



**CONDUIRE LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE DES
ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'UN POLE ENFANCE :**

**L'EXTENSION DE CAPCITE D'UN SESSAD, UNE ETAPE VERS
UNEORGANISATION EN DISPOSITIF INCLUSIF**

Ludwig LAUNAY

2024

cafedes

Remerciements

Ces deux années de formation qui se terminent au travers de la finalisation de ce mémoire professionnel, méritent la qualification d'aventure. J'ai donc osé l'aventure, encouragé par mes proches, mes collègues et mes collaborateurs. En toute logique, je me dois donc de procéder à des remerciements.

Mon premier merci va à mon épouse, ainsi qu'à mes enfants et ma famille pour leurs encouragements et leur soutien.

J'adresse en priorité de sincères remerciements au directeur général de l'association, ainsi qu'au conseil d'administration qui ont accepté de soutenir mon parcours de formation.

Ma reconnaissance va également à ma directrice de pôle et à mes collègues de travail, les équipes de professionnels, dont la bienveillance à mon égard n'a pas été érodée par mes absences.

Merci à tous les enfants, adolescents et jeunes adultes du pôle enfance, pour leur enthousiasme qui a contribué largement à renouveler mon énergie et ma motivation.

Merci à tous les membres de la promotion « Cafdes 2024 », ainsi qu'à l'équipe encadrante de l'Apradis.

Enfin, deux merci avec une mention particulière s'imposent. Le premier s'adresse à Jean-François, mon directeur de mémoire pour son soutien bienveillant. Le deuxième s'adresse à Valérie B, sans laquelle cette aventure n'aurait pas été la même.

Sommaire

Introduction	1
1 Etat des lieux d'un système en mutation : le processus de désinstitutionnalisation, au service d'une fluidification de l'enfance en situation de handicap, dans une société inclusive.....	5
1.1 L'avènement d'un changement de paradigme du médico-social : la trajectoire des politiques publiques	6
1.1.1 La stratégie mondiale et européenne, la propagation de l'onde inclusive.	6
1.1.2 L'approche nationale des politiques du handicap	7
1.1.3 Des schémas territoriaux aux recommandations de pratique de la haute autorité de santé.	11
1.2 Une offre médico-sociale en devoir de s'adapter pour pérenniser son activité.....	15
1.2.1 L'inadéquation grandissante des institutions aux attentes et besoins des bénéficiaires et de leurs familles.	15
1.2.2 La contrainte administrative en défaveur du parcours des personnes en situation de handicap.	16
1.2.3 Des institutions coûteuses dans un contexte de fortes tensions économiques.	18
1.3 Les plateformes de services intégrés, un nouveau modèle d'organisation en perspective.	20
1.3.1 Passer d'une dynamique d'accompagnement à l'interne et en silo à des réponses souples et modulaires.....	21
1.3.2 Élaborer des projets personnalisés qui privilégient des réponses inclusives, tout en mobilisant l'autodétermination de la personne en co-construction avec sa famille.	22
1.3.3 Proposer des solutions innovantes en déconstruisant les habitudes institutionnelles et en privilégiant des réponses inclusives.	22
1.3.4 Synthèse	24
2 Le contexte d'intervention.	25
2.1 L'association gestionnaire : UNIVI Handicap « Le clos du nid de l'Oise », son histoire, ces valeurs et ses orientations stratégiques.....	25

2.1.1	L'offre des établissements et services du pôle enfance « UNIVI Handicap, Le clos du nid de l'Oise ».....	26
2.1.2	Les origines des services d'éducation spéciale et de soins à domicile.	29
2.1.3	Le Sessad de Creil.....	29
2.2	Le diagnostic du Sessad au travers du prisme de la problématique.	32
2.2.1	À l'interne, les forces et les zones de vulnérabilité du service, la cartographie de ses acteurs	33
2.2.2	À l'externe les opportunités et les menaces du Sessad.....	36
2.2.3	Tableau récapitulatif Du SWOT.....	38
2.3	Les enjeux, les risques, les facteurs de succès et les obstacles potentiels , sous l'angle de la problématique énoncée.....	41
2.3.1	Identification des enjeux et des risques pesant sur le service	41
2.3.2	Les facteurs de succès :	42
2.3.3	Les obstacles potentiels.....	42
2.3.4	Synthèse.....	43
3	une stratégie de direction à l'image d'une révolution douce, qui garantisse le cheminement des ESMS du pôle enfance vers une organisation opérationnelle en dispositif inclusif.	45
3.1	L'approche managériale mobilisée dans la conduite du changement.....	45
3.1.1	La co-construction et le développement du pouvoir d'agir au service de l'accès au droit des personnes accompagné.	46
3.1.2	La démarche qualité au cœur du pilotage du projet.	47
3.1.3	Une posture prospective en quête d'innovations pour clarifier les perspectives.	48
3.2	La feuille de route du projet	51
3.2.1	L'extension de faible importance du Sessad un levier pour initier une organisation en dispositif.	51
3.2.2	Organiser le partage d'expériences pour favoriser une acculturation des acteurs du pôle enfance à la pratique de l'ambulatoire.....	56
3.2.3	La stratégie de communication est la mise en relation des acteurs et des décideurs sur le territoire d'intervention sociale.....	57
3.3	Anticiper les évolutions liées au changement de l'organisation par la révision des projets d'établissement et de services du pôle enfance.	58
3.3.1	Adapter la politique de gestion des ressources humaines à la future organisation en dispositif.	59
3.3.2	Anticiper l'évolution du pilotage des ressources financières.....	60

3.3.3 la temporalité, les indicateurs qualitatifs et quantitatifs et l'évaluation du projet.	61
3.3.4 Synthèse	63
Conclusion	65
Bibliographie	67
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

A.R.S : Agence Régionale de Santé
C.A : Conseil d'Administration
C.A.M.P.S : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
C.D.A.P.H : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de Handicap
C.D.E.S : Commission Départementale de l'Education Spéciale
C.D.E.S : Commission Départementale de l'Education Spéciale
C.E.D.I.S : Comité Européen pour le Développement de l'Intégration Sociale
C.N.S.A : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
C.NC.P.H : Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
C.O.S : Cadre d'Orientation Stratégique
C.O.T.O.R.E.P : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.
C.P.O.M : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
E.N.I : Extension de Faible Importance
E.S.M.S : Etablissement Social et Médico-Social
E.T.P : Equivalent Temps Plein
G.O.S : Groupe Opérationnel de Synthèse
H.A.S : Haute Autorité de Santé
I.M.E : Institut Médico Educatif
M.D.P.H : Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap
M.E.C.S : Maison d'Enfant à Caractère Social
O.G.D : Objectif Général de Dépense
P.R.A.P.S : Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins
R.A.P.T : Réponse Accompagnée Pour Tous
S.E.E.S : Section d'Education et d'Enseignement Spécialisée
S.E.S.S.A.D : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
S.I.P.F.P : Section d'initiation et de première formation professionnelle
T.S.A : Troubles de la Sphère Autistique
U.E : Unité d'Enseignement
A.E.S : Accompagnant éducatif et social

Introduction

C'est dans la posture de directeur du pôle enfance UNIVI Handicap « Le clos du nid de l'Oise » que j'aborde l'élaboration de ce mémoire professionnel.

Selon l'article de Jean Yves BARREYRE, sociologue et directeur du centre d'études, de documentation et d'action sociale (CEDIAS), publié dans la revue « Vie Sociale » en 2010¹, le secteur médico-social a été impacté par une production de textes législatifs, nettement plus importante en 10 ans que celles constatées les cinquante années précédentes. L'auteur parle de « révolution douce ». Le terme de « révolution » qualifie la modification du fondement des politiques publiques du vingtième siècle, le vocable « douce » renvoie au fait, qu'à l'époque, ces modifications soient uniquement du fait du législateur. En effet, ce changement de paradigme, lisible dans la lettre de la Loi, n'est pas accompagné simultanément d'une « révolution organisationnelle ». Parmi les lois emblématiques des deux dernières décennies, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et la loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, sont vectrices de la stratégie étatique d'inclusion des personnes vulnérables, dans la société. Le 27 avril 2022, paraissait une étude² des « rapports de l'observatoire » de l'Opco Santé, au sujet de l'évolution dans les grands champs de l'action sociale, dont celui de l'enfance en situation de handicap, vers des cadres plus ouverts et plus inclusifs. Ce rapport indique qu'une révolution organisationnelle reste à réaliser. Fait marquant de l'actualité juridique de notre secteur, le 5 juillet 2024 paraissait le décret³ relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux. En d'autres termes, il s'agit d'un élément d'une feuille de route, très attendue de la communauté des ESMS, qui soutienne une évolution organisationnelle du secteur, en cohérence avec la fluidification des parcours des personnes en situation de handicap, sur les territoires d'actions sociales plébiscitée par les politiques publiques.

En 2022, au moment du départ en retraite d'un directeur général, en poste depuis 30 ans, un état des lieux est réalisé, sous la forme d'un projet d'accompagnement stratégique, par le groupe UNIVI. La finalité de la démarche est la réécriture d'un nouveau projet associatif.

¹ Revue « vie sociale » n°4, 2010, p 9 à 16, Jean-Yves BARREYRE, « la révolution douce », éditions ERES.

² Les rapports de l'observatoire, Opco Santé, 27 avril 2022, évolution vers des cadres d'intervention plus ouverts et plus inclusifs, quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales, privé, à but non lucratif, Créai ile de France iris.

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049889025>

A cette occasion pour la première fois dans l'histoire de la personne morale, des représentants de tous les établissements et services cadres et non cadres sont impliqués.

Le diagnostic ainsi réalisé, dévoile un bilan positif en matière de qualité de gestion à l'interne. L'association, qui affiche plus de 50 années d'existence est reconnue pour la qualité de son accompagnement des personnes en situation de handicap. Toutefois, forte de son implantation et de son développement initial sur son territoire, elle n'est pas dans une dynamique d'innovation, ni dans une démarche proactive de réponses à des appels à projets, en lien avec de nouveaux besoins sociaux identifiés au sein du département. D'autre part, les réponses aux besoins des publics accueillis s'appuient essentiellement sur ses ressources internes et l'effort inclusif attendu par les politiques publiques est trop faible. En cohérence avec cette analyse, peu de temps après de la prise de fonction de notre nouveau directeur général, l'association a amorcé une approche stratégique d'intervention sur son territoire qui rompt clairement avec celle des décennies précédentes. En premier lieu, un remaniement significatif de la lignée managériale a auguré une gouvernance qui s'appuie non plus uniquement sur les directeurs des 19 établissements et services mais en priorité sur trois directeurs de pôles, dont le pôle « enfance », le pôle « vie autonome » et le pôle « accompagnement et soin ». Dans le nouveau projet associatif, la gouvernance témoigne de sa volonté de valoriser l'expertise qu'elle a créditée, par un positionnement concurrentiel sur son territoire, en se saisissant de toute opportunité, visant à enrichir et compléter son offre de services. La personne accueillie est en effet, au cœur des projets validés au niveau associatif et motive une volonté d'innovation qui contribue à la qualité des réponses apportées à ses besoins. Le pôle enfance que je dirige est composé de deux IME d'un EME et d'un SESSAD situés respectivement sur les communes de Saint Leu d'Esserent, le Tillet et Creil. La récente révision des projets d'établissements et de services que j'ai piloté m'a permis d'identifier un enjeu de pérennité de l'offre du pôle enfance, combiné à une nécessaire prise en considération des politiques publiques, en matière d'efforts inclusifs et de fluidité des parcours des personnes en situation de handicap. Je formulerai donc ma problématique de la façon suivante :

« Comment le pôle enfance peut-il assurer sa pérennité et améliorer ses modalités de réponses aux besoins des publics qu'il accompagne, tout en se conformant aux attendus des politiques publiques ? »

Le Sessad, en particulier, a suscité mon attention, puisque depuis son ouverture en 2010, le service a maintenu son activité initiale de 24 places pour des jeunes âgés de 6 à 18 ans présentant une déficience intellectuelle ou une entrave à l'efficacité intellectuelle, en dépit d'une forte demande sur son territoire d'implantation. Le projet que je décide de piloter est de considérer que le SESSAD après validation de la demande par les autorités

compétentes d'une extension de faible importance, ne comptera désormais ses effectifs non plus en termes de « 24 places » dans un fonctionnement en silo ; mais en termes de 32 « nouvelles solutions » au sein d'un dispositif. L'utopie que je vise est que l'E.N. I soit la première étape vers la constitution des établissements et services du Pôle en « Dispositif inclusif ». Denis PIVETEAU dans la préface qu'il a rédigé du livre intitulé : « Concevoir des Plateformes de Services en Action Sociale et Médico-Sociale » déclare que *la « plateforme de services » est en quelque sorte l'institution de la sortie de l'institutionnalisation*. Il est donc question ici d'initier un véritable changement de paradigme de l'accompagnement.

Dans un premier temps je procéderai à un état des lieux du système médico-social, sous l'angle d'un processus de désinstitutionalisation, au service d'une fluidification du parcours de l'enfance en situation de handicap. J'évoquerai le changement de paradigme à l'œuvre, au travers de la trajectoire empruntée par les politiques publiques, à l'international, au niveau de la communauté européenne et enfin au niveau de la France.

Ensuite, je procéderai à une présentation du contexte à l'origine de l'émergence de mon questionnement. Je commencerai par la stratégie de gouvernance « d'UNIVI Handicap », l'association gestionnaire. Je poursuivrai avec une description de l'organisation des établissements et service du pôle enfance, en terminant par le Sessad, duquel j'analyserai le fonctionnement, au travers du prisme de la problématique, précédemment énoncée.

Enfin, dans un troisième temps, j'exposerai la stratégie de direction que j'envisage de mobiliser, à des fins de conduire le changement de l'organisation du pôle enfance. Je ferai ensuite une présentation des différentes étapes de réalisation, de pilotage et d'évaluation projet.

1 Etat des lieux d'un système en mutation : le processus de désinstitutionalisation, au service d'une fluidification de l'enfance en situation de handicap, dans une société inclusive.

La question de la désinstitutionalisation ne concerne pas uniquement la France. Il s'agit en réalité d'un processus qui peut être observé dans la plupart des sociétés, dites développées. Il est ici question d'un mouvement d'envergure, d'ordre culturel structurel et sociétal. En matière de handicap, le mouvement pour la désinstitutionalisation est apparu aux Etats-Unis dans les années soixante. Plus récemment, la désinstitutionalisation est arrivée chez nous avec « la » recommandation européenne relative à la désinstitutionalisation⁴ des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité, adoptée en 2010. Cette recommandation a soulevé un certain nombre d'inquiétudes et de questions, sur ce qui paraissait être la fin annoncée des institutions du médico-social, par le conseil de l'Europe, qui peut être perçu lui-même tel une incarnation de l'institution. Par conséquent, à l'époque, Le Comité Européen pour le Développement de l'Intégration Sociale (C.E.D.I.S.) a publié un guide⁵ de bonnes pratiques en matière de désinstitutionalisation, dans lequel la définition suivante est proposée :

« Désinstitutionnaliser ce n'est pas « faire sortir » les personnes des entités institutionnelles. C'est mettre en œuvre un processus d'accompagnement de personnes citoyennes à part entière en situation de handicap, devant leur permettre de s'émanciper pour mener une existence répondant à leurs désirs, leurs besoins et leurs capacités. C'est prioriser l'intérêt de la personne avant même celui de l'institution et de ses acteurs. »

L'idée qui est ici soulignée par le terme de « processus » peut se rapprocher du concept de « révolution douce » évoqué par Jean-Yves BARREYRE. De telles modifications nécessitent inévitablement du temps, pour qu'elles soient un jour opérationnelles, étant entendu que la France comme d'autres états membres de la communauté européenne, sont à l'aube de cette mutation. Au-delà de cette définition de désinstitutionalisation, l'objectif du guide était d'insister sur la mobilisation par les acteurs concernés par l'accompagnement des personnes en situation de handicap, de principes tels que l'autodétermination ou le fait d'impliquer la personne, sa famille, dans les décisions la concernant, la responsabilisation de ces personnes et le fait d'œuvrer en faveur d'une

⁴ http://expertise.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2010/G_juillet_2010//56381recomandation.pdf
⁵ https://www.fondation-domus.ch/documents/telechargements/Domus_projet_eu_desinstitutionnalisation_guide_de_bonnes_pratiques_professionnelles_20150507.pdf

déstigmatisation dans les milieux familiaux sociaux et professionnels. Enfin, Il est aussi question de former les professionnels des institutions et de développer avec la personne des modes de communication adaptés.

1.1 L'avènement d'un changement de paradigme du médico-social : la trajectoire des politiques publiques

En qualité de directeur je veille à la mise en application des politiques publiques qui encadrent la mise en œuvre de l'accompagnement dans les établissements que je dirige. Ces politiques se déclinent sous la forme de Lois de portée internationale, européenne et nationale. Elles sont également traduites en objectifs opérationnels que je peux consulter dans les projets régionaux de santé. Il m'est important d'aborder le contexte législatif sous le prisme de l'évolution sociétale, depuis les Lois de 1975 fondatrices du médico-social. Le fait est que les établissements traditionnels sont de plus en plus coûteux et peinent à piloter la réponse stratégique, à des besoins d'accompagnement de plus en plus nombreux et complexes. Selon Jean-René LOUBAT, à l'instar du secteur de la santé, nous devons réaliser la transition « ambulatoire » c'est-à-dire le passage d'une institution centrale et centripète à un réseau centrifuge présent dans l'écosystème de la personne accompagnée⁶.

1.1.1 La stratégie mondiale et européenne, la propagation de l'onde inclusive.

Le 30 mars 2007, à New York, la France fut signataire de la convention internationale du handicap. L'étape suivante fut la LOI n° 2009-1791 du 31 décembre 2009, parue au journal officiel n° 0002 du 3 janvier 2010, autorisant la ratification de la convention relative aux droits des personnes handicapées.

Puis, le Décret n° 2010-356 du 1er avril 2010 portant publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées (ensemble un protocole facultatif), signée à New York le 30 mars 2007 paru au journal officiel n°0079 du 3 avril 2010. Cette étape se doit d'être considérée comme déterminante puisque sa ratification par la France entraîne sa primauté sur le droit. L'essence même de la convention internationale du handicap est de cheminer vers une société dite inclusive. Ainsi les 33 articles de ce texte emblématique

⁶ Concevoir des plateformes de services en action sociales et médico-sociale, page 69, Jean-René Loubat, Jean-Pierre Hardy et Marie-Aline Bloch, éditions Dunod.

international, en faveur des personnes en situation de handicap, conduisent les nations qui s'y engagent, à faire la promotion des droits pour chacun, en ne faisant exception de personne. Il est ici question du droit à la scolarisation, de l'accès à la culture et à l'art, ainsi que du droit au travail.

Le rapport de l'ONU de 2019⁷ sur les droits des personnes handicapées, diffusé par sa rapporteuse, Catalina Devandas-Aguilar, lors de sa visite en France effectuée du 3 au 13 octobre 2017, fut publié le 5 mars 2019. Ce rapport affirme en particulier la nécessaire perception des personnes en situation de handicap, non comme des personnes à prendre en charge, mais en effet, comme des sujets de droit. L'idée forte est que les ESMS doivent développer davantage l'accessibilité des personnes au milieu ordinaire, pour décloisonner.

D'après une publication le 3 janvier 2022 sur le site « vie publique.fr », en 2020 la communauté européenne comptait 447,7 millions d'habitants⁸ dont 87 millions de personnes concernées par des degrés différents de handicap. La politique européenne en matière de handicap s'est fondée pendant une longue période sur le fait de reconnaître aux personnes en situation de handicap des droits et que ces derniers soient protégés. Actuellement l'étendard brandi par l'union européenne (UE) est celui de « refus de toutes les discriminations ». Cette orientation stratégique de la politique européenne s'est concrétisée en 1997 par la formalisation du traité d'Amsterdam contenant une condition de « non-discrimination en raison des handicaps ».

Il me faut également faire référence à la Charte des droits fondamentaux de l'UE⁹, publiée au journal officiel des Communautés européennes le 18 décembre 2000 dont l'article 21 interdit toute discrimination fondée sur le handicap. Ladite Charte insiste pareillement sur le principe que les personnes en situation de handicap ont un certain nombre de droits au même titre que tout autre citoyen en matière d'autonomie, d'intégration sociale et professionnelle ainsi qu'à la vie citoyenne.

Le traité de Lisbonne officialisé le 1^{er} décembre 2009 confère à cette Charte une valeur juridique équivalente aux traités.

1.1.2 L'approche nationale des politiques du handicap

⁷ <https://fdfa.fr/rapport-de-lonu-sur-les-droits-des-personnes-handicapees-en-france/>

⁸ <https://www.vie-publique.fr/eclairage/22059-la-politique-europeenne-legard-des-personnes-handicapees>

⁹ https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf

Depuis la Loi n°75-534 du 30 juin 1975, également connue sous le nom de « loi Veil » d'orientation en faveur des personnes handicapées parue au journal officiel du 1^{ER} juillet 1975, la définition du handicap a évolué de façon significative. Cette définition était à l'origine focalisée sur les incapacités, les défaillances d'une personne et par conséquent sur la personne elle-même, déresponsabilisant ainsi les sociétés.

Charles GARDOU¹⁰, auteur de « la société inclusive, parlons-en » paru aux éditions Erès en 2012, anthropologue, pédagogue et professeur à l'Université Lumière Lyon 2, est connu en France comme un spécialiste des questions liées à la vulnérabilité humaine et en particulier celles des situations de handicap. Le 21 octobre 2021, il était l'invité d'une émission de France Culture intitulée : « Handicap : le difficile avènement d'une société inclusive ».

A cette occasion il revient sur la définition du handicap qu'il affirme être la résultante de deux facteurs. Premièrement, les difficultés concrètes de la personne. Deuxièmement, le contexte environnemental qui aura vocation soit d'être facilitant, soit entravant. Ainsi révisée, cette nouvelle définition du handicap conduit inévitablement à une implication légitime des politiques publiques. Cette nouvelle approche se traduira notamment dans une autre loi phare, la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, parue au journal officiel n°36 du 12 février 2005.

Au niveau national, le Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 publié au journal officiel n° 0110 du 11 mai 2017, relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques, à vocation de fluidifier la logique de parcours des personnes en situation de handicap en offrant aux E.S.S.M.S de ce champ, la possibilité de réaliser toutes les modalités de prestations (accueil de jour, accueil temporaire, internat, intervention à domicile...) ainsi que d'accueillir tout type de handicap. La réforme engagée par ce décret, vient simplifier et assouplir le régime d'autorisation, dans une logique de fonctionnement en dispositif et pour une meilleure concordance des réponses apportées aux besoins des personnes.

D'autre part, le plan d'action ministériel 2019/2022 intitulé « Ambition Transformation » en faveur d'une offre médico-sociale plus inclusive souhaite valoriser les initiatives au service

¹⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=VxzNQEwZyZc>

de réponses plus inclusives, souples et cohérentes à des situations individuelles et en particulier les plus complexes, en tenant compte de la personne et en privilégiant son autodétermination.

Denis Piveteau dans son rapport intitulé « zéro sans solution » en 2014¹¹ a insisté sur la nécessité pour les acteurs du médico-social de promouvoir des parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap ainsi que pour leurs proches.

La circulaire n° DGCS/38/2017/148 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » poursuit deux objectifs principaux qui consiste à fluidifier l'accès des enfants en situation de handicap aux dispositifs du médico-social et à offrir conformément à l'amplitude d'obligation de scolarisation prévu par la loi une scolarisation personnalisée pour tous.

Le rapport de l'I.G.A. S¹² n°2021-01 précise que le régime d'autorisation de fonctionner des E.S.M.S tels que ceux du Pôle Enfance que je dirige valide simultanément notre autorisation de fonctionner conformément à un cadre réglementaire délimité, ainsi que le financement de notre activité, combinée à un devoir de réalisation. La contrainte administrative est complexe pour les ESSMS freinant considérablement l'émergence de solutions opérationnelles pour les personnes en situation de handicap. Le rapport prône une concertation des acteurs du handicap sur un territoire, dans une logique d'implication et de co-construction des parties prenantes, dont les familles. L'objectif est de fluidifier le parcours des personnes par l'édition d'une notification unique, en élargissant l'accueil temporaire de 90 à 180 jours et en levant les obligations de paliers liées par tranches d'âges.

La circulaire N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issu de la Conférence nationale du handicap 2023 est un indicateur de la stratégie privilégiée par les politiques publiques.

¹¹ Rapport « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches (tome I – 10 juin 2014)

¹² https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites_default/files_contenu_piece-jointe_2021_11_cncph_note_sur_le_rapport_igas.pdf

Dans leur rapport intitulé¹³ « établissements et services pour personnes handicapées, offres et besoins, modalités de financement » établi par Laurent Vachey, inspecteur général des finances et Agnès Jeannet inspectrice générale des affaires sociales, en octobre 2012 poursuivaient deux principaux buts. Dans un premier temps, la problématique de la pertinence de l'offre sociale et médico-sociale aux besoins des personnes. Dans un second temps, les voies et moyens pour entreprendre une réforme du financement du secteur. En d'autres termes il était question de mettre en lumière les freins les plus importants à la rationalisation du médico-social.

Par ailleurs, le projet de réforme « séraphin ph » qui concerne la tarification des établissements et services pour personnes handicapées en France s'est appuyé sur 2 rapports fondamentaux précédemment cité et que sont le rapport Vachey et Jeannet d'une part, et le « rapport 0 sans solution » de Denis Piveteau d'autre part, dans le cadre « d'une réponse accompagnée pour tous ». Ce travail de réforme fut initié à la fin de l'année 2014, par les acteurs de la direction générale de la cohésion sociale, ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). L'appellation « Serafin ph » et une abréviation qui signifie en réalité : « services et établissements : réforme pour une adéquation des financements au parcours des personnes handicapées ». La finalité poursuivie par ce projet de réforme est d'apporter des modifications à la conception des budgets, alloués aux établissements et services sociaux et médico-sociaux. Selon un article paru sur le site de la CNSA¹⁴, pas moins de 12000 établissements et services médicaux sociaux soumis à notification, par la Maison départementale des personnes handicapées sont concernés par cette réforme. Ces établissements accompagnent plus de 500000 personne en situation de handicap pour un budget global alloué de 17 milliards d'euros par an. Ces budgets étant réparti à hauteur de 12 milliards pour l'agence régionale de santé (ARS) et 5 milliards pour les conseils départementaux. Les principaux objectifs sont au nombre de 3. Le premier vise une plus grande équité d'attribution des budgets aux établissements et services, en accordant plus d'importance aux caractéristiques et aux spécificités des personnes accompagnées, ainsi qu'aux modalités d'accompagnement mises en place par les ESMS, pour répondre aux besoins des personnes. Le deuxième objectif, inspiré par le rapport de Denis Piveteau, consiste à faciliter et soutenir les parcours de vie des personnes handicapées en approuvant la transformation de l'offre médico-sociale, enfin le troisième souhaite l'appropriation par tous de la finalité de cette réforme.

¹³ <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/174000280.pdf>

¹⁴ <https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/serafin-PH>

D'autre part, le décret du 5 juillet 2024¹⁵, publié au Journal officiel n°0159 du 6 juillet 2024 relatif au fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux, ambitionne de prévenir les ruptures scolaires, en optimisant le principe de coopération des différentes entités intervenants auprès des personnes en situation de handicap et en partie avec l'éducation nationale. Il s'agit de prioriser la scolarisation en milieu ordinaire et d'améliorer l'investissement de la personne et de sa famille par une co-construction relative au parcours de scolarisation. Un autre élément ambitionné par ce décret repose sur le fait de conférer au projet personnalisé une dimension prioritairement inclusive. Tout en responsabilisant l'ensemble des acteurs, il est question d'inscrire les établissements dans une évolution progressive de l'offre de santé, qui, pour répondre aux besoins des enfants, doit faire l'effort de proposer des solutions qui soient souples et modulaires, telles que du milieu ordinaire, de l'accueil de jour, de l'accueil de nuit à temps partiel ou bien encore de l'accueil de nuit à temps complet. Selon un article publié dans le média¹⁶ « Banque des territoires » le 12 juillet 2024 par Virginie Fauvel, ce mode d'organisation en dispositif intégré pour les ESMS avait déjà été évoqué dans le décret de 2017, notamment pour les ITEP et les Sessad. Ce texte est aussi dans la continuité de la loi pour une école de la confiance.

1.1.3 Des schémas territoriaux aux recommandations de pratique de la haute autorité de santé.

➤ Les schémas régionaux

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016¹⁷ « de modernisation de notre système de santé » publiée au journal officiel de la république française n°0022 du 27 janvier 2016 est celle qui veille au renouvellement du projet régional de santé (PRS).

Selon un article paru sur le site officiel de l'ARS le 27 novembre 2023 intitulé : « le schéma régional de santé¹⁸ », l'ambition du PRS consiste à optimiser la transversalité des acteurs du territoire d'action sociale, afin d'améliorer l'organisation des parcours de santé. Ainsi, le PRS prend la forme d'un plan unique déterminé à échéance de 5 années. Il est structuré en 3 volets. Dans un premier temps, le cadre d'orientation stratégique (COS) qui a vocation d'énoncer les objectifs stratégiques qui découlent des politiques publiques régissant le secteur. Dans un second temps, le schéma régional de santé, fixe des objectifs généraux

¹⁵ <https://www.ash.tm.fr/juridique/esms-en-dispositif-integre-ce-qui-est-prevu-pour-accompagner-les-jeunes-en-situation-de-handicap-915784.php>

¹⁶ <https://www.banquedesterritoires.fr/handicap-un-decret-renforce-le-dispositif-integre-des-etablissements-et-services-medicosociaux>

¹⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>

¹⁸ <https://www.ars.sante.fr/le-schema-regional-de-sante>

puis opérationnels évaluables à l'appui d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs en qualité de démarche préventive, pour promouvoir la santé et l'offre médico-sociale, tout en anticipant des évolutions potentielles. Enfin, dans un dernier temps, il réalise un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le Schéma régional de santé des Hauts de France 2018-2023¹⁹ affirmait la nécessité de soutenir le choix des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire. Par ailleurs, dans son objectif opérationnel n°5 il déclarait qu'il importait de poursuivre l'effort de développement de l'externalisation des unités d'enseignement des ESMS.

Enfin je nommerai l'objectif général n°6 du schéma régional de santé des Hauts de France 2018-2023, qui préconisait de promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap.

Le projet régional de santé des Hauts de France 2018-2028²⁰ dans son objectif général n°14²¹, intitulé : « promouvoir des parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap » confirme la poursuite d'une stratégie très largement inspirée du rapport de Denis Piveteau de 2014. La déclinaison opérationnelle se traduit dans plusieurs objectifs de la façon suivante :

Dans l'objectif opérationnel n°1 il s'agit de déployer des réponses en rapport avec les besoins identifiés, ce qui sous-entend une actualisation régulière, des besoins des territoires d'action sociales.

Cet objectif s'inscrit dans la veine de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » qui a contribué à accroître l'efficacité des réponses aux besoins des personnes en situation de handicap sur les territoires d'action sociale. L'organe de régulation de la file active des personnes en attente de solutions opérationnelles est la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). L'actualisation par les professionnels de terrain du logiciel via trajectoire PH, dont le déploiement était un des objectifs, émanant du précédent plan régional de santé 2018 2023 vise l'accès à une identification plus objective et des besoins. L'objectif opérationnel n°1 du nouveau plan propose d'approfondir l'utilisation de cet outil à des fins de pouvoir disposer d'une base de données, de connaissances des besoins, qui puissent être médiatisée dans le réseau partenarial des acteurs (conseil départemental, MDPH, éducation nationale, CPAM).

L'objectif opérationnel n°3 concerne la nécessité de soutenir et accompagner les aidants des personnes en situation de handicap. Ensuite, l'objectif opérationnel n°4 envisage l'amélioration de l'accès au repérage et au dépistage dans un objectif d'accompagnement

¹⁹ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-07/MeP%20SRS-PRS%202018-2023%20%28DYNAMIQUE%29-BAT.pdf>

²⁰ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/29125/download?inline>

²¹ Schéma régional de santé des Hauts de France 2023-2028 p 100

précoce et ainsi permettre l'inscription de tous les enfants en situation de handicap dans un parcours de scolarisation et de vie sans rupture. Enfin, l'objectif opérationnel n°5 donne comme cap, le fait d'adapter et ou développer l'offre d'accompagnement en établissements, aux besoins des adultes en situation de handicap et de soutenir le choix de ceux qui souhaitent vivre en milieu ordinaire.

Dans l'objectif général n°18 il est question de mener à bien la modernisation des établissements de santé et médico-sociaux, notamment en mobilisant les investissements. On peut voir dans l'objectif opérationnel n°2 que cela devra passer par le fait de veiller à la soutenabilité financière des investissements et des projets des établissements de santé et médico-sociaux.

➤ Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP)

En septembre 2011, était publié par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) une recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée : « l'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ». Tel que précisé dans la synthèse de cette RBPP le texte trouve son inspiration principale dans la loi 2005-102, du 11 février 2005.

Ce texte de référence est structuré en 3 parties distinctes. La première partie à borde la question de l'accompagnement qui doit être réalisé avec et pour le jeune et sa famille dans une logique de co-construction mutuelle. À titre d'exemple il est ici question de faire la part belle à la parole du jeune dans une attitude facilitante et respectueuse. Les professionnels sont par ailleurs encouragés à soutenir les parents dans leurs responsabilités sans pour autant se substituer à ces derniers. La question de l'élaboration du projet personnalisé est également abordée à l'image d'une feuille de route commençant par une réflexion mutuelle et se matérialisant par l'identification d'étapes successives jusqu'à la préparation d'une fin de prise en charge du jeune concerné.

La deuxième partie de ce texte, concerne la spécificité de l'ancrage du Sessad sur son territoire d'action sociale. Il est ici question du volet partenarial, qui revêt une importance toute singulière, pour ce genre de service. Dans un premier temps, les partenaires doivent être identifiés. Un travail d'acculturation du service doit être réalisé, afin de leur permettre de discerner les enjeux qui existent au niveau de l'accompagnement spécifique des jeunes. Les partenariats doivent être formalisés, afin de sécuriser au maximum les parcours, dans un respect des logiques de fonctionnement, propres à chacun d'entre eux. Enfin une troisième et dernière partie, s'intéresse à la thématique de la dynamique du service ainsi qu'à son organisation. Toutes les spécificités du projet de service doivent être maîtrisées par les professionnels, qui interviennent en son sein. L'idée est de s'assurer d'une cohérence, au niveau de l'élaboration du projet personnalisé de chaque jeune, qui peut

aussi se définir comme dans une logique de parcours, évaluables à l'appui d'indicateurs concrets. En termes de management, les professionnels intervenant au sein du Sessad nécessitent qu'on leur propose un soutien et un étayage qui facilite leur intervention pertinente auprès du public. Cela pourra se traduire, par exemple, par la mise en place de formations spécifiques sur les caractéristiques du public accueilli, sur le thème des interventions au domicile ou au sujet de l'accompagnement de projets. Un autre point plébiscité par cette recommandation de bonnes pratiques est de prévoir la capitalisation d'expériences et de savoir-faire au sein même du service, mais aussi auprès des partenaires identifiés. La recherche et les échanges avec les services de même type, sont encouragés.

Par ailleurs je citerais la RBPP intitulée « accompagner la scolarité et contribuer à l'inclusion scolaire » : « socle commun d'action pour les professionnels exerçant dans les ESMS de la protection de l'enfance et du handicap » validée le 7 septembre 2021. L'idée forte de ce texte rédigé par la haute autorité de santé (HAS) est de considérer que le cheminement scolaire de chaque enfant s'avère multifactoriel. Ainsi, plusieurs éléments d'importance sont à prendre en compte dans une approche systémique. D'un côté, il est question des capacités et des spécificités de l'enfant, de l'autre les différents environnements au sein desquels il se meut, comme sa famille, l'établissement médico-social qui l'accompagne, son établissement scolaire. À des fins d'optimiser le parcours scolaire d'un enfant, les acteurs qui participent des différents systèmes sont à inclure. Il est ici question non seulement d'effectuer un travail spécifique auprès de chaque enfant, mais aussi de mettre en place un échange et un partage constructif avec sa famille, l'établissement spécialisé dans lequel il est accueilli et bien sûr son école. En ce qui concerne l'implication des parents, la recommandation précise qu'ils doivent être considérés et associés comme les principaux acteurs de la scolarité de l'enfant en lien avec son projet personnalisé. D'autre part, le texte précise qu'il est aussi question d'identifier et de développer les ressources des établissements spécialisés, pour accompagner collectivement les enfants dans leur parcours scolaire. Un autre point essentiel réside dans une inscription nécessaire au sein de la communauté éducative. Il s'agit ici d'identifier tous les acteurs qui interagissent dans le parcours scolaire de l'enfant qui représentent en réalité les ressources mobilisables pour optimiser son parcours. Enfin, le dernier point important de cette recommandation de bonnes pratiques préconise l'intervention des professionnels des établissements et services médico-sociaux au sein même des écoles à des fins d'apporter un appui et des ressources en proposant des interventions spécifiques en cohérence avec le projet de l'enfant.

1.2 Une offre médico-sociale en devoir de s'adapter pour pérenniser son activité

Le modèle des organisations médico-sociales passe à l'heure actuelle par une modification profonde qui est à l'œuvre depuis plusieurs décennies. Selon Jean-René Loubat ce changement de paradigme est de nature systémique, résultant d'une révolution économique, culturelle et sociétale. Il affirme les acteurs du médico-social sont confrontés aujourd'hui à une obligation d'agir non en s'opposant au changement que l'on peut qualifier d'inéluctable mais en s'impliquant par des initiatives nouvelles. Ceci sous-entend d'après lui une attitude volontariste et positive. Il déclare²² : « en formule imagée l'enjeu pragmatique est tout simplement de monter dans le train ou de demeurer à quai ».

Selon Claire Heijboer directrice scientifique et responsable du centre de recherche intégré de l'école pratique de service social, qui a soutenu une thèse en 2019 sur l'expertise usagère, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, aurait été à l'origine d'une déflagration dans le secteur du médico-social. Cette dernière, interrogée pour un article du magazine direction²³ n° 204 paru en janvier 2022 intitulé « une évolution inexorable », du fait de la reconnaissance de l'usager comme un nouvel acteur social, sujet de droits. Selon elle, ce sont les places des uns et des autres au sein des établissements qui furent dans l'obligation d'être réorganisées. Elle déclare « cela a obligé les structures à s'extraire d'une forme d'autolégitimation de leurs pratiques. En ce sens ce fut une déflagration ». Il est par conséquent manifeste, que cette évolution notable de la place accordée aux personnes en situation de handicap et en particulier à l'obligation de prendre en compte leur parole, ait été à l'origine d'un sentiment d'insécurité des professionnels du secteur, conduisant les institutions telles qu'elles fonctionnaient à l'époque, à amorcer une transformation dans le but de chercher une mise en conformité aux politiques publiques.

1.2.1 L'inadéquation grandissante des institutions aux attentes et besoins des bénéficiaires et de leurs familles.

En France, c'est « la loi 2005-102 du 11 février 2005 parue au journal officiel n°0036 du 12 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » qui établit une définition du handicap, laquelle a vocation de modifier le regard posé sur les personnes en situation de handicap. En effet les personnes

²² Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale, éditions DUNOD, J-R LOUBAT, J-P HARDY et M-A BLOCH, page 57.

²³ Directions n°204, janvier 2022, p 28

concernées par le handicap ne sont plus décrites comme des personnes à prendre en charge mais bien en tant que sujets de droits. En effet, même si l'histoire témoigne de l'avènement d'un accompagnement « humanisé » des personnes en situation de handicap au sein des institutions ; la vulnérabilité de ces personnes a bien souvent légitimé qu'on décide à leur place, qu'on ne les implique pas systématiquement dans leurs choix de vie. D'autre part, et en raison d'une accessibilité limitée à ce que l'on peut qualifier de vie citoyenne, les personnes en situation de handicap n'ont souvent eu d'autres alternatives que d'accepter d'adhérer aux réponses internes proposées au sein des établissements et validées par la maison départementale du handicap. Dans l'histoire, l'avènement des institutions, des établissements s'est véritablement avérée salutaire pour les personnes qui du fait de leurs besoins spécifiques n'avaient pas d'autre opportunité, en termes de scolarisation, de travail, d'hébergement et d'accès à la culture.

Historiquement parlant, dans les institutions du secteur médico-social, comme nous le rappelle Jean-René LOUBAT dans son ouvrage intitulé « coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale 2^{ème} éditions (DUNOD) p 160, la réponse opérationnelle aux besoins de la personne était souvent réduite à une sorte de conclusion de ce que l'on qualifiait à l'époque la réunion de synthèse. L'origine de ces réunions de synthèse est hospitalière. Il s'agissait essentiellement d'un temps où les professionnels, les acteurs de l'accompagnement de la personne faisait du partage de leurs opinions respectives, au sujet de la situation de la personne accompagnée, une priorité. Le problème réside dans le fait que ces « partages de point de vue » qui mobilisaient beaucoup de personnes l'étaient au détriment d'un véritable travail de recherche, qui aurait lui-même pu conduire à l'élaboration d'un plan d'action, composé de réponses opérationnelles aux besoins identifiés de la personne concernée.

L'évolution des attentes et besoins du public accueilli implique de sortir de l'empirisme institutionnel.

La Loi 2002-2 a introduit l'idée de consentement éclairé de toute personnes accompagnées dans les structures médico-sociales. Observer la lettre de la loi implique désormais pour les professionnels en devoir de mettre en place un projet individualisé, une posture de négociation. Cette négociation introduit une notion de conflit entre le bénéficiaire et les professionnels, comme un terrain favorable à l'émergence de l'autodétermination de la personne accompagnée.

1.2.2 La contrainte administrative en défaveur du parcours des personnes en situation de handicap.

Partenaires incontournables du paysage institutionnel français du secteur médico-social et en particulier celui du handicap, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont été instaurées en France par la célèbre loi 2005-102 du 11 février 2005. Elles se substituent aux deux commissions initiées par les lois de 1975 et qui étaient la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) d'une part et la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) d'autre part. Les missions de la MDPH²⁴ sont à plusieurs niveaux. Un premier volet de leur intervention consiste à accueillir, écouter et informer les personnes en situation de handicap et leurs familles. Il est question de déterminer si la personne nécessite une compensation de son handicap qui passera par l'élaboration d'un plan de compensation de ce dernier. L'organisme est également habilité à statuer sur le versement de prestations sur l'orientation scolaire médico-social ou professionnelle Au niveau du suivi des décisions. Elle fait également office de médiateur et de conciliateur. Afin de s'acquitter au mieux de ses missions, la MDPH dispose d'une équipe pluridisciplinaire, missionnée pour évaluer les besoins des personnes en situation de handicap. D'autre part, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est l'instance décisionnaire qui concerne les droits de ces dernières. Cette commission comprend des professionnels des associations du médico-social, des familles, des membres du conseil départemental et de l'état, des salariés de l'assurance maladie ainsi que des syndicats.

Ce qui nous intéresse plus particulièrement ici, est la mission d'orientation de cette instance vers les institutions du médico-social. Depuis la création des MDPH donc, les établissements et services sociaux et médico-sociaux étaient autorisés par les autorités tutélaires à « la prise en charge » de publics spécifiques. Par exemple tel IME était autorisé à accueillir des enfants et des adolescents déficients intellectuels de 6 à 20 ans avec troubles du comportement compatible avec la vie en collectivité. Telle autre IME était autorisée à accueillir des enfants polyhandicapés, ou tel autre encore, des enfants présentant des troubles de la sphère autistique ou des enfants présentant une déficience visuelle ou auditive. Même s'il s'avérait pertinent à l'époque de développer une offre régionale qui s'adresse à tous types de handicap, ce fonctionnement a été à l'origine d'un renforcement du cloisonnement de ces institutions. Ces autorisations étaient actées en termes de places d'internat, ou de semi-internat, ne respectant pas une logique de proximité géographique. Ainsi, un enfant présentant des troubles de la sphère autistique avait peu de chance d'être accueilli dans un établissement situé dans sa commune de résidence, si l'établissement était habilité à accueillir des enfants présentant une autre catégorie de handicap. Cette problématique a tôt fait de prendre de l'ampleur et de laisser un grand nombre d'enfants en situation de handicap « sans solution » sur le territoire. La feuille de

²⁴ <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/la-maison-departementale-des-personnes-handicapees-mdph-missions-et-fonctionnement>

route intitulée²⁵ : « projet de réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées » rédigée par Annick Deveau et Hélène Marie, du 27 novembre 2014 s'est beaucoup inspiré des rapports « Vachey et Jeannet » ainsi que sur le rapport « 0 sans solution » de Denis Piveteau. Nourris et inspirés par ces éléments d'analyse une réflexion des acteurs associatifs et territoriaux a pu faire émerger les perspectives suivantes :

« La volonté d'une souplesse plus importante concernant l'orientation des personnes en ESMS, qui puisse optimiser leur parcours. » cette demande s'adresse en premier lieu aux MDPH. En effet, la procédure administrative d'orientation ou de réorientation qui aboutit à l'édition d'une notification de décision déclenchant la validation des ressources nécessaire à l'accompagnement de la personne s'avère chronophage et non modulable. Par conséquent, les listes d'attentes avant admission s'alourdissent au sein des ESMS d'une part, laissant les personnes concernées « sans solution » ; d'autre part si les besoins d'une personne admise au sein d'un IME par exemple sont amenés à évoluer ou ne correspondent plus à ses besoins, la personnes risque alors de se retrouver sans prise en charge.

1.2.3 Des institutions coûteuses dans un contexte de fortes tensions économiques.

Le paysage institutionnel français s'est considérablement densifié proposant une offre de service toujours plus importante. Pas moins de 155 616 places²⁶ pour enfants et adolescents en situation de handicap étaient dénombrées en 2014, réparties au sein de 3994 établissements et services. En 2022, 170226 places sont installées dans 4161 établissements et services.

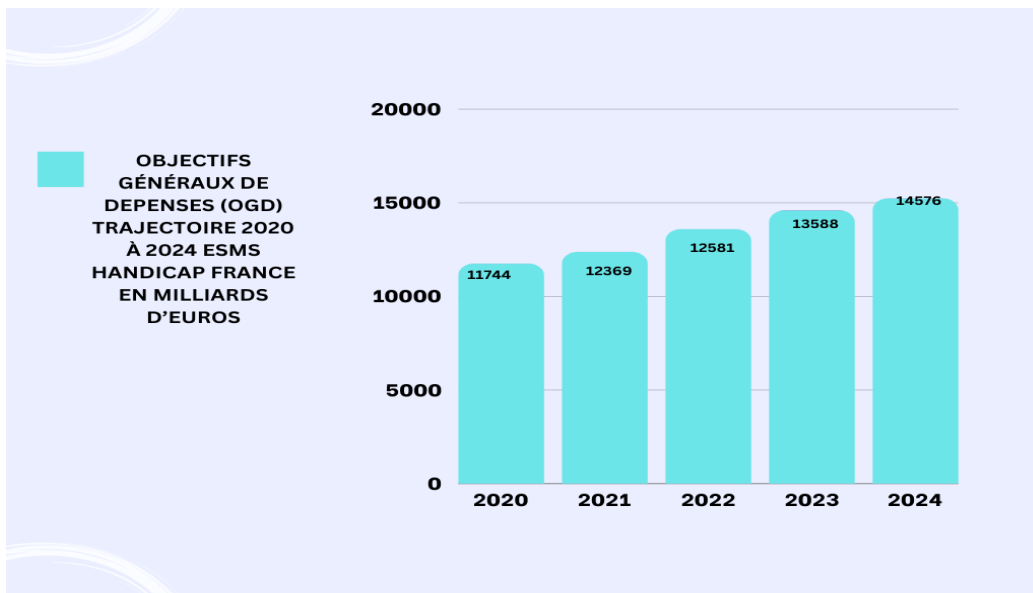
Tous les ans la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie²⁷ (CNSA) attribue aux agences régionales de santé (ARS) les ressources requises pour le fonctionnement des services et des établissements médico-sociaux. En 2024 la CNSA consacre 40,6 milliards d'euros à l'aide à l'autonomie des personnes âgées ou handicapées. L'objectif général de dépense (OGD) pour les établissements et services médico-sociaux est estimé à 30 milliards d'euros ce qui représente 80% du budget de la CNSA.

A l'aide du graphique ci-dessous j'ai illustré l'évolution des OGD en milliards d'euros, des établissements du handicap en France sur la trajectoire qui s'étend de 2020 à 2024. On peut y lire une augmentation régulière.

²⁵ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ref_tarif_esmsph_feuilledeRoute_271114.pdf

²⁶ <https://handidonnes.fr/page/offre-medico-sociale/offre-pour-enfants-et-adolescents/indicateur/nombre-desms-et-de-places-installees/evolution>

²⁷ Source : Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2024, CNSA



Le 10 février 2022 la CNSA²⁸ éditait une synthèse des coûts à la place consultable sur le site internet de l'organisation. Cette étude révèle que le coût moyen d'un institut médico éducatif des de 43386 euros. Entre 2017 et 2020 une augmentation de 2,31 % est observée passant de 42145 euros en 2017 contre 43064 euros en 2020.

En ce qui concerne le coût moyen annuel à la place d'un SESSAD il est de 20944 euros. Entre 2017 et 2020 une augmentation de 6,85 % est observée passant de 19717 euros en 2017 contre 21086 euros en 2020.

A titre indicatif dans la fourchette haute des coûts à la place, les établissements et services pour enfants adolescents polyhandicapés (EAAP) affichent un coût moyen à la place de 76678 euros.

La campagne budgétaire²⁹ 2024 repose, en construction, sur un taux de progression moyen de l'OGD de + 4,02 %, + 4,57 % pour les établissements et services accueillant des personnes âgées et + 3,44 % pour les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap.

D'après Jean René LOUBAT³⁰, « les secteurs de l'action sociale et médico-sociale sont dorénavant totalement concernés par les mutations sociétales qui s'annoncent parce que les besoins auxquels ils répondent augmentent plus vite que les ressources qui pourront leur être allouées ». En effet nous sommes conscients du fait que les établissements et services médico-sociaux sont financés par les ressources publiques. Le domaine de la santé et de la solidarité sont actuellement décrit comme « dépensiers » et sont donc invités à réaliser

²⁸ <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-07/Etude-2017-2020.pdf>

²⁹ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/125455/download?inline>

³⁰ Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale, éditions DUNOD, J-R LOUBAT, J-P HARDY et M-A BLOCH, page 57.

des économies sérieuses en ayant recours à des pratiques innovantes ainsi qu'à d'autres formes de réponses.

Tel qu'énoncé dans la feuille de route du projet de réforme de la tarification des établissements et services médicaux sociaux pour personnes handicapées il est nécessaire qu'il y ait également une plus grande souplesse dans l'attribution des ressources attribuer aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de sorte que le fonctionnement en prix de journée en particulier ne soit pas un facteur de frein à la création de dispositifs d'accompagnement qui soit davantage centré sur une adaptation des réponses à l'évolution du besoin des personnes accueillies.

De surcroît, il convient d'aborder le poids de la flambée des coûts liés à la consommation énergétique dans les établissements. Dans un article rédigé de la main de Laetitia DELHON³¹ pour le site « Le Média social » cette dernière témoigne que *l'envolée des prix de l'énergie inquiète au plus haut point le secteur social et médico-social, qui s'estime aujourd'hui oublié des pouvoirs publics.*

1.3 Les plateformes de services intégrés, un nouveau modèle d'organisation en perspective.

Le changement de paradigme à l'œuvre dans le champ de la santé et de la solidarité et en particulier au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux, entraîne un bouleversement de l'action sociale, ainsi que de la culture professionnelle qui est en lien. Il est avéré que cette mutation soit impulsée par l'évolution des politiques publiques qui règlementent les organisations du secteur. Les institutions sont dans l'obligation d'observer le cap donné par l'évolution législative, qui entend mettre l'accent sur l'implication de la personne accompagnée, dans l'élaboration et le vécu de son projet de vie. Selon les rapports de l'Observatoire de l'Opcos santé³² la prise en charge institutionnelle n'a plus l'exclusivité ni le monopole elle prend place à présent au sein d'un dispositif qui interagit avec l'environnement extérieur et les espaces de vie de la personne. Cela induit donc la détermination pour les établissements médico-sociaux de s'ouvrir sur leur environnement extérieur. Le défi à relever est celui de contribuer par cette mise en conformité avec les politiques publiques, à la construction d'une société de plus en plus inclusive. C'est bel et bien le principe de parcours de la personne accompagnée en lien avec son projet

³¹ Le média social, 22 septembre 2022, « crise énergétique : le secteur social et médico-social passera-t-il l'hiver ? » Laetitia DELHON.

³² Les rapports de l'observatoire, « évolution vers des cadres d'intervention plus ouverts et plus inclusifs » quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif/ <https://collectifhandicap54.org/2023/01/11/inclusion-quels-impacts-dans-les-pratiques-professionnelles-des-secteurs-sanitaires-sociales-et-medico-sociales/>

personnalisé qui doit prévaloir sur les réponses internes institutionnelles. La communauté éducative attendait avec une impatience grandissante l'avènement d'une « révolution organisationnelle » qui légitime la profusion réglementaire des politiques publiques des 25 dernières années. La publication au journal officiel n°0159 du 6 Juillet 2024 de la république française du Décret du 5 Juillet 2024 relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux marque une étape opérationnelle déterminante.

1.3.1 Passer d'une dynamique d'accompagnement à l'interne et en silo à des réponses souples et modulaires.

Il est manifeste que les politiques publiques qui ont précédé la loi 2002-2 ainsi que la loi 2005-102, induisaient des modalités de réponses aux besoins du public accueilli dans une logique de compensation du handicap. Ainsi les équipes médicales, paramédicales, éducatives, les directions d'établissement, toutes les ressources humaines qui constituaient l'organigramme institutionnel fonctionnait principalement à l'interne. On parlait alors d'équipes pluridisciplinaires, spécialisées pour répondre aux spécificités des handicaps. Les grandes lois des années 2000, par la définition du handicap ont délibérément mis le cap sur la notion d'accessibilité des personnes à la vie citoyenne et à leurs droits, introduisant le principe donc pour les établissements et les professionnels du milieu de s'acculturer à proposer des alternatives externes aux besoins des personnes accompagnées.

L'organisation proposée par l'arrivée sur le devant de la scène des dispositifs intégrés ou inclusifs part de ces constats pour impulser une nouvelle logique, Celle de passer d'une logique verticale à une logique horizontale. Les politiques publiques entendent désormais raisonner non plus en termes de place mais en termes de solution qui se veulent innovantes. La logique de parcours est ainsi privilégiée obligeant les institutions sociales actuelles à réinventer leur pratique professionnelle, leur partenariat extérieur en tenant compte des attentes et besoins de la personne elle-même. Selon un article paru dans la revue direction numéro 211 publié en septembre 2022 L'évolution des institutions en « dispositifs » entraînent un changement de vocabulaire. Il n'est plus question de places d'internat mais d'accueil de nuit. On ne parle plus de place en externat mais plutôt d'accueil de jour. Enfin le terme d'ambulatoire est privilégié à celui de SESSAD. En s'appuyant sur les besoins et les attentes de la personne il s'agit de proposer des solutions à l'intérieur et à l'extérieur et en dehors des murs de l'institution en fonction de ce qui est pertinent, bienveillant et sécurisant pour la personne.

1.3.2 Élaborer des projets personnalisés qui privilégient des réponses inclusives, tout en mobilisant l'autodétermination de la personne en co-construction avec sa famille.

Pour Charles GARDOU « Quel que soit le secteur d'activité, l'enjeu est de ne pas se focaliser sur les limitations de la personne mais de s'appuyer sur ses capacités, de respecter ses choix et de l'aider à développer son autodétermination et son pouvoir d'agir. »

En premier lieu il convient de rappeler que le projet personnalisé est un des outils instauré par la loi 2002. Avant qu'il soit légitimé par la lettre de la loi, les formes du projet personnalisé pouvaient être diverses en fonction de leur appropriation par les institutions du médico-social et ne faisait pas des attentes et besoins de la personne, la principale des priorités. La recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM éditée en décembre 2008 et intitulée « les attentes de la personne et le projet personnalisé » vient ainsi apporter des précisions sur la conduite à tenir concernant l'élaboration, la mise en œuvre, ainsi que l'évaluation du projet personnalisé. Plusieurs étapes se distinguent pour réaliser un processus. En premier lieu, il s'agit d'établir un premier contact avec la personne et sa famille qui aura pour objectif de compiler des informations, d'être dans un échange constructif, qui permette de comprendre là où en est la personne de son parcours de vie et quelles sont ses attentes et ses besoins. Il s'en suivra une analyse de la situation, puis une démarche de co-construction dynamique, qui permettra d'aboutir à une prise de décision concernant la mise en œuvre du projet personnalisé de la personne. Une fois le projet mis en œuvre il devra être Co évalué.

1.3.3 Proposer des solutions innovantes en déconstruisant les habitudes institutionnelles et en privilégiant des réponses inclusives.

La décision de piloter la transformation d'une offre de service, afin qu'elle ne compte plus principalement et uniquement, sur les ressources des établissements et services qui la composent, implique une démarche prospective d'actions et de réponses innovantes qui insufflent une dynamique nouvelle dans le parcours de vie de la personne concernée. Dans le but de clarifier concrètement les changements que pourraient augurer un fonctionnement en dispositif intégré, voici quelques exemples d'évolutions possibles en matière de réponse aux besoins. J'ai trouvé certains de ces exemples dans un article de la revue « directions », d'autres sont tirés de mon expérience de terrain. Prenons l'exemple de l'hébergement d'un jeune en internat de semaine dans un IME. En effet, il n'est pas rare qu'un jeune soit admis en internat à l'âge de 10 ans et qu'il n'en sorte qu'à 20 ans révolus, sans jamais avoir eu

d'autre opportunité que celle d'expérimenter l'autonomie de sa vie quotidienne dans un espace collectif très protégé, contrôlée par des équipes de professionnels. En tenant compte premièrement de la volonté de la personne et de ses proches, ainsi que des capacités de cette dernière, on pourrait imaginer une alternative innovante qui consisterait à se doter d'un appartement en ville pour permettre de travailler avec de jeune adultes, une expérience de colocation, sans qu'il y ait une présence permanente des éducateurs. Ainsi, cela pourrait leurs permettre d'opter pour un logement privé, au lieu d'être contraints d'être hébergés en foyer d'hébergement pour travailleurs en ESAT.

Un retour d'expérience relayé dans le magazine directions n° 211 de septembre 2022 évoque la possibilité d'établir des partenariats avec des pensions de famille des foyers de jeunes travailleurs.

En ce qui concerne l'obligation de scolarisation des jeunes accueillis au sein des établissements, la classe est très régulièrement organisée au sein même de la structure. L'alternative en matière de scolarisation consisterait alors, par exemple, à mettre en place un partenariat avec les acteurs de l'éducation nationale au sein d'un collège ou d'un lycée, d'une école primaire, afin de réaliser une unité externalisée d'enseignement. L'idée serait d'envoyer les professionnels de l'établissement médico-social, en appui de la classe en milieu ordinaire. En effet, L'inclusion scolaire, qui s'est développée par la loi de 2005 sur un mode Individualisé, est aujourd'hui complétée par l'externalisation des unités d'enseignement, qui étaient implantées au cœur même de l'institution.

En ce qui concerne l'orientation en secteur adulte et plus particulièrement l'orientation dans le monde du travail, pour les personnes dont les capacités et aptitudes le justifient, les établissements tels que les IME, privilégient en général une demande d'orientation en établissement et services d'aide par le travail à la MDPH. Par conséquent, bien souvent la première expérience des jeunes en situation de handicap, avec le monde du travail, a lieu au sein d'un établissement médico-social. Une alternative possible serait de monter des partenariats avec des artisans proches de l'établissement ou du domicile de la famille, qui permettent aux jeunes en situation de de handicap, d'expérimenter le monde du travail en milieu ordinaire. On pourrait imaginer qu'en cohérence avec ce qu'un jeune aura appris en atelier « employé technique de collectivité » au sein de la section initiation et de première formation professionnelle, un stage lui soit proposé au sein d'une entreprise du milieu ordinaire.

Enfin on pourrait imaginer qu'au lieu de proposer systématiquement aux jeunes des prises en charge sportives dans le gymnase de l'établissement, un partenariat soit mis en place

avec la collectivité locale, qui permette aux jeunes de la structure de pratiquer leur sport préféré en milieu ordinaire, au sein des infrastructures sportives de la ville.

Comme tous ces exemples permettent de l'illustrer selon l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) il s'agit de privilégier l'accès au milieu ordinaire. Cette logique suppose de décloisonner les acteurs du médico-social, du social, de la santé, de la petite enfance, de la solidarité et de l'insertion professionnelle, afin d'améliorer leur coordination et leur complémentarité et de créer une culture commune. L'utopie est de dépasser le concept d'établissement.

1.3.4 Synthèse

Denis Piveteau en tant que conseiller d'état a déclaré « l'inclusion ce n'est pas fermer les établissements mais les ouvrir ». En réalité le défi à relever n'est pas à prendre à la légère. Il est manifeste que l'offre médico-sociale et en particulier celle qui concerne les établissements et services de l'enfance soit dans l'obligation de se transformer afin de perdurer. L'avènement des dispositifs intégrés ou des plateformes de services en action sociale et médico-sociale, implique beaucoup plus que des modifications de faibles envergures in situ. Il me semble plus pertinent de parler de « déconstruction institutionnelle ». En réalité, cette mutation vers laquelle est orienté le secteur au diapason des politiques publiques, exige d'aller au-delà de la seule transformation structurelle, architecturale. C'est l'ensemble des acteurs de ces futurs dispositifs, qui doivent retrouver leurs manches, s'informer, se former, communiquer et prospecter afin d'avoir la capacité de maîtriser réellement les enjeux du changement. Même si ce changement de paradigme est fortement induit par la crise que nous traversons actuellement au sein de nos sociétés occidentales, j'y discerne également une belle opportunité de revalorisation des personnes en situation de handicap et de leur réel accès aux droits et à la communauté citoyenne.

2 Le contexte d'intervention.

Constitué par les Institutions de Retraite Complémentaire affiliées à la Fédération AGIRC-ARRCO, « UNIVI Groupe ³³ » est un groupe associatif paritaire acteur du médico-social dans trois secteurs d'activités. Le secteur des personnes âgées « UNIVI Séniors », le secteur de la santé « UNIVI Santé » et le secteur du handicap « UNIVI Handicap Le clos du nid de l'Oise ».

2.1 L'association gestionnaire : UNIVI Handicap « Le clos du nid de l'Oise », son histoire, ces valeurs et ses orientations stratégiques.

Avec un réseau de 65 établissements en France et 3 300 collaborateurs, UNIVI accueille, héberge et soigne des personnes fragilisées par l'âge, la maladie ou le handicap au sein de ses hôpitaux gériatriques, résidences autonomie, résidences services, EHPAD et foyers d'hébergement et de services pour personnes handicapées. Le groupe offre également des services de soins à domicile.

L'Association « UNIVI Handicap³⁴, Le clos du nid de l'Oise », implantée dans le sud du département de l'Oise compte 19 établissements et services qui assurent l'accompagnement de 900 personnes en situation de handicap. L'association, depuis son changement de gouvernance en 2022 s'est remobilisée autour d'un nouveau projet associatif qui insiste sur des valeurs fortes d'engagement, de responsabilité, d'esprit d'équipe de bienveillance et d'innovation. Elle affiche clairement une politique fondée sur la recherche de l'excellence.

Dans son nouveau plan stratégique intitulé « **GAMA 2027** », UNIVI affirme sa volonté de **G**arantir une offre de service variée, d'**A**ssurer la présence des professionnels, leur présence et leur satisfaction ; de **M**aîtriser les fondamentaux économiques en harmonie avec les valeurs associatives et d'**A**ffirmer la place sur son territoire comme un acteur éthique responsable pilotant rigoureusement ses risques. Fait marquant, la démarche qualité s'inscrit résolument au cœur du pilotage stratégique des établissements et des services qui la constituent.

L'association UNIVI s'est structurée en trois pôles distincts depuis 2022. Un pôle « vie autonome », un pôle « accompagnement et soin » et enfin un « pôle enfance ».

³³ Organigramme annexe n°1

³⁴ Organigramme annexe n°2

La gouvernance précédente était centrée principalement sur l'entretien de cette offre de service qui s'est développée depuis sa création dans les années 1970 sous l'impulsion de l'abbé Lucien OZIOL. Force est de constater que la priorité n'a pas été portée de façon significative à œuvrer de manière prioritaire en faveur d'une « société inclusive » à l'appui d'initiatives innovantes. Si la personne accueillie est toujours au cœur des projets associatifs UNIVI met résolument le cap sur l'innovation ainsi que sur l'effort inclusif visant ainsi une mise en conformité avec l'actualité des politiques publiques et une attractivité significative sur son territoire de rayonnement.

2.1.1 L'offre des établissements et services du pôle enfance « UNIVI Handicap, Le clos du nid de l'Oise »

Le pôle enfance « UNIVI Handicap, Le clos du nid de l'Oise » est composé de l'IME de Saint Leu d'Esserent, de l'EME du Plessis Pommeraie de Creil, du Sessad de Creil et de l'IME du Centre Lucien Oziol commune du Tillet.

➤ L'IME de Saint Leu d'Esserent :

L'agrément du 23 juin 1993 stipule que l'I.M.E. de Saint Leu d'Esserent peut « recevoir des enfants, des adolescents présentant une déficience intellectuelle, relevant des annexes XXIV³⁵ âgés de six à vingt ans, des deux sexes ». Soit 55 internes, 12 semi-internes à temps complet plus 2 divisibles en temps partiel. Dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous (R.A.P.T) je suis très régulièrement sollicité par la MDPH à l'occasion de groupes opérationnels de synthèse (G.O.S) pour envisager d'accueillir des jeunes « sans solution ». Sur notre territoire d'intervention, la plupart des jeunes en attente de solution présentes des profils globalement plus déficitaires (Troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité, carences psychoaffectives, éducatives, troubles psychologiques, pathologies d'origine génétique, T.S. A³⁶). D'après les statistiques relevées par les assistantes sociales sur le pôle à l'étude des dossiers de candidatures qui nous sont adressées, le pourcentage d'enfants présentant ce genre de troubles s'accroît (plus ou moins 60% des notifications d'orientations). Ce constat précisément retient mon attention puisque les professionnels de l'IME de Saint Leu d'Esserent ne sont absolument pas acculturés à l'accompagnement du public TSA, d'autre part nos locaux ne sont pas adaptés à l'accueil spécifique attendu pour ce type de handicap. A l'avenir je suis conscient que nous risquons de plus en plus d'être en peine d'assurer notre taux d'occupation si nous ne faisons pas l'effort d'adapter nos solutions d'accompagnement à cette évolution du public. L'Ime de Saint Leu d'Esserent

³⁵ Légifrance.gouv.fr : Décret n°89-798 du 27 Octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV

³⁶ Troubles de la Sphère Autistique

affichait en 2022 un taux d'occupation de 87% et 89% en 2023 alors que 92% minimum était attendu par l'A.R.S. A saint Leu d'Esserent, le projet d'établissement définit la mission de deux services que sont l'externat et l'internat dans une logique de parcours du public accueilli. Il s'agit de prodiguer aux usagers une alternative de scolarisation et d'apprentissages préprofessionnels ainsi que l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. Une autre mission de la structure est l'orientation vers la vie d'adulte. L'externat est structuré en deux sections que sont la section d'éducation et d'enseignement spécialisée (S.E.E.S) pour les enfants de 6 à 14 ans et la section d'initiation et de première formation professionnelle (S.I.P.F.P) pour des adolescents et jeunes adultes de 15 à 20 ans. L'internat quant à lui, est structuré en quatre espaces d'accueil par tranche d'âges. L'espace « Kids » pour les enfants de 6 à 14 ans ; l'espace « Teens » pour les adolescents de 15 à 17 ans, l'espace « Jeunes Adultes » Pour les jeunes de 18 à 20 ans. Les équipes de professionnels de l'établissement sont constituées de 54 ETP (équivalent temps plein).

➤ L'IME de Lucien Oziol

L'IME de Lucien Oziol a pour vocation de proposer aux jeunes accueillis un soutien aux apprentissages grâce à la mise en place de moyens médicaux, scolaires et de rééducations spécialisés. L'IME étant réservé à l'enfance, une de ses missions est aussi de préparer le jeune à sa future vie d'adulte. L'accompagnement mis en place au sein de l'établissement tend ainsi à favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne et sociale des enfants ou des adolescents accueillis (art. D312-12 code de l'action sociale et la famille). La mission de l'IME est d'accompagner et de prendre en charge des enfants porteurs de handicap âgés de 0 à 20 ans. Les équipes de professionnels de l'établissement sont constituées de 37 E.T.P (équivalent temps plein). Le nombre de places autorisées sur l'IME du centre Lucien Oziol est de 23 internes et 7 externes. Ces places sont réparties en 13 places en hébergement permanent pour des jeunes présentant un pluri handicap (section ouverte 365 jours par an), 10 places en hébergement permanent pour des jeunes présentant des troubles du spectre de l'autisme (section ouverte 210 jours par an), 5 places d'accueil de jour pour des jeunes présentant tous types de déficience, 2 places d'externat pour des enfants présentant des troubles du spectre autistique. Les places d'externat sont ouvertes 210 jours par an. Depuis janvier 2023, l'IME du centre Lucien Oziol est rattaché au pôle enfance de l'association. Historiquement, cet établissement était spécialisé dans le polyhandicap. Faute de candidatures adressées par la MDPH, un accord avec l'ARS nous a permis de faire évoluer nos autorisations d'accueil afin d'assurer notre taux d'occupation. Ainsi depuis cinq ans maintenant mes équipes de l'internat et de l'externat de cet établissement se sont spécialisées dans l'accompagnement d'autres types de pathologies dont les troubles de la sphère autistique.

➤ L'EME du Plessis Pommeraie de Creil :

L'EME est situé au Hameau du Plessis Pommeraye à 3 kilomètres de Creil en direction de Senlis. Les locaux, composés d'une maison bourgeoise reliée à des bâtiments récents construits en 2021 accueillant les différentes salles comme : la classe, des unités de vie de journée pour chaque section de l'établissement. L'infrastructure bénéficie aussi d'ateliers techniques, de pièces pour les activités éducatives, d'un réfectoire unique...

L'agrément de l'EME l'autorise à recevoir des jeunes déficients intellectuels, dont le degré de difficultés est important et certains enfants accueillis cumulent des handicaps. L'Externat Médico-Educatif a ouvert le 15 janvier 1968, il est situé dans l'Oise, dans le bassin creillois, au sud du département. L'établissement accueille des enfants et adolescents déficients intellectuels, orientés par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées), tous capables de préapprentissage simples (autonomie, vie quotidienne, socialisation...). Cette notion de "progrès possible" doit sans cesse guider notre action. Actuellement l'EME accueille 55 enfants/adolescents dont 26 filles pour 29 garçons. Comme pour l'ensemble des établissements et services du pôle enfance une évolution des profils des enfants orientés par la MDPH se confirme concernant des enfants avec des troubles envahissants du développement, des troubles de la sphère autistique.

Il a été dénombré que sur 55 jeunes accueillis : Dans la mesure du possible, nous essayons toujours de diversifier et développer nos partenariats inclusifs et de favoriser le temps partagé avec l'éducation nationale afin de maintenir un temps de scolarité. Dans l'ensemble de l'établissement, une prise en charge alternée ou conjointe avec d'autres structures peut être mise en place en référence au projet individuel, Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMPS), Centre Médico-Psycho Pédagogique (CMPP), Hôpitaux de jour, services spécialisés, foyers de l'enfance, Maisons d'enfants à caractère social (MECS). Les 50 places de l'EME sont réparties de la façon suivante :

- Un semi-internat pour enfants et adolescents constitué de deux sections :
 - une section d'éducation et d'enseignement spécialisé (SEES),
 - une section d'initiation et de première formation professionnelle (SIPFP)
 - 48 places à temps plein
 - 2 places à temps partiel

LE Sessad de Creil

Le SESSAD de Creil qui a pour mission d'accompagner des jeunes âgés de 6 à 18 ans présentant une déficience intellectuelle ou une entrave à l'efficacité intellectuelle dans tous les lieux qu'ils fréquentent (Lieu de scolarisation, Domicile, Associations diverses...). Dans

la mesure où le Sessad est au cœur de la problématique que j'ai choisi de traiter, je procéderai à une description détaillée du service ci-après.

2.1.2 Les origines des services d'éducation spéciale et de soins à domicile.

Les SESSAD³⁷ font leur arrivée dans le secteur du médico-social par le décret n° 70-1332 du 16 décembre 1970, dans le cadre de la première modification des annexes 24, du décret du 9 mars 1956, qui instituait les services de soins et d'éducation à domicile (SSESD), conférant un caractère officiel aux initiatives de l'association des paralysés de France (APF). Les missions des SESSAD sont indiquées aux articles 48 à 52 du décret n° 89-796, du 27 octobre 1989, remplaçant les annexes 24 du décret du 9 mars 1956. On y distingue notamment plusieurs sortes de services en fonction des publics accueillis. Par ailleurs, la circulaire 89-17 du 30 octobre 1989, vient apporter un certain nombre d'indications sur la spécificité des missions dévolues aux SESSAD.

- Proposer une prise en charge qui soit la plus précoce possible
- Favoriser l'intégration scolaire et le développement de l'autonomie de l'enfant
- Privilégier autant que faire se peut un accompagnement dans les lieux de vie et d'activité de l'enfant
- Faire en sorte que le lien des professionnels du SESSAD avec l'ensemble des acteurs intervenants dans le parcours de l'enfant soit opérationnel et rapproché.

D'autre part, la circulaire donne une place centrale à l'implication bienveillante des membres de la sphère familiale. Ce texte a également eu vocation de dire l'importance de prodiguer une éducation aux enfants dit « handicapés mentaux », le plus précocement possible. Elle préconisera en particulier, de ne pas intégrer un enfant en établissement médico-social spécialisé, avant l'âge de 6 ans, ce qui se retrouve dans beaucoup d'autorisations d'ESMS.

2.1.3 Le Sessad de Creil.

Le SESSAD de Creil fait partie intégrante du Pôle Enfance dont j'ai fait la présentation dans la partie précédente. L'association « Le Clos du Nid de l'Oise », déclarée le 14 juin 1967, a été porteuse du projet de création du SESSAD. En 2004, une entité regroupant l'IME de Saint Leu d'Esserent et l'EME du Plessis-Pommeraye de CREIL a été créée sous une direction commune, prenant l'appellation de « Secteur Enfance ». C'est à

³⁷ SESSAD, Une institution nomade, éduquer et soigner à domicile, Pascal Roman, Jean-Jacques Rossello, éditions érès

cette nouvelle entité que le SESSAD a été rattaché. Le 13 novembre 2009, le CROSMS a émis un avis favorable à l'ouverture du service. Le SESSAD a reçu, de l'A.R.S. Picardie, l'autorisation d'ouverture le 9 juillet 2010. L'association « Le Clos du Nid de l'Oise » a mis à disposition un local dans le centre-ville de Creil. Depuis 2022, le Sessad fait partie intégrante du Pôle enfance UNIVI Handicap, Le clos du nid de l'Oise.

Nom de l'établissement	SESSAD
Coordonnées	38 quai d'amont 60100 Creil 03.44.67.18.25 sessad@univi.fr
Type d'établissement	Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile
Statut	Associatif à but non lucratif
Numéro FINESS	600011589
Numéro SIRET	775 628 415 00 215
Date d'ouverture	06/04/2010
Dernière évaluation HAS	18 et 19/04/2024
Nombre de places	24
Activité principale	Accompagnement d'enfants et d'adolescents déficients intellectuels

➤ Le service

Le SESSAD accompagne 24 enfants et adolescents, âgés de 6 à 18 ans, sur notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Les jeunes accompagnés par le SESSAD peuvent présenter une déficience intellectuelle diagnostiquée, des troubles de l'apprentissage (Dys) et/ou des fonctions cognitives isolés. A ces difficultés principales, peuvent-être associés des troubles secondaires d'ordre comportemental, psychique, autistique ou socioculturel. La mission principale du SESSAD est l'Inclusion des jeunes. Le service a pour mission d'accompagner le public accueilli dans tous les lieux qu'ils fréquentent (Lieu de scolarisation, Domicile, Associations diverses...), autour de trois grands axes :

- Le soutien à la scolarité afin d'améliorer les capacités d'apprentissage
- Le soutien à la parentalité
- Le développement de l'autonomie du jeune et de sa famille

Une des missions du SESSAD est d'aider le jeune à restaurer l'image qu'il a de lui-même, de lui par les autres, l'amener à être socialement en Inclusion, pour construire des liens avec son environnement (famille, école, clubs sportifs, centres de loisirs, ...).

Les orientations générales du suivi tendent à permettre au jeune, dans le respect de son individualité et de son rapport au savoir, de réaliser des progrès sensibles dans son développement, son autonomie sociale, scolaire, familiale et psychique.

➤ La population accompagnée et son évolution

Le SESSAD accompagne 24 enfants et adolescents, âgés de 6 à 18 ans, sur notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Les jeunes accompagnés par le SESSAD peuvent présenter une déficience intellectuelle diagnostiquée, des troubles de l'apprentissage (Dys) et/ou des fonctions cognitives isolés. A ces difficultés principales, peuvent-être associés des troubles secondaires d'ordre comportemental, psychique, autistique ou socioculturel.

En fonction de leur âge, les jeunes sont inscrits dans des lieux de scolarisation divers, ordinaires ou adaptés (dispositifs ULIS, SEGPA). Le SESSAD peut également intervenir auprès de jeunes en rupture scolaire.

En ce qui concerne l'évolution du public accueilli nous constatons une augmentation des notifications d'orientations de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui nous sont adressées présentant des profil de type Troubles de la Sphère Autistique (T.S.A), des troubles neurodéveloppementaux.

➤ L'Organisation actuelle du service

Le SESSAD est ouvert 210 jours par an, du lundi au jeudi de 8h30 à 17h00 et le vendredi de 8h30 à 16h00. Un calendrier prévisionnel est transmis aux familles en début d'année civile. L'accueil téléphonique et physique a lieu le matin de 8h30 à 12h du lundi au vendredi et le mercredi de 13h à 17h. Un répondeur permet de déposer un message l'après-midi (hors mercredi).

Durant les vacances scolaires, 1 à 2 fois par an, des séjours éducatifs pour les jeunes sont proposés sous réserve de la validation budgétaire.

Les actions présentées par le SESSAD sont multiples et pluridisciplinaires. Elles sont proposées en fonction du Projet Personnalisé d'Accompagnement et allient différentes possibilités d'intervention :

Sous forme de médiations éducatives, rééducatives et thérapeutiques, dans un cadre collectif et/ou individuel

Dans des locaux du SESSAD ou dans les salles municipales mises à disposition, dans les lieux de vie de l'enfant (domicile, lieu de scolarisation...) et dans des cadres extériorisés (locaux associatifs, bibliothèque, piscine...),

Pendant une partie des vacances scolaires, un accompagnement différencié et pluridisciplinaire est proposé sous forme d'activités, de sorties et de séjours, à thème culturel, sportif et/ou artistique.

Le local est idéalement situé au rez-de-chaussée d'une résidence du centre-ville de Creil, accessible aux personnes à mobilité réduite. Il est constitué d'une grande pièce pour l'accueil, le secrétariat, les réunions et certaines activités éducatives, de deux bureaux partagés, d'une salle d'activité éducative et de psychomotricité ainsi que d'une petite cuisine. Le Sessad bénéficie de 3 places de parking pour les véhicules de service, d'un garage en sous-sol et d'une cave.

D'autres part, Le Sessad dispose d'une flotte de 3 véhicules légers permettant de se rendre sur les différents lieux d'intervention et d'assurer les transports des jeunes nécessaires à leur accompagnement.

2.2 Le diagnostic du Sessad au travers du prisme de la problématique.

Je considère l'exercice de ce diagnostic du SESSAD tel une opportunité d'adopter une démarche prospective. Selon Jean René LOUBAT³⁸, il est ici question de « regarder au loin, c'est-à-dire par-delà son champ d'opération immédiat, afin d'élaborer des scénarios plausibles, et si possible très probables, et de mieux se préparer à l'avenir ». Par ailleurs, j'ai procédé à ce diagnostic à l'appui de la matrice « SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) » ce qui en français se traduit par Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces. Les forces et les faiblesses concernent le diagnostic à l'interne, les opportunités et les menaces le diagnostic à l'externe. L'intérêt de réaliser « un SWOT » est de le réaliser en cohérence avec la problématique énoncée : « Comment le pôle enfance peut-il assurer sa pérennité et améliorer ses modalités de réponses aux besoins des publics qu'il accompagne, tout en se conformant aux attendus des politiques publiques ? »

³⁸ Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale, éditions DUNOD, page 13.

2.2.1 À l'interne, les forces et les zones de vulnérabilité du service, la cartographie de ses acteurs

➤ Les points forts du Sessad :

En premier lieu, Le Sessad est acculturé à la pratique de l'accompagnement en milieu ordinaire dit ambulatoire, il est idéalement situé au centre de la ville de Creil. L'identité de ce service incarne à mon sens une forme d'organisation ouverte, fluide, dans une dynamique systémique inclusive qui transparait dans ses modalités de réponses aux besoins des publics qu'il accompagne. Le service a acquis une expertise qui lui a valu une appréciation d'excellence lors de la toute récente évaluation HAS. Les familles des jeunes se disent satisfaites de l'accompagnement dispensé à leurs enfants et ont pu en témoigner lors de cette évaluation dans le cadre de « l'accompagné traceur ³⁹».

Le service a développé un réseau partenarial conséquent et pilote des projets qui valorisent et favorise l'épanouissement des jeunes accompagnés. Le service est acculturé au fait de prospecter afin de trouver de nouveaux partenaires en lien avec les besoins des jeunes et de formaliser des conventions de partenariats. Le Sessad pratique l'inclusion scolaire en accompagnant les jeunes dans les écoles de l'éducation nationale. Par ailleurs, le conseil d'administration de l'association a donné son accord pour la formulation à l'ARS d'une demande d'extension de faible importance qui cadre avec la circulaire des 50000 solutions de décembre 2023. L'équipe du service se positionne comme favorable au changement, elle manifeste par ailleurs un bon niveau d'initiatives en termes de propositions de projets qui valorisent le travail auprès du public. Le service est en lien régulier avec les établissements et services du pôle enfance qui accueillent une diversité de public tels que des enfants présentant une déficience intellectuelle, un handicap pluriel ou bien encore des troubles de la sphère autistique. Il compte 2 internats dont l'un est ouvert 365 jours par an et l'autre 210 jours, ainsi que 3 accueils de jour, dont 2 sections d'éducation et d'enseignement spécialisées(S.E.E.S) 2 sections d'initiation et de première formation professionnelle (S.I.P.F.P). De plus, La politique de l'association prône l'inclusion et l'innovation par une implication de ses acteurs sur le territoire désireux de répondre aux besoins des publics cibles. C'est un service qui s'avère attirer les professionnels des établissements du pôle.

➤ Les Faiblesses identifiées :

En ce qui concerne les faiblesses que j'ai pu identifier au niveau du service, il s'avère que les locaux actuels sont trop petits. D'autre part, depuis son ouverture en 2010, le Service ne s'est pas agrandi, je constate une stagnation de ses effectifs et du profil des jeunes accompagnés. En ce qui concerne l'évolution du public accueilli j'observe une

³⁹ <https://www.ageval.fr/faq/essms/evaluation-has/deroulement/qu-est-ce-qu-un-accompagne-traceur/>

augmentation des notifications d'orientations de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui nous sont adressées présentant des profils de type Troubles de la Sphère Autistique (T.S.A), des troubles neurodéveloppementaux. De plus en plus de demandes nous sont adressées directement par les familles ou par les acteurs de l'éducation nationale dans le cadre des ESS. Enfin, en lien avec ce constat, le personnel éducatif du Sessad n'est pas formé à l'accompagnement des enfants T.S.A. Au niveau des ESMS du pôle enfance, les professionnels sont acculturés à privilégier des réponses in situ, internes qui font la part belle à la compensation du handicap et ont encore peu recours à des alternatives de réponses qui favorisent l'épanouissement citoyen des jeunes.

➤ Analyse de la cartographie des acteurs :

Le réseau partenarial est une des principales composantes de l'ADN du Sessad. J'ai par conséquent jugé pertinent de procéder à l'élaboration d'une cartographie des acteurs. Afin de pouvoir l'exploiter j'ai mené des entretiens ciblés sur la problématique, questionnant les acteurs rencontrés sur leur positionnement, quant à une possible transformation de l'offre de service, d'une part, du Sessad, puis de l'ensemble du pôle enfance, en dispositif inclusif. J'ai pour cela préparé un questionnaire⁴⁰ concis, que j'ai adressé au personnel du pôle par courriel, relayé d'une consigne de suivi par les chefs de service. A chaque rencontre avec nos partenaires et également des familles je proposais que l'on puisse le compléter ensemble. Ce qui m'a permis d'avoir un sondage beaucoup plus étoffé qu'en ne comptant que sur l'envoi par courriel. Pour les enfants, plutôt que le questionnaire consultable en annexe, nous leur avons présenté des exemples d'emplois du temps (visibles en partie 3) pour faciliter leur compréhension. Je précise que 15% des enfants avec lesquels nous avons pu partager le questionnaire n'ont pas été en mesure de répondre aux questions en lien avec un problème de compréhension malgré l'utilisation de la méthode « facile à lire et à comprendre » (FALC) utilisée pour communiquer par des professionnels formés. Des pictogrammes et une écriture simplifiée et grossie est utilisée pour favoriser la compréhension des enfants.

Les différents acteurs en présence dont j'ai tenu compte dans cette étude, sont les professionnels du Sessad, les professionnels des établissements du pôle enfance, L'ARS, la MDPH, les partenaires du soin, du travail et de la culture, la mairie, les familles, le public accueilli, les ESMS partenaires, les acteurs de l'éducation nationale. Ensuite, je me suis intéressé à leur niveau d'adhésion au projet tel qu'énoncé. A des fins de pouvoir interpréter ces éléments, qui viendront enrichir le diagnostic interne du service, j'ai mis en évidence quatre catégories d'acteurs.

⁴⁰ Questionnaire annexe n°4

Les acteurs « engagés » représentent pour le directeur le principal levier. En effet, ils adhèrent au projet et n'hésiteront pas à faire preuve d'un important niveau d'investissement ainsi que d'initiatives.

L'équipe du Service est favorable à une évolution ils représentent avec 70 % des familles, des acteurs engagés, sur lesquels je vais pouvoir compter. L'ARS quant à elle est un appui pour le service en cohérence avec la stratégie politique qui tend à privilégier des solutions et l'ambulatoire qui caractérisent le service. La MDPH quant à elle, est favorable aux initiatives qui peuvent permettre de faire baisser le nombre d'enfants « sans solution » sur son territoire.

Le public accueilli est quant à lui favorable à 80%

Les acteurs « coopératifs » ne manifesteront pas franchement de résistances mais se contenteront de suivre le cap sans être pour autant des éléments moteurs.

50% des acteurs de l'éducation nationale sont coopératifs avec le Sessad. Ils ont accepté de signer des conventions avec le service et ainsi de collaborer. Leur confiance a été gagnée au fil du temps et surtout grâce à leur acculturation progressive au Sessad au travers du relationnel et des échanges avec les professionnels.

Les acteurs divergents quant à eux, sont représentatifs d'un positionnement non stabilisé au regard du projet et auront besoin d'un étayage rigoureux qui favorise leur adhésion.

J'identifie 50% des acteurs de l'éducation nationale comme acteurs divergents dans la mesure où il s'est avéré particulièrement difficile, pour certains d'entre eux, d'accepter la présence des éducatrices du service au sein de leurs infrastructures. Certains d'entre eux ne sont pas favorables au maintien des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires de l'éducation nationale, relevant (même partiellement) du médico-social.

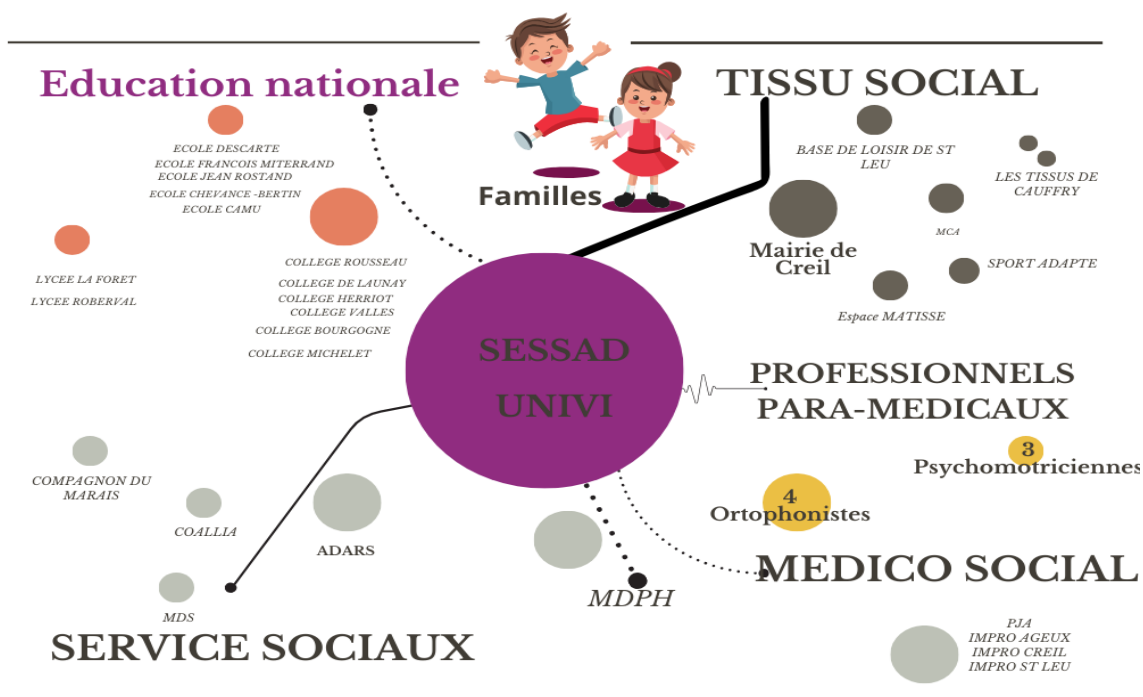
30% des familles sont divergentes il a fallu du temps à l'équipe pour gagner leur confiance. Chaque changement doit être anticipé et explicité au travers des filtres culturels de chacune d'entre elles. Ces familles ne seront pas dans une opposition caractérisée, mais pourront manifester ponctuellement de la résistance dans un contexte d'insécurisation qui va souvent de pair avec la démarche de changement.

Enfin, les acteurs opposés sont ceux qui n'acceptent pas le projet pour des raisons diverses.

Une partie non négligeable des professionnels des établissements du pôle enfance, peuvent potentiellement se positionner en acteurs opposants. J'explique cela par la force de l'habitude d'un fonctionnement en silo ainsi que la crainte de voir leurs conditions de vie au travail détériorées.

Il m'appartiendra en qualité de directeur de rallier les acteurs opposants, grâce à un management situationnel. L'intention première dans cet objectif, sera une pédagogie approfondie du projet, prendre le temps d'expliquer à nouveau les différentes étapes du projet, précisant ce en quoi le projet consiste ou ne consiste pas . Pour les plus résistants, en deuxième intention, le management pourra être plus directif.

➤ Le Sessad et son réseau partenarial



2.2.2 À l'externe les opportunités et les menaces du Sessad

➤ Les opportunités du service

Tout d'abord, La signature imminente d'un nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen (C.P.O.M) est une réelle opportunité de dialogue avec l'agence régionale de santé. En effet, nous attendions depuis 2018, de formaliser ce nouvel engagement pour les établissements et services du pôle enfance. C'est un espace ou la possibilité m'est offerte de partager ma vision stratégique de directeur de pôle. Je peux évoquer quelles sont les

perspectives d'amélioration continue de l'offre des ESSMS issue de l'évaluation des projets d'établissements de service réalisée annuellement en comité de pilotage. En effet, c'est l'occasion de témoigner à nos tutelles, notre volonté d'être force de réponses opérationnelles innovantes, sur notre territoire d'activité. L'objectif visé est en concordance avec l'évolution des politiques publiques. Enfin, Le CPOM est également un espace de négociation, au sujet des ressources financières, qui concerne les cinq prochaines années de fonctionnement de l'organisation. C'est le moment de solliciter des leviers financiers qui servent le projet de service du Sessad. Ensuite, La circulaire des 50 000 nouvelles solutions⁴¹ de décembre 2023 légitime la formulation d'une extension de faible importance du Sessad (ENI) permettant au service de passer de 24 « places » à « 31 solutions » dans une logique d'organisation en dispositif. Cet argument a d'autant plus de poids, qu'il est en totale cohérence avec le décret du 5 juillet 2025 sur l'organisation en dispositif des établissements et services médico-sociaux. Cette démarche est également en cohérence avec l'objectif n°6 du schéma régional de santé des Hauts de France. En cohérence avec le nombre important de notifications MDPH pour des enfants présentant des troubles de la sphère autistique je discerne également une occasion de proposer que les nouvelles solutions sollicitées dans le cadre de l'E.N. I soient à destination d'enfants « TSA ». Selon les données recueillies sur le site « handidonnées » le territoire d'action sociale du département de l'Oise est divisé en 5 parties. 11 SESSAD sont dénombrés sur ce territoire. Le SESSAD Univi H se situe sur la zone centrale « Creil/Clermont ». Sur le territoire de Creil, se trouvent 3 autres Sessad. Le niveau de rivalité est moyen en termes d'opportunité de créations de places « TSA » car pour le moment un seul service est concerné partiellement par ce type de public. En effet l'un d'entre eux est spécialisé dans l'accompagnement « handicap moteur », un Sessad « déficience intellectuelle » et un Sessad spécialisé dans l'accompagnement d'enfants présentant des difficultés psychologiques avec troubles du comportement dont des enfants autistes. Par ailleurs, il y a là une possibilité d'accroître les compétences des professionnels en les envoyant en formation sur cet accompagnement spécifique. D'autre part c'est l'occasion d'envisager un déménagement du service pour des locaux plus grands et plus adaptés aux nécessités d'accompagnement en anticipant l'accueil des enfants TSA dans les critères de recherches. Le Sessad à une occasion d'affirmer sa place sur son territoire d'action sociale en étant force de pilotage de projets innovants en réponse à des besoins identifiés. Je vois aussi une opportunité d'être en phase avec la volonté des politiques publiques de favoriser l'accès aux Droits fondamentaux des personnes en situation de handicap en ouvrant pour leur inclusion dans la société. Enfin il y a une opportunité en s'appuyant sur la culture ambulatoire et l'expertise d'accompagnement en milieu ordinaire du SESSAD d'impulser

⁴¹ <https://informations.handicap.fr/a-50-000-solutions-nouvelles-les-detaills-enfin-devoiles-36049.php>

au sein du pôle enfance une organisation nouvelle en dispositif inclusif. L'ambulatoire est moins coûteux qu'une place en établissement.

➤ Les menaces identifiées

Une des menaces qui pèse sur le Sessad et par extension sur les établissements du pôle enfance est la pérennité de l'offre de service. D'une part, le service subit de plus en plus de pression pour accueillir des enfants TSA, d'autre part la liste d'attente est de Trois ans. Je me dois de noter également les contraintes administratives dans une logique de « places » et non pas de « solutions », qui freine les admissions des enfants qui sont orientés vers le service et de surcroît, la difficulté de passer d'une modalité d'accueil à une autre en fonction des attentes et besoins des enfants et de sa famille. Le service doit se positionner comme un acteur concurrentiel au risque de se voir ravir des opportunités de développer son offre de service par la concurrence. Du point de vue de l'ars et de la MDPH il y a un risque de perte de notoriété de reconnaissance. Par ailleurs je discerne un risque de perte d'attractivité du point de vue des publics cibles mais aussi des professionnels. Il y a également un risque, que certains partenaires incontournables comme l'éducation nationale n'adhèrent pas en totalité aux évolutions projetées du service. Enfin il y a le risque de non-conformité aux attendus des politiques publiques qui pourrait aussi amener à une restriction des ressources sur du long terme.

2.2.3 Tableau récapitulatif Du SWOT

Les Forces du SESSAD en lien avec la problématique



- Le service est acculturé à la pratique dite de l'ambulatoire
- Il se situe au centre de la ville de Creil
- Il a développé un réseau partenarial riche
- Le SESSAD bénéficie d'une expertise pour réaliser des conventions et être dans une démarche prospective en lien avec les besoins et demandes du public accueilli
- Il pratique l'inclusion scolaire
- Il est habitué à travailler avec souplesse de façon modulaire en termes de parcours
- L'équipe est favorable au partage de son expérience
- L'équipe est favorable à l'extension du service ainsi qu'à l'accueil d'enfants TSA.
- Les collaborateurs sont demandeurs de formation, d'accroître leurs compétences
- la politique associative est favorable à la démarche inclusive et à l'innovation
- Le Conseil d'administration du SESSAD a donné son accord pour formaliser des projets à l'ARS qui cadrent avec "les 50 000 nouvelles solutions" et valide la demande d'extension non importante du service
- Le coût à la place reste 50% moins onéreux qu'un établissement
- Il a la confiance des familles et des enfants
- Le service a reçu une appréciation de service d'excellence lors de l'évaluation HAS d'avril 2024
- Le Sessad est un service du pôle enfance UNIVI Handicap avec lequel une collaboration est active. pôle enfance qui accueille différents types de publics, composé de deux internats dont un ouvert 210 jours par an et un 365 jours par an, deux Sections d'éducation et d'enseignement spécialisé, de deux sections d'initiation et de première formation professionnelle, d'une unité d'enseignement dans les murs et d'une unité d'enseignement externalisée en école primaire,
- C'est un service attractif pour les professionnels du pôle dans le sens où beaucoup souhaiteraient y travailler

Les Faiblesses du SESSAD en lien avec la problématique



- Les locaux du service sont trop petits
- Les effectifs sont similaires depuis l'ouverture
- Le profil des jeunes accueillis est le même depuis l'ouverture
- Des demandes d'admission d'enfants TSA nous parviennent de plus en plus mais le personnel du Sessad n'est pas formé à ce type d'accompagnement.
- Le Sessad a peu d'interactions avec les établissements et services du Pôle enfance.
- Il n'y a pas d'instance communes d'admission et orientation au niveau du Pôle enfance à laquelle le Sessad pourrait prendre part.

Les Opportunités du SESSAD en lien avec la problématique



- La signature imminente d'un nouveau Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens offre un opportunité de dialogue, de négociation pour partager ma vision stratégique de directeur de pôle. Faire connaître notre volonté d'être acteurs d'actions innovantes sur notre territoire d'intervention.
- Solliciter des leviers financiers.
- Le décret du 5 juillet 2024 relatif au fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux qui rend possible l'éditions par la MDPH de notifications uniques permettant par cette simplification administrative une plus grande souplesse de fonctionnement, une plus grande fluidité
- Être force de solutions nouvelles en répondant au besoin d'accueil d'enfants autistes sur le territoire d'intervention
- Opportunité de montée en compétence du Sessad au travers d'une diversification de son activité qui passera par la formation de son personnel, de signer de nouvelles conventions partenariales
- Opportunité de transmettre son expérience aux ESMS du pôle enfance ainsi qu'avec d'autres personnes morales et physiques
- Opportunité d'accroître son taux de prestations inclusives.
- Accroître son attractivité
- Se mettre en conformité avec les politiques publiques en œuvrant en faveur de l'inclusion et de l'accès au droits des personnes en situation de handicap.

Les Menaces du SESSAD en lien avec la problématique



- Pérennité de l'offre de service en lien avec la stagnation des effectifs et la demande grandissante pour des profils Troubles de la Sphère autistique (TSA)
 - Les contraintes administratives et la logique de "places" qui freine les admissions des enfants orientés et la difficulté très importante de passer d'une modalité d'accueil à une autre.
 - La liste d'attente est de 3 ans
 - Le service n'étant pas dans une dynamique concurrentielle
 - Perte d'attractivité
 - Désengagement des professionnels
 - Restriction des ressources
 - Non conformité avec les politiques publiques

2.3 Les enjeux, les risques, les facteurs de succès et les obstacles potentiels , sous l'angle de la problématique énoncée

2.3.1 Identification des enjeux et des risques pesant sur le service

Identifier les enjeux inhérents au contexte que je viens de décrire est primordial. Cela me permettra d'identifier les risques qui pèsent sur l'organisation et de mobiliser un plan d'actions stratégiques qui soutiendra des actions correctives.

Pour ma part, même si plusieurs enjeux d'importance colorent cette problématique, je fais de l'enjeu d'accessibilité des bénéficiaires à leurs droits et à la vie citoyenne une composante prioritaire. Ensuite, La pérennité de l'offre de service du Sessad est en question, en lien avec la stagnation et l'absence de valorisation de l'expertise, pourtant acquise au fil du temps, par les professionnels de terrain, à l'aide une extension des capacités d'accueil. Je suis convaincu que le service doit valoriser cette expertise, afin de préserver son attractivité sur le territoire, et de ne pas laisser sa place à la concurrence. D'autre part, en cohérence avec la mutation à l'œuvre au niveau des politiques publiques, un enjeu est présent en matière gestion économique et financière. Les solutions ambulatoires de type Sessad sont privilégiées aux places en IME étant moins onéreuses. Au-delà, le Sessad peut mobiliser son expertise, son héritage de l'ambulatoire au sein des établissements du pôle enfance et ainsi aider à fluidifier les modalités de parcours des publics accompagnés. De plus, il y a un enjeu managérial légitimé par une évolution nécessaire du service, en termes de formation des professionnels, d'anticipation de l'émergence de nouvelles fonctions inhérentes à une organisation en dispositif, telle que celle de coordinateur de parcours. Enfin, je dois considérer un enjeu partenarial. En effet, l'activité ambulatoire du Sessad est caractérisée par une dynamique de co-construction avec des partenaires variés et complémentaires. Le réseau partenarial favorise les coopérations sur le territoire, sur un mode systémique qui mobilise chez les acteurs en présence une forme d'intelligence collective. Cet enjeu l'est au sens de la nécessité de signer de nouvelles conventions qui soient en cohérence avec l'évolution du public, mais aussi au sens de levée des résistances de certains partenaires à une collaboration constructive avec les acteurs du médico-social. La recommandation de bonne pratiques de la haute autorité de santé du 26 Mars 2018 intitulée « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap⁴² », préconise au regard du contexte de mutation de l'offre médico-sociale, à l'œuvre depuis les années 70, un décloisonnement des domaines de la santé, du social ainsi que du médico-social par le

⁴² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf

levier de la coordinations des acteurs sur le territoire, favorisant ainsi une meilleurs qualité de vie des personnes en situation de handicap à l'appui de parcours plus fluides et cohérents.

2.3.2 Les facteurs de succès :

Le SESSAD a crédité une expertise qui a d'ailleurs été reconnue dans le cadre de l'évaluation vécu en avril 2024 par la haute autorité de santé. Par sa culture de l'ambulatoire et de la démarche inclusive, le service constitue en lui-même un levier d'impulsion d'une transformation de l'offre de service des ESMS du pôle en dispositif inclusif.

Une entrée en matière concrète est envisageable en lien avec une évolution du profil des jeunes qui sont orientés vers le service qui est constaté par les assistantes sociales grâce au logiciel via trajectoire ph. Beaucoup d'enfants présentant des troubles de la sphère autistique peinent à se voir proposer des solutions opérationnelles. Par ailleurs, Je me dois de faire le lien avec l'évolution du positionnement stratégique de la gouvernance associative. Avant le changement qui est intervenu en 2022 avec l'arrivée d'un nouveau directeur général et l'édition d'un nouveau projet associatif, l'association n'était pas dans une dynamique de développement et de créations mais plutôt soucieuse d'entretenir au mieux ses infrastructures. Aujourd'hui elle ambitionne d'être auteur de propositions innovantes, qui passent par la formalisation de réponses à des appels à projets de l'ARS sur son territoire d'intervention en lien avec les besoins identifiés. La circulaire du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, offre au Sessad une opportunité de solliciter des ressources supplémentaires dans le cadre d'une demande d'extension de capacité à des fins d'accueillir des enfants présentant des troubles de la sphère autistique mais aussi en s'engageant dans une transformation structurelle , initiant au sein du pôle enfance une organisation en dispositif. Enfin, le décret du 5 juillet 2024 vient lever certains obstacles, notamment en termes de contraintes administratives à la possible hybridation des parcours des enfants en situation de handicap ainsi que des ressources.

2.3.3 Les obstacles potentiels

Les principaux freins que je peux identifier sont à deux niveaux principaux. D'une part, à l'interne, il n'est pas exclu comme en témoigne la cartographie des acteurs que ces perspectives d'évolutions à échelle du pôle, puissent lever des résistances du côté de certaines familles, mais aussi du côté des professionnels de terrain, qui sont majoritairement habitués à un fonctionnement en « silo », par établissement. D'autre part,

à l'externe, certains freins restent possibles, notamment du côté des acteurs de l'éducation nationale qui ne vivent pas toujours facilement le fait d'accueillir des enfants en situation de handicap dans leurs murs et qui ne se disent pas ouvertement favorables à la signature de conventions avec les ESMS. Dans le but de formaliser officiellement l'intervention des professionnels du Sessad au sein des établissements scolaires de l'éducation nationale, une convention de partenariat est signée avec l'éducation nationale. En complément de cette convention, des conventions individuelles spécifiques à chaque enfant sont également signées. Le retour d'expérience du chef de service du Sessad qui est présent pour la signature de ces conventions avec le collègue par exemple, est que ces moments-là se déroulent souvent dans une atmosphère plutôt tendue, témoignant d'une difficulté persistante à accepter l'intervention des éducateurs dans leurs murs. Enfin, même si le décret du 5 juillet 2025 vient ouvrir la feuille de route organisationnelle des politiques publiques, un gros effort de concertation des parties prenantes sur le territoire sera une des étapes incontournables, de même qu'au niveau de l'anticipation de tous les changements qui iront de pair avec une évolution de l'offre en « dispositif inclusif ».

2.3.4 Synthèse

L'analyse à laquelle je viens de procéder, au travers du prisme de la problématique, me permet de constater que le contexte du Sessad est à un moment charnière de son existence. En effet, évoluer n'est aujourd'hui plus optionnel, mais indispensable. La stratégie des politiques publiques, qui prônent la transformation de l'offre des établissements sociaux et médico-sociaux, à des fins de favoriser l'accès aux droits des personnes en situation de handicap dans une société inclusive le montre avec clarté. D'autant que l'expertise du service est reconnue par ses partenaires, les enfants et les familles. En tant que directeur du pôle enfance je me dois donc de me saisir de cette opportunité de conduire le changement non seulement de l'organisation du Sessad mais également à dimension des ESMS du pôle. Tel que j'ai pu le formuler en introduction : Le projet que je décide de conduire est de considérer que le SESSAD après validation de la demande par les autorités compétentes d'une extension de faible importance, ne comptera désormais ses effectifs non plus en termes de « 24 places » dans un fonctionnement en silo ; mais en termes de 32 « nouvelles solutions » au sein d'un dispositif. L'utopie que je vise est que l'E.N. soit la première étape vers la constitution des établissements et services du Pôle en « Dispositif inclusif »

3 une stratégie de direction à l'image d'une révolution douce, qui garantisse le cheminement des ESMS du pôle enfance vers une organisation opérationnelle en dispositif inclusif.

Kurt Lewin⁴³ a illustré le processus de changement au travers de l'image du bloc de glace en trois étapes, qu'il a nommé la décongélation, le remodelage et la consolidation. Les trois phases sont représentatives de l'impact qu'amène le processus de changement. Je souhaite tenir compte de cette théorie pour conduire ma stratégie de direction.

Il est manifeste que le secteur médico-social soit dans un processus de mutation profonde qui résulte d'une évolution sociétale et également des politiques publiques, dans un contexte de forte tension économique. C'est cette mutation qui me conduit en qualité de dirigeant, à anticiper une adaptation en termes de gestion de l'organisation du Sessad et des établissements du pôle enfance. Comme l'a démontré Kurt LEWIN cette nécessaire transformation implique une zone de vulnérabilité. Je suis en devoir de maîtriser chaque dimension du contexte d'intervention. A partir de la problématique que j'ai identifiée, je choisis dans une première phase de « déconstruire » le projet de service, les projets d'établissements en impliquant les équipes et les acteurs du système. De plus Il m'est primordial de conduire ce processus de changement en générant une communication claire au sens « émetteur récepteur » qui accueille favorablement l'autodétermination et le développement du pouvoir d'agir des équipes. La stratégie de direction que je souhaite déployer a vocation de définir de nouvelles modalités d'interventions qui sécurise l'organisation et nous guide vers la consolidation d'un système actualisé. Le contexte ayant évolué la modalité de réponses doit évoluer également.

3.1 L'approche managériale mobilisée dans la conduite du changement

En son temps le philosophe Socrate a déclaré que : « Le secret du changement, c'est de concentrer toute son énergie non pas à lutter contre le passé, mais à construire l'avenir⁴⁴ ». Je considère donc qu'il n'est pas question de faire table rase de tout ce qui a été pratiqué jusqu'à ce jour, au sein de l'organisation, mais de la déconstruire symboliquement, afin d'identifier les pratiques à préserver, celles avec lesquelles il faut rompre et incorporer des pratiques innovantes dans une démarche constructive et raisonnée.

43

44 <https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=Le+secret+du+changement%252>

3.1.1 La co-construction et le développement du pouvoir d'agir au service de l'accès au droit des personnes accompagnées.

Ces notions de co-construction et de développement du pouvoir d'agir sont actuellement très présentes dans la sémantique du médico-social. Elles trouvent notamment leur origine dans le concept d'Empowerment né aux Etats-Unis au début du vingtième siècle, emprunté par les femmes pour revendiquer la reconnaissance de leurs droits. Même si cette notion, après avoir connu son heure de gloire en France a aussi été controversée, je me suis intéressé à certains principes sur lesquels s'appuie ce concept afin de les mobiliser pour le pilotage de mon plan d'action.

La co-construction peut se définir comme un processus par lequel un ensemble d'acteurs différents expriment et confrontent les points de vue qu'ils ont sur un fonctionnement organisationnel, sur leur représentation de l'avenir d'un territoire, sur une innovation technique sur une problématique de reconnaissance et s'engagent dans un processus d'inter compréhension des points de vue respectifs et de recherche de convergence entre ceux-ci⁴⁵. Privilégier la co-construction dans les différentes étapes de la conduite du changement est pour moi une stratégie plébiscitée également par les recommandations de bonnes pratiques de la HAS que je souhaite mobiliser.

Yann Le Bossé⁴⁶, docteur en psychologie et partisan de la psychologie communautaire est enseignant à l'université « Laval » de Québec. Il a consacré 30 années de travaux et de recherches à l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir (DPA) des personnes et des collectivités. Le point de départ de son travail s'est fondé sur la notion d'Empowerment introduite dans le travail social et la psychiatrie sociale par Julian Rappaport⁴⁷ psychologue américain récompensé pour les travaux de sa carrière. Je souhaite m'inspirer du DPA PC dans le pilotage de ce projet.

Le concept de développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités fait partie intégrante du vocabulaire actuel du secteur médico-social. Toutefois, il me semble important de préciser que ce concept est potentiellement vecteur d'un bouleversement significatif en matière d'accompagnement des personnes et des collectivités.

⁴⁵ Michel FOUDEAT : « la co-construction en actes, savoirs et savoir-faire pratiques pour faciliter sa mise en œuvre, ES éditeur, p 17

⁴⁶

⁴⁷ <https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=julian+rappaport>

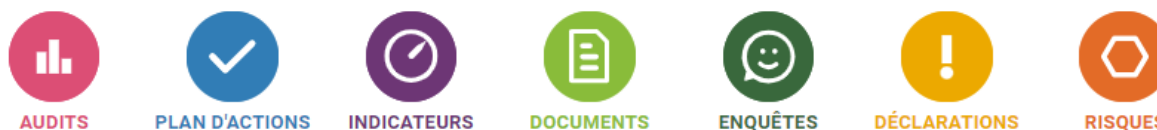
Historiquement parlant, en amont des outils fondamentaux emmenés par la Loi-2002-2 du 2 Janvier 2002 ; les professionnels de terrain étaient majoritairement acculturés à répondre aux besoins des personnes accompagnées en privilégiant d'une part, les ressources internes de l'institution. D'autre part, la personne et son handicap étaient en quelques sorte un tout, légitimant une approche qui fasse l'économie d'une réelle et authentique mobilisation de cette dernière, sujet de droit dans l'élaboration de son projet de vie. Les avancées législatives ont permis aujourd'hui une nouvelle définition du handicap, en mettant l'accent sur la résultante situationnelle et sur le nécessaire accès au droit des personnes en situation de handicap. Ainsi le concept de DPA PC retient mon attention puisqu'il propose une construction commune du projet de la personne avec ses accompagnants. Le défi à relever est celui de faire tout son possible afin d'impliquer la personne sur deux axes fondamentaux, que sont premièrement, l'identification des problèmes, deuxièmement, les hypothèses de résolution de ceux -ci. Yann le Bossé préconise donc une focalisation sur les freins et difficultés d'actualité de la personne accompagnée, plus que sur les éléments qui furent à la base des problèmes. Cette approche est vectrice d'un changement de posture bilatéral. D'un côté la personne n'est plus réduite à son handicap, mais elle est perçue comme possédant des ressources à mobiliser dans la résolution de ses difficultés. De l'autre côté, l'accompagnant doit adapter intentionnellement son positionnement afin de favoriser une co-construction avec la personne, ce qui implique notamment le lâcher prise.

3.1.2 La démarche qualité au cœur du pilotage du projet.

Depuis le 1er janvier 2023, le référentiel d'évaluation des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ESSMS) est entré en vigueur. La Haute Autorité de Santé (HAS) a établi 157 indicateurs dont 18 critères impératifs à partir desquels les structures seront évaluées, tous les 5 ans.

En tant que directeur du pôle enfance, j'assume le pilotage la démarche qualité, je suis garant de l'amélioration continue. J'envisage de mobiliser les référents qualité des établissements du pôle pour m'aider à fédérer l'ensemble des équipes du pôle enfance autour de la conduite de ce projet de transformation qui sera initié par l'extension des effectifs du SESSAD. Je souhaite notamment, utiliser les applications du logiciel « Agéval », un outil numérique de référence pour vérifier l'application des règles, planifier les actions et identifier les responsables et le suivi, s'assurer qu'il n'y a pas de dérive dans la démarche, mesurer la satisfaction de tous, tracer les dysfonctionnements et protéger les salariés.

AGEVAL, acquis en 2017 est l'outil numérique de référence utilisé pour piloter et suivre la démarche qualité gestion des risques. Il se compose en effet de plusieurs modules spécifiques :



3.1.3 Une posture prospective en quête d'innovations pour clarifier les perspectives.

Un principe auquel j'adhère et je souhaite mobiliser en priorité dans le management des équipes au changement est la définition de la vision. Véhiculer une vision claire favorise l'appropriation de sens pour les acteurs du projet. Concrètement, il s'agit de prendre le temps de partager avec eux, au sujet de ce qui motive ce projet, de le faire avec conviction et enthousiasme et également de la manière la plus précise possible. L'enjeu est de permettre aux différentes parties prenantes une réelle appropriation du projet. Il est donc crucial que chacun puisse mentaliser le projet, en avoir une représentation. Le faire avec enthousiasme peut permettre de générer la motivation des parties prenantes. Il me faudra m'appuyer sur la cartographie des acteurs du diagnostic interne, afin d'adapter mon approche managériale, aux différents niveaux de motivation et d'engagement des acteurs concernés.

Comme j'ai pu le partager dans l'introduction de ce mémoire professionnel, l'utopie que je vise est la transformation de l'offre des établissements et services du pôle enfance en dispositif inclusif. J'ai choisi de contribuer à l'appropriation du projet de transformation par les équipes notamment en utilisant des retours d'expériences d'associations qui se sont déjà engagées dans une transformation similaire. Je suis convaincu que c'est bien le public accueilli qui nourrit notre motivation, qui nous stimule notre créativité, lèvent notre énergie. Les professionnels de terrain ont besoin de comprendre quelle va être la valeur ajoutée de la nouvelle organisation du point de vue des enfants. J'ai donc opté de projeter cette vision en me positionnant au niveau du public. En termes clairs : à quoi pourraient ressembler les parcours des enfants au sein du dispositif? et quelles seraient les options ?

Je me suis inspiré d'une présentation du « Dispositif d'accompagnement médico-éducatif » (DAME) de la Fondation Pluriel⁴⁸ mise en ligne le 6 décembre 2022 sur YouTube.

⁴⁸

https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=le+dame#fpstate=ive&vld=cid:503456e2,vid:cNSjksY7_sQ,st:0

Plusieurs types de parcours sont imaginables pour le public accueilli au sein du dispositif :
 Le parcours 100% inclusif, le parcours mixte et enfin le parcours dans les murs. Ces emplois du temps ont été pensés en incluant systématiquement une implication du Sessad.

- ✚ Prenons l'exemple de Kevin qui pourrait bénéficier d'un parcours personnalisé 100% inclusif.

Pôle Enfance
univi HANDICAP

Prénom: Kevin
 Classe : 4ème
 Ulis

*Parcours Personnalisé
 100% inclusif*

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
<i>Matin</i>	ULIS Collège	ULIS Collège	ULIS Collège	Stage en espaces -verts mairie	ULIS Collège	
	ULIS Collège	ULIS Collège	ULIS Collège	Stage en espaces -verts mairie	ULIS Collège	
<i>Repas</i>						
<i>Après Midi</i>	Maison des Ados	Visite à domicile par le Sessad	Séance de Judo en ville	Stage en espaces -verts mairie	Sessad rencontre psychologue	
	Maison des ados	Visite à domicile par le Sessad	Séance de Judo en ville	Stage en espaces -verts mairie	Sessad rencontre psychologue	

Kevin bénéficie de 12 heures d'inclusion en 4ème ULIS au Collège, le reste du temps il se rend seul à la maison des ados, un professionnel du Sessad vient faire le point avec lui une fois par semaine, le mercredi il va au judo en ville, enfin deux fois par mois il rencontre le psychologue dans les locaux du Sessad

Laura pourrait bénéficier quant à elle d'un parcours personnalisé « mixte ».

Pôle Enfance
univi HANDICAP

Prénom: *Laura*
 Classe : *CM1*
 UEE

Parcours Personnalisé MIXTE

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
Matin	UEE Ecole primaire Sessad	UEE Ecole primaire	atelier couture SEES IME	UEE Ecole primaire	UEE Ecole primaire	
	UEE Ecole primaire	UEE Ecole primaire	atelier couture SEES IME	UEE Ecole primaire Sessad	UEE Ecole primaire	
Repas						
Après Midi	Sport SEES IME	UEE Ecole primaire	SEES atelier cuisine IME	Psychologue locaux Sessad	orthophonie locaux Sessad	
	Sport SEES IME	UEE Ecole primaire	SEES atelier cuisine IME			
Soirée Nuit			Accueil de nuit IME			

Laura bénéficie d'un parcours Mixte, elle se rend 5 demies journées par semaine en unité d'enseignement externalisée, deux fois par semaine avec un soutien du Sessad. elle participe à 3 ateliers à l'IME ou elle reste une nuit par semaine pour travailler son autonomie. Elle rencontre le psychologue et l'orthophoniste au Sessad.

Enzo pourrait bénéficier d'un parcours dans les murs :

Pôle Enfance
univi HANDICAP

Prénom: *Enzo*
 Classe : *SEES*

Parcours Personnalisé "Dans les murs"

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
Matin	Relaxation SEES IME	Atelier éducatif SEES IME	Classe SEES IME	Atelier éducatif SEES IME	Activité maison des chats IME	
	Classe SEES IME	Classe SEES IME	Pâtisserie SEES IME	Classe SEES IME	Activité maison des chats IME	
Repas						
Après Midi	Atelier éducatif SEES IME	Atelier éducatif SEES IME	Sessad sortie Médiathèque	sortie Piscine IME	Orthophonie IME	
	Sport SEES IME	psychologue IME	Sessad sortie Médiathèque	sortie Piscine IME		
Soirée Nuit	Accueil de nuit IME	Accueil de nuit IME	Accueil de nuit IME	Accueil de nuit IME		

Enzo bénéficie d'un parcours 100% dans les murs en raison de sa vulnérabilité. il participe a des ateliers éducatifs, va en classe 7H30 par semaine, rencontre le psychologue et l'orthophoniste dans les locaux de l'IME. IL se rend à la médiathèque avec le Sessad ,enfin, il est accueilli 4 nuits par semaine à l'IME.

Par ailleurs, toujours dans un souci de proposer de nouvelles solutions aux enfants qui traverseront la « file active » du dispositif je souhaite missionner des professionnels afin de prospecter pour la mise en place de nouveaux partenariats. Il est ici question de faire connaître le projet de dispositif, de le « vendre » et de signer de nouvelles conventions. L'extension de faible importance du Sessad en cohérence avec l'accueil envisagé d'enfants autistes nous a conduit à anticiper une coordination du service avec de nouveaux partenaires spécialisés. De la même manière nous devons mobiliser l'intelligence collective des forces vives des acteurs du pôle enfance afin de prospecter pour la mise en place de nouveaux partenariats plus inclusif et innovants. Cette prospection orienter ses recherches vers les acteurs de l'éducation nationale (écoles primaires, collèges, lycées), les acteurs de la collectivité locale pour la culture et les loisirs, mais également vers les acteurs du logement et les artisans du monde du travail y compris au sein des acteurs de l'économie solidaire.

3.2 La feuille de route du projet

Un projet peut se décrire, comme une déclinaison d'objectifs stratégiques, eux-mêmes déclinés en objectifs généraux, qui seront à leur tour traduits en objectifs opérationnels.

Il se doit d'être décrit avec clarté et fluidité à des fins qu'ils soient accessibles à tous les acteurs qui seront supposés y prendre part.

3.2.1 L'extension de faible importance du Sessad un levier pour initier une organisation en dispositif.

Le point de départ de mon plan d'action va consister à formuler une demande d'extension de faible importance à l'agence régionale de santé. Je rédigerai en équipe de direction une demande normalisée dans laquelle je présenterai à l'organisme tutélaire une présentation synthétique du Sessad ainsi que les modifications envisagées dans le cadre du projet.

La procédure réglementaire à observer dans le cadre d'une demande d'extension de faible importance est précisée à l'article R313-8-1⁴⁹ du code de l'action sociale et des familles. Cette demande doit être structurée en quatre parties distinctes qui concernent :

La nature des prestations délivrées et les catégories de public concernées comprenant :

49

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006178393/#LEGISCTA000022525611

- Une présentation de l'établissement/service avec la nature des prestations délivrées et les catégories de publics concernés
 - L'organisation actuelle du service et les modifications envisagées dans le cadre de l'extension
 - Les partenariats mis en place et ceux prévus
 - La démarche qualité au sein du service
 - Une argumentation liée à la demande d'extension
1. La répartition prévisionnelle de la capacité d'accueil par type de prestation comprenant :
 - La Capacité en places par type de public avant et après projet
 - Des Précisions sur le mode de fonctionnement (internat complet, de semaine, semi-internat, accueil de jour, hébergement en accueil temporaire, accueil séquentiel ou permanent, modalités essentielles de l'accueil modulé...)
 2. La répartition prévisionnelle des effectifs de personnes par type de qualifications précisant :
 - L'organigramme et la distinction entre le personnel administratif, médical, paramédical, socio-éducatif, pédagogique, technique. Avant et après projet
 3. Le budget prévisionnel en année pleine de l'établissement contenant :
 - Une présentation du budget par groupes de dépenses et de recettes avant et après projet
 - Des précisions du surcoût de l'opération et les moyens éventuels supplémentaires demandés
 - Le Plan de financement du programme d'investissement.

L'article R313-8-1 alinéa 2 du CASF précise que le dossier de demande d'autorisation est réputé être complet si dans un délai d'un mois à compter de sa réception, l'autorité compétente ou en cas d'autorisation conjointe la première autorité saisie n'a pas fait connaître au demandeur par lettre recommandée avec avis de réception par l'autorité compétente la liste des pièces manquantes ou incomplètes.»

Enfin l'article L313-2 alinéa 2 du CASF affirme que l'absence de réponse dans le délai de 6 mois suivant la date de dépôt de la demande vaut rejet de celle-ci.

Dans le souci d'illustrer concrètement cette demande à l'ARS, j'ai ainsi complété une demande d'extension non importante en prenant soin d'honorer ce cahier des charges.

L'action des équipes du SESSAD consistant à apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus dans leur milieu de vie ordinaire et d'éducation le mode d'intervention ne se définit pas selon des modalités d'accueil similaires à Un établissement de type IME. Le SESSAD est ouvert 210 jours par an, du lundi au jeudi de 8h30 à 17h00 et le vendredi de 8h30 à 16h00. Le mode de fonctionnement du service relève de l'ambulatoire, du milieu ouvert.

La capacité actuelle du service est de 24 jeunes présentant une déficience intellectuelle, une extension à hauteur de 30% porterait nos effectifs à 32 jeunes.

En cohérence avec les besoins repérés sur le territoire nous envisageons de privilégier 8 nouvelles solutions pour des jeunes présentant des troubles de la sphère autistique.

- Tableau récapitulatif des capacités d'accueil du Sessad avant et après projet.

Equipe du Sessad actuelle (avant-projet)
▪ 1 Directrice (0,10 ETP)
▪ 1 Chef de Service (0,30 ETP)
▪ 3 Educatrices spécialisées (3 ETP)
▪ 1 Secrétaire (0,50 ETP)
▪ 1 Assistante Sociale (0,20 ETP)
▪ 1 Médecin Psychiatre (0,10 ETP)
▪ 1 Psychologue (0,50 ETP)
▪ 1 Psychomotricienne (sous conventionnement) (0,30 ETP)
▪ 1 Orthophoniste (sous conventionnement) (0,70 ETP)
▪ 1 Agent d'entretien (0,20 ETP)
▪ 1 Comptable (0,10 ETP)
▪ 1 Responsable ressources humaines (0,10 ETP)
▪ 1 Responsable Technique (0,10 ETP)

Equipe du Sessad après projet
▪ 1 Directrice (0,13 ETP)
▪ 1 Chef de Service (0,39 ETP)
▪ 4 Educatrices spécialisées (4 ETP)
▪ 1 Secrétaire (0,65 ETP)
▪ 1 Assistante Sociale (0,26 ETP)
▪ 1 Médecin Psychiatre (0,13 ETP)
▪ 1 Psychologue (0,65 ETP)
▪ 1 Psychomotricienne (sous conventionnement) (0,39 ETP)
▪ 1 Orthophoniste (sous conventionnement) (0,91 ETP)
▪ 1 Agent d'entretien (0,26 ETP)
▪ 1 Comptable (0,13 ETP)
▪ 1 Responsable ressources humaines (0,13 ETP)
▪ 1 Responsable Technique (0,13 ETP)

La nature des modifications envisagées par cette augmentation de capacités étant en concordance avec l'accompagnement d'un nouveau public présentant des troubles de la sphère autistique (TSA). J'identifie en conséquence la nécessité pour les professionnels de monter en compétences sur ce type d'accompagnement. Par conséquent je sollicite un crédit non reconductible (C.N.R) qui permette le financement d'une formation sur l'accompagnement du public T.S.A de notre équipe de professionnels, auprès d'un centre expert tel que le Centre Ressources Autisme (C.R.A).

Objectif : Former les membres de l'équipe à l'accompagnement TSA

Action 1 : former régulièrement les professionnels sur la spécificité⁵⁰ des personnes avec autisme et autres troubles envahissants du développement.

Action 2 : Former les professionnels aux modes de communication facilités de type : PECS, Makaton, Langue des signes

Par ailleurs, les enfants présentant ce genre de troubles nécessitent au-delà de la simple expertise des professionnels, un ratio d'encadrement plus conséquent au niveau des ressources humaines. Dans le but de prévenir l'apparition de risques psychosociaux chez les accompagnants qui peuvent survenir du fait des troubles du comportement qui caractérisent les enfants autistes. Cela me permettra de soutenir des postures professionnelles qui soient les plus bienveillantes possible.

Nous sollicitons un renforcement de notre équipe de professionnel de l'ordre de 30% qui correspond à l'accueil de 8 profils T.S.A. Cela permettra également de prévenir l'apparition des risques psychosociaux de nos professionnels.

Objectif : prévenir l'apparition des risques psychosociaux chez les professionnels

Action 1 : renforcer le taux d'encadrement dans la limite de 30%

Action 2 : organiser des temps d'analyse de la pratique avec les psychologues du pôle enfance

Action 3 : organiser des « conseils scientifiques » pour favoriser l'accompagnement des situations complexes

⁵⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_autisme_anesm.pdf, RBPP de l'anesm, juin, juillet 2009, « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme et autres troubles envahissants du développement », page 36 ;

➤ Illustration du surcoût généré par l'extension de capacité du Sessad :

	Pour 24 enfants	Pour 8 enfants supp			
	Ancien ETP	ETP en +	Brut	Charges	Coût en +
ES	0	1	32 212,96	16 448,73	48 661,69
Psychomotricienne	0,3	0,1	3 266,90	1 654,01	4 920,91
Chef de service	0,3	0,1	4 669,95	2 642,25	7 312,20
Assistante sociale	0,2	0,07	2 396,71	1 309,34	3 706,05
Orthophoniste	0,7	0,23	7 513,86	3 804,24	11 318,10
Psychologue	0,5	0,17	7 668,93	4 247,50	11 916,43
Total			57 729,31	30 106,07	87 835,38

En lien avec le projet d'extension j'envisage d'augmenter la flotte de véhicules du Sessad pour qu'elle soit en adéquation avec l'activité du service.

Je demanderai donc le financement d'un véhicule d'une capacité de 7 places en cohérence avec l'augmentation du nombre d'actes.

En lien avec le projet d'extension nous envisageons de déménager dans des locaux plus vastes et plus en concordance avec l'activité et sécurisés pour l'accueil d'enfants TSA. Je précise que nous prévoyons de répondre à ce besoin en autofinancement. L'objectif visé étant de permettre à chaque fonction du service d'avoir un lieu propre et clairement identifié (par exemple : accueil et secrétariat indépendant, salle de psychomotricité...), d'assurer la confidentialité des entretiens et des échanges professionnels (salle de réunion fermée et bureaux pour les entretiens, salle d'attente, espace de travail personnel) mais aussi de s'assurer d'un nombre de places de parking suffisant au fonctionnement du service.

Objectif : Adapter les locaux et les besoins matériels à l'accueil du public TSA en cohérence avec l'augmentation des effectifs.

Action 1 : programmer l'acquisition d'un nouveau véhicule à l'aide d'un CNR

Action 2 : Faire l'acquisition de locaux plus grands et plus adaptés aux nouveaux besoins, en autofinancement.

Ensuite, beaucoup de partenariats sont d'ores et déjà opérationnels, toutefois je me dois d'anticiper l'accueil du public présentant des troubles de la sphère autistique par un conventionnement ciblant des partenaires experts de cet accompagnement. Voici une liste non exhaustive des partenaires connus sur notre territoire et qui seraient en capacités de compléter notre éventail de ressources opérationnelles :

- ❖ Le Centre Ressource Autisme (C.R.A)
- ❖ Les plateformes de diagnostics précoce de l'autisme (C.A.M.P.S Beauvais, Compiègne)
- ❖ La Plateforme de Coordination et d'orientation (P.C.O) de Beauvais
- ❖ Conventionner avec des spécialistes en ergothérapie

Objectif : Renforcer le réseau partenarial

Action 1 : prospecter auprès de nouveaux partenaires spécialisés dans l'accompagnement du public TSA sur le territoire.

Action 2 : Signer de nouvelles conventions partenariales

3.2.2 Organiser le partage d'expériences pour favoriser une acculturation des acteurs du pôle enfance à la pratique de l'ambulatoire.

La décision d'utiliser la culture ambulatoire du Sessad comme un levier pour conduire une transformation progressive du pôle enfance en dispositif inclusif est motivé par le souhait d'accroître l'accessibilité des enfants adolescents et jeunes adultes à une vie citoyenne. Jean-René LOUBAT dans son ouvrage intitulé : « Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale » affirme que la désinstitutionnalisation et la personnalisation sont deux axes complémentaires d'une évolution radicale⁵¹ de posture au service d'une priorité au parcours du bénéficiaire.

En lien avec le rattachement officiel de l'association « Le clos du nid de l'Oise » à « UNIVI Groupe », des propositions innovantes nous parviennent comme celle de proposer à l'ensemble des collaborateurs de l'association « UNIVI Handicap le CLO » d'expérimenter le concept nommé : « vis ma vie ». La première phase de cette campagne consiste à offrir la possibilité aux salariés de formuler leurs souhaits. Ainsi à titre d'exemple un éducateur spécialisé employé au sein d'un foyer d'accueil médicalisé pourra demander à découvrir le travail d'un chef de service éducatif en IME ou sur toute autre structure de l'association. Un accompagnant éducatif et social (AES) intervenant en Maison d'accueil spécialisée pourra demander à découvrir le travail d'un AES en IME. La deuxième phase consiste alors pour les équipes de direction des établissements à planifier ces journées découvertes, sur une amplitude de trois mois, entre le lancement et la clôture de la campagne pour ne gêner les nécessités de service. La dernière phase offre donc la possibilité de vivre une journée de travail avec la personne souhaité.

⁵¹ Jean-René LOUBAT « coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale, 2ème édition DUNOD, p11

Je me suis inspiré de cette expérience qui rompt avec nos habitudes institutionnelles et j'ai imaginé organiser à mon tour une campagne similaire, mais cette fois-ci à l'échelle du Sessad et des établissements et services du pôle enfance. Le parti pris serait toutefois de permettre au maximum des salariés d'y prendre part.

Dans un second temps, j'envisage d'organiser un retour d'expérience inter établissements et services pour stimuler l'acculturation visée par l'évolution envisagée des ESMS du pôle en dispositif intégré.

Objectif : Utiliser le partage d'expérience pour acculturer le pôle enfance aux pratiques inclusives.

Action 1 : Planifier une campagne « vis ma vie » entre le Sessad et les ESMS du pôle.

Action 2 : Organiser une rencontre festive « retour d'expérience » de clôture à l'échelle du pôle afin de capitaliser par des tables rondes en présence des acteurs du Sessad sur ce partage d'expérience.

3.2.3 La stratégie de communication est la mise en relation des acteurs et des décideurs sur le territoire d'intervention sociale.

Anticiper un plan de communication interne et externe fait partie intégrante de la démarche projet. La finalité consiste à déterminer qui communique à quelles personnes, à quel moment en veillant à préciser le canal de cette communication.

J'indiquerai dans ce plan, les modalités de communication à courts moyens et longs termes avec le Conseil d'administration, les instances de représentations du personnel, des familles comme le conseil de la vie sociale (CVS) et les personnes accueillies.

La communication relativement à ce projet revêt une importance particulière. En septembre 2022 la revue Directions consacrait un reportage sur le « comité mosellan de sauvegarde qui a créé en 2019 un dispositif intégré à partir d'un IMPRO et d'un Sessad. Gatién Beaumont, consultant extérieur spécialisé dans la transformation de l'offre partage que la première étape⁵² a été de réunir l'équipe de direction, le conseil d'administration et des représentants de l'ARS, pour délimiter le projet et s'accorder sur ce que serait ou non le dispositif.

En effet, tel que précisé à l'article 4⁵³ précisant le cahier des charges définissant les conditions de fonctionnement en dispositif intégré prévu à l'article L 312-7-1 du CASF du Décret du 5 juillet 2024 relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des

⁵² Directions n°211 septembre 2022, « reportage : « des parcours à la carte » », page 12.

⁵³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049889025>

établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré, cette modification de l'organisation nécessite la conclusion d'une convention cadre entre les acteurs au niveau départemental que nous devons anticiper. La liste complète est ainsi mentionnée parmi lesquels je citerai par exemple : l'éducation nationale, les ESMS, la MDPH, la CAF la CPAM.

Récemment, en accord avec le conseil d'administration de l'association le directeur général a validé la nomination de coordinateurs d'équipes au sein des établissements pour enfants à des fins d'optimiser la qualité de la communication interne et inter-établissement mais aussi afin d'assurer un suivi des procédures actives ainsi que l'animation des espaces de vie. C'est un appui en termes de stratégie managériale afin aller vers une plus grande fluidité des collaborations interprofessionnelles en vue d'une prochaine organisation en dispositif.

3.3 Anticiper les évolutions liées au changement de l'organisation par la révision des projets d'établissement et de services du pôle enfance.

Le projet d'établissement ou de service (PE-PS) est une obligation imposée à tous les établissements sociaux et médico-sociaux. Celui-ci découle de la loi du 2 janvier 2002-2 dont il est l'un des 7 outils. Cette obligation est inscrite dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Très récemment, le Décret no 2024-166 du 29 février 2024⁵⁴ relatif au projet d'établissement paru au Journal officiel n° 0052 du 2 mars 2024, est venu apporter un certain nombre de précisions relativement au contenu du projet d'établissement. Désormais il doit mentionner quelles sont les modes de coopération et de coordination de l'ESMS avec d'autres associations ou personnes, justifier d'une procédure opérationnelle pour prévenir et combattre la maltraitance notamment par l'édition d'une cartographie des risques de maltraitance qui soit actualisée régulièrement. De plus, la procédure pour signaler et gérer les situations de maltraitance doit y figurer. Dans d'autres registres les modalités de communication avec le public doivent être mentionnées de même que la politique de gestion des ressources humaines notamment en matière de droit à la formation mais aussi de contrôle. L'autorité externe nommée à l'article L. 311-8 du CASF doit être précisé ainsi que la procédure que doit suivre la personne accueillie y faire appel en cas de nécessité. Enfin le projet doit intégrer la politique d'amélioration continu de la qualité.

⁵⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=-6vRA6JU8J324WvMUCQcGpqORfLSKk_h8QsSb2xnJ8Y=

Les perspectives d'évolutions en dispositif inclusif des ESMS du pôle enfance en prenant appui sur la culture du Sessad m'amène à anticiper l'actualisation des projets d'établissements et de services de l'enfance.

Objectif : Réviser les projets d'établissements et de services du pôle enfance

Action 1 : mettre en place un comité de pilotage au sein des différents services instaurer des groupes de travail

Action 2 : fixer un calendrier de réalisation

La régulation des admissions au sein des établissements et services du pôle enfance était historiquement gérée par établissement. Des réunions de coordination régulières permettaient d'anticiper la sortie et l'orientation des jeunes des ESMS et également de statuer sur les prochaines admissions. Cette instance animée par le directeur d'établissement, se compose également d'un chef de service éducatif, de l'assistante sociale et de la psychologue.

En cohérence, d'une part avec la récente constitution des établissements pour enfants en pôle, et en particulier dans un souci de préparer les équipes à une logique de parcours au sein d'un dispositif je souhaite instaurer une instance de coordination des admissions orientations « de pôle » qui se réunisse une fois par mois. L'idée est d'affiner les réponses d'accompagnement proposées en fonction du profil des candidatures et du panel de l'offre de services des ESMS.

Objectif : Anticiper la régulation des admissions dans une logique de parcours au sein d'un dispositif et dans un souci de personnalisation des projets des enfants

Action 1 : Instaurer un instance de coordination des admissions et de l'orientation au niveau du pôle enfance

Action 2 : Former des éducateurs spécialisé à la fonction de coordinateur de parcours.

3.3.1 Adapter la politique de gestion des ressources humaines à la future organisation en dispositif.

La perspective de mutation des ESMS du pôle en une organisation en dispositif inclusif implique inévitablement une adaptation de la stratégie de gestion des ressources humaines. Les enjeux liés à la nouvelle organisation en devenir m'amène en qualité de directeur à repenser la stratégie Ressources humaines à l'intérieur du pôle. Il s'agit

d'anticiper de nouveaux besoins. Je précise qu'il est ici question d'un processus de transformation qui prendra du temps. Il sera indispensable de sécuriser chaque étape de la mise en œuvre du projet en ayant toujours à l'esprit le bien-être des personnes accompagnées et le fait de proposer aux professionnels du pôle enfance de bonnes conditions et une qualité de vie au travail. Les outils de la gestion des emplois et des compétences tels que les entretiens annuel d'évaluation et les entretiens professionnels sont des leviers que je souhaite mobiliser avec les équipes de direction du pôle enfance afin d'accompagner au mieux les acteurs à chaque étape.

Cela nous permettra de donner une authentique possibilité aux personnels d'exprimer leurs avis, leurs besoins de montée en compétences mais aussi leurs craintes et leurs réticences afin de pouvoir leur apporter des réponses opérationnelles à l'aide d'une posture managériale situationnelle, adaptée à chaque individu.

Il me faudra avec les responsables des ressources humaines des établissements et de la du siège, anticiper les besoins en formation et les inscrire au plan de développement des compétences.

Objectif : Mobiliser les outils de la GEPP afin d'anticiper les nouveaux besoins des ressources humaines

Action 1 : recueillir les attentes et besoins du personnels dans la perspective d'une évolution en dispositif à l'occasion de la campagne annuelle des entretiens.

Action 2 : répertorier les besoins et demandes de formations du personnel et les inscrire après validation dans le plan de développement des compétences.

3.3.2 Anticiper l'évolution du pilotage des ressources financières.

Selon un article publié dans la revue « Directions » n°211 de Septembre 2022 pages 13 et 14, intitulé : « Des parcours à la carte », ce nouveau mode d'organisation amène avec lui une autre sémantique. Il n'est plus question désormais d'internat mais d'accueil de nuit. Le terme d'accueil de jour remplace celui de semi-internat et enfin le vocable d'ambulatoire se substitue à celui de Sessad. Je souhaite m'attarder un instant sur ce qui n'est pas juste un changement du vocabulaire, puisque cela augure un raisonnement non plus en termes de places mais de solutions potentiellement plurielles pour une seule personne.

Fonctionner en dispositif du point de vue de la gestion économique et financière nécessite d'intégrer les facteurs de variation qui auront un impact incontournable au niveau des ressources financières de l'organisation. En effet si l'on envisage l'accompagnement d'un

jeune selon une logique de parcours au sein du dispositif, l'un d'entre eux pourra par exemple faire l'objet d'un accueil de jour dans l'accueil de nuit ainsi que d'un accompagnement en ambulatoire. Ce type d'accompagnement à la carte sera donc inévitablement à faire coïncider aux habitudes de facturation ainsi qu'à la logique du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par type de prestation interne externe ou ambulatoire.

Concrètement un fonctionnement en dispositif implique une nouvelle approche en ce qui concerne la dynamique de gestion économique et financière. Le dispositif constitué perçoit son budget de fonctionnement sous la forme d'une dotation globale. L'idée est de générer davantage de souplesse entre les établissements et services du dispositif, en rendant possible par exemple le transfert et la mutualisation du ressource entre les différents ESMS du dispositif. Cela est rendu possible par une évolution administrative entérinée par le décret de juillet 2024 sur les dispositifs intégrés. En effet la MDPH peut désormais attribuer une notification unique qui se décline en 4 formes de prestations différentes. D'une part il y a l'accueil de jour d'autre part le milieu ordinaire ensuite l'hébergement temporaire et enfin l'hébergement permanent.

Nous sommes actuellement en phase de négociation avec l'ARS dans une perspective de signer un nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens après un retard significatif. Il me paraît primordial de me saisir de cette opportunité pour engager le dialogue avec notre autorité de tarification de financement et d'accréditation au sujet de la stratégie que je souhaite conduire qui est légitimé par les politiques publiques. La demande d'extension de faible importance représente pour moi l'opportunité d'œuvrer de façon raisonnée, étape par étape en faveur d'une prochaine évolution de l'offre de service du Pôle enfance en dispositif inclusif. J'ai besoin de leur appui pour valider les modifications qui s'avèreront nécessaires de notre organisation initiale, tant au niveau de l'optimisation des besoin financiers qu'au niveau de la mobilisation des ressources humaines.

Objectif : Utiliser le CPOM pour partager le projet de transformation de l'offre

Action 1 : Aborder la question de la demande d'extension de capacité du Sessad avec l'ARS

Action 2 : Evoquer le souhait d'évolution du pôle enfance en dispositif intégré .

Action 3 : Solliciter un cahier des charges en prévision de l'évolution au niveau de la gestion économique et financière des ressources

3.3.3 la temporalité, les indicateurs qualitatifs et quantitatifs et l'évaluation du projet.

- La temporalité

À court terme, c'est par la négociation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements sous tutelle de l'ARS, que s'amorcera le projet de transformation de l'offre des établissements et services du pôle enfance et donc du Sessad. À l'occasion de l'aboutissement des négociations et de la signature du contrat qui est planifiée pour le dernier trimestre 2024, une discussion sera engagée sur l'intention du pôle enfance de l'association de se constituer en dispositif intégré conformément au décret du 5 juillet 2024. En accord avec le directeur général de l'association j'ai anticipé l'envoi normalisé de la demande d'extension de faible importance du Sessad, début mai 2024, afin qu'elle cadre avec les délais convenus par le calendrier d'études des candidatures de la direction générale de l'ARS des hauts-de France, qui avait lieu, fin mai, dans le cadre de la circulaire des 50000 nouvelles solutions de décembre 2023. La réception du feu vert de l'ARS, nous procéderons à un accueil progressif des jeunes présentant des TSA à partir du premier trimestre 2025. C'est la raison pour laquelle, j'ai anticipé le déménagement dans des locaux plus grands dès janvier 2025, ainsi que l'inscription du personnel éducatif à des formations spécifiques sur les personnes présentant des troubles de la sphère autistique. Le 2e trimestre 2025 sera marqué entre avril et juin par le déroulement de la campagne « vis ma vie » à échelle du pôle enfance. Cette campagne de partage d'expérience entre le Sessad et les établissements sera clôturée en juillet 2025, par un événement festif, sur le thème d'un retour d'expérience dans les murs de la salle polyvalente de la mairie de Saint-Leu-d'Esserent, en présence des élus locaux, des représentants de tous les partenaires du Sessad, toutes catégories confondues et en priorité des jeunes et de leurs familles. Bien que n'étant pas en mesure de dire avec certitude à quel moment le fonctionnement en dispositif intégré sera officialisé, puisque cela dépend de la signature opérationnelle d'une convention-cadre, Je fixe à septembre 2025, le lancement prévisionnel de la nouvelle organisation. Ce planning sera révisé en fonction du niveau d'avancement des négociations et des démarches administratives préalables nécessaires. Au-delà de ces prérogatives administratives qui peuvent prendre plus de temps de planifié et que je prévois à courte et moyenne échéance, conduire la transformation de l'organisation prendra du temps et fera l'objet d'évaluations régulières dans l'esprit de la démarche d'évaluation annuelle des projets d'établissements et de services qui est opérationnelle dès le dernier trimestre 2024 et les années suivantes. En cohérence avec le calendrier de l'évaluation HAS ainsi que de celui fixée à 5 ans par le CPOM, des bilans annuels d'étapes seront organisés pour faire évoluer l'organisation en temps réel.

➤ Les indicateurs

A la lumière de la recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé publiée en date du 5 Mai 2010 et mise à jour le 16 Mars 2018, intitulée : « Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service », que son utilisation a véritablement

évoluée depuis sa mise en œuvre initiale. Le PE/PS constitue la feuille de route d'un service, d'un établissement. Il se doit d'être mis à jour tous les ans, en prenant soin d'impliquer les acteurs de terrain dans sa réalisation ou à l'occasion de son actualisation. Il est composé dans les grandes lignes d'un historique, d'une présentation du public et de son évolution, d'un diagnostic interne et externe qui permette l'identification de certaines problématiques. A des fins de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, un plan d'action est ainsi notifié au sein du projet à l'appui d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs.

De plus, dans un autre registre, directement en lien avec l'organisation projetée en dispositif inclusif, en contrepartie de la simplification administrative, des autorisations de fonctionnement, selon 4 catégories que j'ai précédemment présentées, le dispositif aura le devoir de rendre des comptes très précis à l'agence régionale de santé, à la caisse primaire d'assurance maladie, à l'éducation nationale, ainsi qu'à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Cela implique donc pour les professionnels du dispositif de s'habituer à la saisie régulière d'indicateurs très ciblés. Le premier de ces indicateurs, consiste à saisir quotidiennement l'activité du jeune qui est accompagné au sein du dispositif. Le second de ces indicateurs, consiste à justifier du taux d'activité, en précisant rigoureusement le nombre de journées réalisées, mais aussi le nombre d'actes, comme cela se pratique en Sessad. D'autre part, un nouvel indicateur est celui de la file active, ou plus particulièrement du nombre de jeunes qui sont accompagnés, à l'année, par rapport au nombre de places ou solutions autorisées par les autorités de tarification. En matière de scolarisation et il est nécessaire de fournir des indicateurs qui précisent de la scolarisation des enfants de 3 à 16 ans d'une part, et des plus de 16 ans d'autre part. Il est ici nécessaire de préciser, non seulement le nombre de jeunes qui bénéficient d'une scolarisation, mais aussi le volume d'heures qu'ils réalisent. Enfin, un autre indicateur est attendu des pouvoirs publics, celui de pouvoir justifier le taux de prestation inclusive. Il s'agit là de préciser le nombre de jeunes auxquels des prestations « hors les murs » auront été proposées par le dispositif.

3.3.4 Synthèse

Si je considère d'une part, l'outil de travail que représente le Sessad, qui est acculturé aux pratiques modulaires inclusives et les établissements du pôle enfance qui proposent une offre diversifiée, les conventions partenariales opérationnelles et celles à venir, l'orientation stratégique de notre association gestionnaire, la mise en place par les

pouvoirs publics d'une feuille de route organisationnelle par le décret du 5 juillet 2024 relatif au fonctionnement des établissements médico-sociaux en dispositif intégré, plusieurs facteurs légitiment la stratégie de transformation de l'organisation que je dirige. Le facteur temporel est à envisager à l'appui d'un discernement régulier dans le pilotage du projet. Il va m'être indispensable de soigner la communication à tous les niveaux, hiérarchiques, tutelles, familles, publics, professionnels et partenaires, de mobiliser l'intelligence collective offerte par l'ensemble des acteurs, d'anticiper toutes les évolutions potentielles. L'idée est de déconstruire et de reconstruire étape par étape en veillant rigoureusement à sécuriser chacune d'entre elles avant de passer à la suivante. Dans l'intérêt et portés par le désir d'accroître l'accès aux droits des enfants, adolescents, jeunes adultes, pour diffuser une culture bienveillante également en dehors des murs de nos institutions, il est capital de veiller à l'implication de tous.

Conclusion

Alors que j'entreprenais l'introduction de ce mémoire professionnel, l'utopie que j'ai décrite, relativement à la transformation des ESMS du pôle enfance, en dispositif inclusif, sommeillait dans mon esprit depuis plusieurs années déjà. Mais voilà, s'il peut être aisé de se passionner pour « un projet » en l'occurrence : agir en faveur de l'avènement d'une société inclusive, j'avais conscience que le processus en marche prendrait du temps. Tout d'abord parce que c'est la lettre de la Loi qui rythme l'action sociale et l'évolution de notre société ; mais également parce qu'afin de rendre ce cap opérationnel, il se doit d'être suivi d'une stratégie organisationnelle. Manager le changement d'une organisation est une décision qui implique de la détermination, de l'endurance, de la souplesse, et de la persévérance. Cela requiert également, pour le directeur, de respecter le tempo de sa gouvernance et des pouvoirs publics, tout autant que de s'assurer, jour après jour, que les personnes avec lesquelles il a entrepris le projet soient toujours à bord du train et motivées, pour l'accès aux droits des enfants. J'affectionne cette citation de Nelson Mandela⁵⁵ qui déclare : « un gagnant est un rêveur qui n'abandonne jamais ». Ce que cela m'inspire c'est que les obstacles, la temporalité planifiée, la temporalité réelle, les refus ne sont pas supposés nous arrêter dans notre quête. Ainsi j'ai précédemment fait référence au terme de « révolution douce ». Alors que je consacrais mes journées estivales, à la finalisation de ce mémoire, mon oreille a été attentive au discours de Tony Estanguet, président du Comité d'Organisation des Jeux de Paris 2024 lors de la cérémonie d'ouverture des jeux paralympiques, le mercredi 28 août. En effet pour illustrer la dimension inclusive des jeux paralympiques il a parlé « d'une révolution douce⁵⁶, mais qui va changer chacune et chacun d'entre nous en profondeur, pour toujours ». Je crois donc qu'il faut prendre la décision d'avancer ensemble en mobilisant l'ensemble de la communauté éducative, sans oublier en priorité le public accueilli et les familles. Il faut puiser étape après étape dans les ressources de l'intelligence collective. Pour Jérémie Boroy⁵⁷, président du Conseil national consultatif des personnes handicapées(CNCPH), c'est pourtant bien « *l'autodétermination des personnes handicapées qui devient l'impératif de ces travaux en cours, pour ensuite développer une culture et des pratiques managériales qui vont valoriser cette autodétermination et ainsi contribuer au développement de cette société ouverte à tous* ».

⁵⁵ <https://citations.ouest-france.fr/citation-nelson-mandela/gagnant-reveur-abandonne-jamais-105108.html>

⁵⁶ <https://presse.paris2024.org/actualites/discours-officiel-de-tony-estanguet-prononce-lors-de-la-ceremonie-douverture-des-jeux-paralympiques-de-paris-2024-d24bd-e0190.html>

⁵⁷ <https://informations.handicap.fr/a-rapport-piveteau-bouleverser-medico-social-32400.php>

Bibliographie

Loubat, J-R., Hardy J-P. et Bloch M-A (2016). *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*. Dunod

Loubat, J-R, (2019). *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale* (2^e éd). Dunod

Foudriat, M, (2021). *La co-construction en actes, savoirs et savoir-faire pratiques pour faciliter sa mise en œuvre*. Référence actions sociales, ESF éditeur.

Jouffray, C. (dir). (2014). *Développement du pouvoir d'agir, une nouvelle approche de l'intervention sociale*. Presses de l'EHESP.

Roman, P et Rossello, J-J, (2011). *SEESAD, une institution nomade, éduquer et soigner à domicile*. Erès.

Barreyre, J-Y. (2010), *La révolution douce*, *Revue vie sociale*, 4 , p. 9-16.

Heijboer, C. (2022), *Une évolution inexorable*, *Revue directions*, 204 , p. 24-28.

Brezzier, S. (2020), *Plateformes de services le changement de logique*, *Revue actualités sociales hebdomadaires*, 3180 , p. 11-14.

Vion, A. (2022), *Des parcours à la carte*, *Revue directions*, 211 , p. 12-14.

Hemmerick, M. (2022). *A bonne école pour l'inclusion*, *Revue actualités sociales hebdomadaires*, 3248 , p. 22-25.

Vion, A. (2022). *Transformer l'offre*, *Revue directions*, 205 , p. 13-14.

Loi n° 2009-1791 du 31 décembre 2009 autorisant la ratification de la convention relative aux droits des personnes handicapées. Journal officiel n°0002 du 3 janvier 2010.

Décret n° 2010-356 du 1er avril 2010 portant publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées. Journal officiel n°0079 du 3 avril 2010.

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Journal officiel du 1^{ER} juillet 1975.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel n°36 du 12 février 2005.

Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques. Journal officiel n° 0110 du 11 mai 2017.

Circulaire n° DGCS/38/2017/148 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.

La circulaire N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030.

Décret du 5 juillet 2024 relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux. Journal officiel n°0159 du 6 juillet 2024.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 « de modernisation de notre système de santé. Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016.

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 janvier 2002.

CREAI Ile-de-France/IRIS, Les rapports de l'observatoire, Opcos Santé, 27 avril 2022, évolution vers des cadres d'intervention plus ouverts et plus inclusifs, quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires. https://www.opco-sante.fr/sites/default/files/2022-04/OPCO_Sante_etude_inclusions.pdf. (Consulté le 5 juillet 2024)

Conseil de l'Europe, Recommandation CM/Rec(2010)2 du Comité des Ministres aux Etats membres, relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité, adoptée par le Comité des Ministres le 3 février 2010. http://expertise.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2010/G_juillet_2010//56381recommandation.pdf (consulté le 6 juillet 2024).

CEDIS, Guide de bonnes pratiques en matière de désinstitutionalisation.
https://www.fondation-domus.ch/documents/telechargements/Domus_projet_eu_desinstitutionnalisation_guide_de_bonnes_pratiques_professionnelles_20150507.pdf. (Consulté le 12 juillet 2024)

Rapport de l'ONU de Mars 2019, sur les droits des personnes handicapées en France.
<https://fdfa.fr/rapport-de-lonu-sur-les-droits-des-personnes-handicapees-en-france/>
(Consulté le 6 juillet 2024).

Plan d'action ministériel « ambition transformation 2019-2022 ». 29 janvier 2019.
https://nexem.fr/sites/default/files/uploads/2019/01/Plan_daction_transformation_2019-2022.pdf (Consulté le 17 juillet 2024)

Charte des droits fondamentaux de l'union européenne. 18 décembre 2000.
https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf (Consulté le 6 juillet 2024).

Piveteau, D. Rapport « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches (tome I – 10 juin 2014). <https://www.creaibfc.org/wp-content/uploads/edd/344-01-1.pdf>
(Consulté le 6 juillet 2024).

Bohic, N , Le Morvan F, Rapport IGAS : « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap. Des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux
https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites_default/files_contenu_piece-jointe_2021_11_cncph_note_sur_le_rapport_igas.pdf (consulté le 17 juillet 2024).

Vachey, L , Jeannet, A. (2013). Rapport, Mission d'assistance modernisation de l'action publique réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/174000280.pdf> (Consulté le 25 juillet 2024).

ARS des Hauts de France, (2018). Schéma régional des Hauts de France 2018/2023.
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-07/MeP%20SRS-PRS%202018-2023%20%28DYNAMIQUE%29-BAT.pdf> (consulté le 12 juillet 2024)

ARS des Hauts de France, (2024). Schéma régional des Hauts de France 2018/2028.
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/29125/download?inline> (consulté le 12 juillet 2024)

Plan d'action ministériel « ambition transformation 2019-2022 ». 29 janvier 2019. https://nexem.fr/sites/default/files/uploads/2019/01/Plan_daction_transformation_2019-2022.pdf (Consulté le 17 juillet 2024)

Charte des droits fondamentaux de l'union européenne. 18 décembre 2000. https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf (Consulté le 6 juillet 2024).

Piveteau, D. Rapport « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches (tome I – 10 juin 2014). <https://www.creaibfc.org/wp-content/uploads/edd/344-01-1.pdf> (Consulté le 6 juillet 2024).

Bohic, N , Le Morvan F, Rapport IGAS : « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap. Des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites_default/files_contenu_piece-jointe_2021_11_cncph_note_sur_le_rapport_igas.pdf (consulté le 17 juillet 2024).

Vachey, L , Jeannet, A. (2013). Rapport, Mission d'assistance modernisation de l'action publique réforme de la tarification des établissement et services pour personnes handicapées. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/174000280.pdf> (Consulté le 25 juillet 2024).

ARS des Hauts de France, (2018). Schéma régional des Hauts de France 2018/2023. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-07/MeP%20SRS-PRS%202018-2023%20%28DYNAMIQUE%29-BAT.pdf> (consulté le 12 juillet 2024)

ARS des Hauts de France, (2024). Schéma régional des Hauts de France 2018/2028. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/29125/download?inline> (consulté le 12 juillet 2024)

Anesm, (2011). RBPP : l'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/synthese_sessad_v210911.pdf (consulté le 18 juillet 2024)

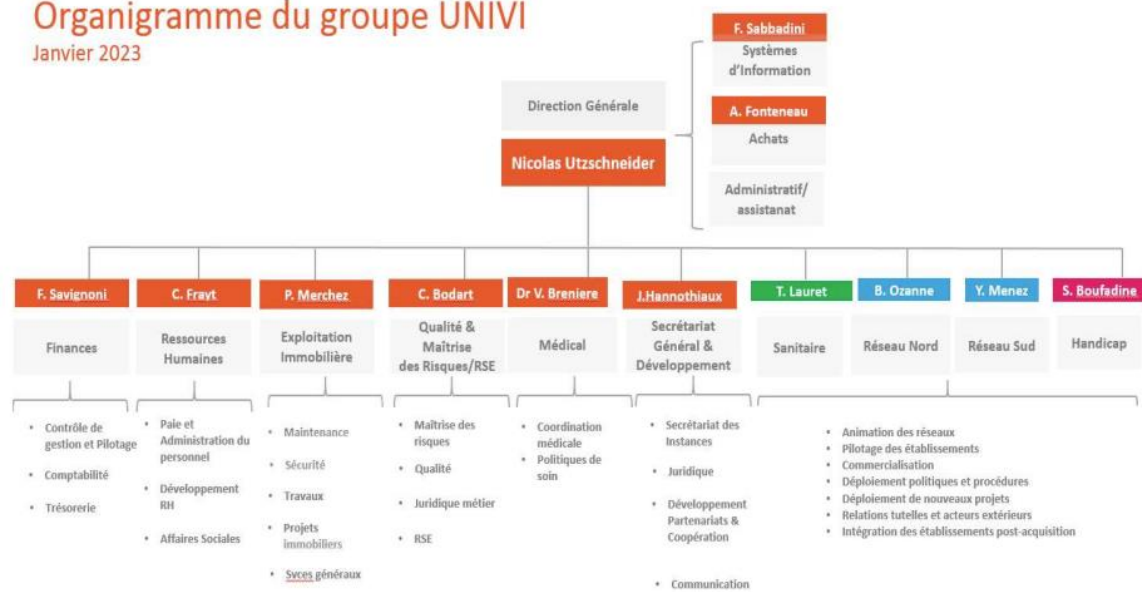
Liste des annexes

Annexe n°1

Organisation du siège

Organigramme du groupe UNIVI

Janvier 2023



Annexe n°2

Organigramme Univi Handicap « Le clos du nid de l’Oise »:

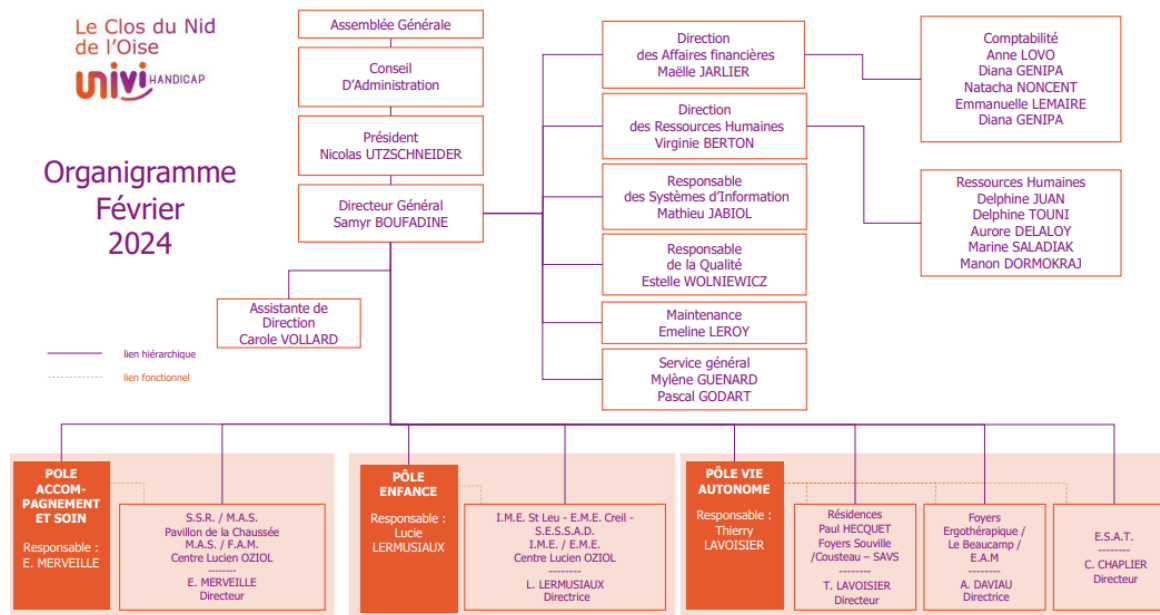
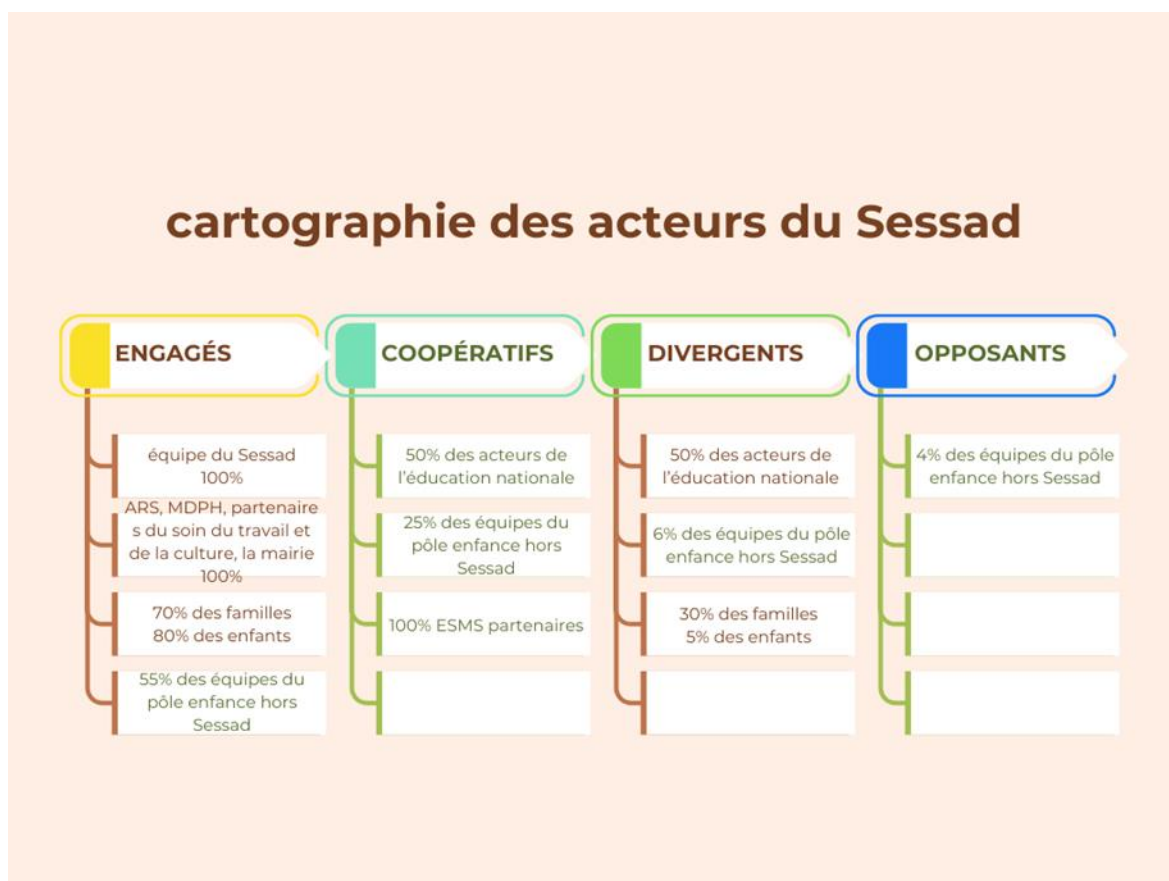


Tableau synthétique de la Cartographie des acteurs



Questionnaire adressé aux acteurs du futur dispositif :

**ENQUÊTE “ÉVOLUTION DU PÔLE ENFANCE UNIVI
HANDICAP EN DISPOSITIF**

INFORMATIONS PERSONNELLES

Age typologie d'acteur

Homme Femme

QUESTIONNAIRE

L'objectif de cette enquête est de mesurer le niveau d'information des acteurs sur les Dispositifs inclusif ainsi que leur niveau de motivation au changement

Question 1: savez vous ce que c'est qu'un Dispositif inclusif, intégré

Réponse:

Question 2: . Selon vous en quoi un fonctionnement en DAME pourrait améliorer la réponse aux besoins des bénéficiaires du pôle enfance?

Réponse:

Question 3: Quels sont, selon vous, les principaux avantages et défis liés à la transformation des ESSMS du pôle enfance en DAME ?

Answer:

Question 4: Quelles sont vos attentes par rapport à ce changement et comment pensez-vous pouvoir contribuer à sa réussite ?

Réponse:

Question 5: pouvez-vous indiquer quel est votre degré de motivation dans la perspective de ce changement futur de notre organisation?

très motivé motivé moyennement motivé pas motivé

LAUNAY	Ludwig	2024
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : APRADIS</p>		
<p align="center">« CONDUIRE LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'UN POLE ENFANCE »</p> <p align="center">« L'extension de capacité d'un Sessad, une étape vers une organisation en dispositif inclusif »</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Dans un contexte socio-économique en tension et en mutation, les ESMS du pôle enfance UNIVI Handicap doivent amorcer un virage inclusif au service de la fluidification des parcours des publics accompagnés. La désinstitutionnalisation raisonnée et la personnalisation de l'accompagnement du public en sont deux composantes fondamentales.</p> <p>Le projet que je décide de piloter est de considérer que le SESSAD après validation de la demande par les autorités compétentes d'une extension de faible importance de ses capacités, ne comptera désormais ses effectifs non plus en termes de « 24 places » dans un fonctionnement en SILO ; mais en termes de 32 « nouvelles solutions » au sein d'un dispositif. L'utopie que je vise est que l'extension de faible importance du Sessad soit la première étape vers la constitution des établissements et services du Pôle en Dispositif inclusif.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Dispositif, Inclusif, Parcours, Désinstitutionnalisation, Personnalisation, Coordination, co-construction, fluidification, révolution douce, intelligence collective.</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		