Jean-Yves et MARTY Jean-Philippe (ANCREAI), « L'observation dans le secteur médico-social, enjeux et méthodes », Rennes, éditions ENSP, 1999, pages 17 à 28, pages 75 à 78, pages 79 à 81.

CLEMENT Jean-Marie, « Le projet d'établissement », les Cahiers Hospitaliers n°71, Paris, éditions Berger-Levrault, juillet 1992, pages 7 à 11.

« Bâtir un projet d'établissement : éléments méthodologiques », Informations Hospitalières n°38, Paris, éditions de la Direction des Hôpitaux, novembre 1992.

« Guide pratique de la communication hospitalière », Informations Hospitalières n°hors-série, Paris, éditions de la Direction des Hôpitaux, octobre 1993.

4) Documents de références :

Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire, « Cahier des préconisations pour l'élaboration d'un projet d'établissement », Nantes, éditions CRAM, février 1998.

« Handiscol' », Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, Paris, éditions du Ministère de l'Éducation Nationale, septembre 1999.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'Action Sociale, « Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales », Rennes, éditions ENSP, 2000, pages 52 à 59.

« Schéma Départemental de Vaucluse en faveur de l'enfance inadaptée », Avignon, éditions DDASS, février 2000.

TERRASSE Pascal, « Contribution à la réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les établissements sociaux et médico-sociaux », Paris, éditions de l'Assemblée Nationale, les documents d'information n°2249, mars 2000.

5) Interventions techniques :

LOUBAT Jean-René, intervention à l'IRTS de Marseille sur « l'élaboration du projet d'établissement social et médico-social », le 4 janvier 2000.

BLOCH-LAINE Jean-Michel, intervention sur « la réforme de la loi sociale », à Aix-en-Provence, Assemblée Générale de l'URIOPSS PACA Corse, le 31 mai 2000.

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

Liste des sigles :

AES	Allocation d'Education Spéciale
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANCREAI	Association Nationale des Centre Régionaux de l'Enfance et de l'Adolescence Inadaptées
ANFH	Association Nationale pour la Formation du Personnel Hospitalier
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CCPE	Commission de Circonscription et d'Enseignement Précoce et Elémentaire
CCSD	Commission de Circonscription de l'Enseignement du Second Degré
CDES	Commission Départementale de l'Education Spéciale
CLIS	Classe d'Intégration Scolaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREAI	Centre Régional de l'Enfance et de l'Adolescence Inadaptées
CROSS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EREA	Etablissement Régionale d'Enseignement Adapté
GEPSO	Groupement National des Etablissements et Services Publics Sociaux
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GIP	Groupement d'Intérêt Public
IME	Institut Médico-Educatif
IMED	Institut Médico-Educatif Départemental
IMPRO	Institut Médico-Professionnel
IR	Institut de Rééducation
IRTS	Institut Régional du Travail Social
MISP	Médecin Inspecteur en Santé Publique
PMI	Protection Maternelle Infantile
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SEGPA	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
TEACCH	Treatment and Education of Autist Communication Handicapped Children
UPI	Unité Pédagogique d'Intégration
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

Liste des abréviations :

BO	Bulletin officiel
BFR	Besoin en fonds de roulement
CA	Conseil d'administration
CEC	Contrat emploi consolidé
CES	Contrat emploi solidarité
CSP	Code de la santé publique
CTP	Comité technique paritaire
CE	Conseil d'établissement
DI	Déficients Intellectuels
EJ	Emploi jeune
ETP	Equivalent temps plein
FDR	Fonds de roulement
PE	Projet d'établissement
PH	Polyhandicapé
SE	Section d'exploitation
SI	Section d'investissement