

COLLEGE COOPERATIF PROVENCE ALPES MEDITERRANEE

Centre agréé par le Ministère des Solidarités et de la Santé

Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale

Région PACA

Parcours et accompagnement :

Les IME en (-) quête de réorganisation

Présenté par : Touta ABED – Mémoire DEIS

Sous la direction de : Régis GUITTON

Session de décembre 2017

Centre associé

Institut Régional de Travail Social PACA et Corse

La recherche est jalonnée de nombreuses périodes : période de doute, période d'angoisse, période d'euphorie, période de boulimie de travail, période de difficulté à écrire, période d'apesanteur, période de cheminement, d'arrêt.... la liste est si longue qu'une page ne suffirait pas à tout écrire.

La route n'a pas été un chemin facile et l'emprunter seule à certains moments a été difficile. Tout au long de ce parcours, des personnes, pour certaines des guides, m'ont permis d'aller au bout de cette démarche.

Mes remerciements vont à toutes ces personnes.

Je remercie principalement mon directeur de mémoire : Régis Guitton, l'équipe du collège coopératif, Philippe, Rosa, Karine, Anne Marie et les intervenants qui ont permis de réaliser ce travail.

Je remercie également mes collègues de formation de DEIS et de DHEPS et particulièrement Bruno, Isa et Guy qui ont toujours été d'un réconfort et d'une aide précieuse.

Je remercie toutes les personnes, professionnels et autres qui ont accepté de participer à cette étude, pour leur disponibilité et leur gentillesse.

Je remercie particulièrement Nicolas pour sa relecture avisée.

Enfin mes plus vifs remerciements vont à ma famille. Mon compagnon Xavier et ma fille Licia ont été d'une énorme patience, d'une très grande compréhension et acceptation dans mes moments de doute, de stress et d'indisponibilité.

Mention spéciale à mon frère Djamel et à sa compagne Nadine pour la relecture, la mise en page et leur immense disponibilité.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE I	5
1 LE CONTEXTE DE L'ETUDE	5
2 LE SECTEUR DU MEDICO-SOCIAL	5
2.1 Présentation	5
2.2 Historique	6
2.3 Les lois importantes qui ont fait le secteur médico-social	7
3 LA NOTION D'ETABLISSEMENT	13
3.1 L'établissement	13
3.2 L'institution	14
3.3 La désinstitutionnalisation	16
3.4 Les effets sur le secteur médico-social	17
4 LES OUTILS DE PILOTAGE	19
4.1 Le plan régional de santé	19
4.2 Présentation du S.R.O.M.S et S.D.O.M.S :	22
4.3 Le PRIAC	25
4.4 Le C.P.O.M	26
4.5 Les appels à projet	27
5 LES PRINCIPALES STRUCTURES ET ETABLISSEMENTS DU SECTEUR	27
6 LES INSTITUTS MEDICO-EDUCATIFS	28
6.1 Présentation et contexte d'apparition des I.M.E	28
6.2 Les IME en chiffres	31
7 LE PUBLIC DANS LE MEDICO-SOCIAL	33
7.1 Les personnes en situation de handicap	33
7.2 Norme et handicap	36
8 LES GLISSEMENTS SEMANTIQUES	40
8.1 Passage de la prise en charge à la prise en compte	40
8.2 Nouveaux paradigmes	41
9 LES ENJEUX DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL	45
10 ELABORATION DE LA PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE TRAVAIL	51

PARTIE II	56
1 METHODOLOGIE	56
1.1 Le corpus documentaire	56
1.2 Le dispositif d'enquête par entretiens	58
1.3 Les objectifs des entretiens	59
1.4 Les difficultés dans la réalisation des entretiens :	59
1.5 Les entretiens semi directifs	60
1.6 Le corpus des entretiens	61
1.7 Deux territoires comme terrain d'enquête	63
1.8 Les thématiques des entretiens	64
2 LE CADRE THEORIQUE DE REFERENCE	65
2.1 Les Concepts mobilisés	67
2.2 Les premiers éléments d'enquête	69
2.3 Principaux constats émergeant en première lecture du terrain d'enquête	72
3 L'ANALYSE AU REGARD DE NOTRE CADRE THEORIQUE	79
3.1 Modèle de la grille d'analyse :	79
3.2 Acteurs et stratégies	80
4 IMPACTS SUR LA QUESTION DE L'IDENTITE PROFESSIONNELLE	93
4.1 Les impacts sur une profession en « réorganisation »	93
4.2 L'éducateur, entre questions et quête de sens	98
4.3 L'identité sociale et professionnelle selon C. Dubar	99
4.4 Accompagnement et parcours : en question, l'identité professionnelle	101
5 RETOUR SUR HYPOTHESE ET PRECONISATIONS	110
5.1 Retour sur hypothèse	110
5.2 Préconisations	113
CONCLUSION	118
BIBLIOGRAPHIE	120
ANNEXES	128

« Nos doutes sont des traites et nous privent de ce que nous pourrions souvent gagner de bon, parce que nous avons peur d'essayer ». **William SHAKESPEARE**

TABLE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

AMP : Aide médico psychologique

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

CAMPS : Centre d'action médico-sociale précoce

CAT : Centre d'aide par le travail

CDAPH : Commission départementale pour l'autonomie des personnes handicapées

CFA : Centre de formation des apprentis

CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

CNRTL : Centre national de ressources textuelles et lexicales

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CREAI : Centre interrégional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

CROSMS : Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EEAP : Etablissements et services pour enfants et adolescents polyhandicapés

EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées

EMS : Etablissements médico-sociaux

ESAT : Etablissement et service d'aide au travail

ES : Educateur spécialisée

ESMS : Etablissement social et médico-social

FEPH : Forum européen des personnes handicapées

FNARS : Fédération nationale des associations de réinsertion sociale

GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et compétences

GEPSO : Groupe national des établissements et services publics sociaux et médico-sociaux

HPST : Hôpital patient santé territoire

IME : Institut médico-éducatif

IMP : Institut médico-pédagogique

IMPro : Institut médico-professionnel

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LMSS : Loi de modernisation du système de santé

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MDPH : Maison départementale des personnes en situation de handicap

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

P.A.G : Plan d'accompagnement global

P.E.C : Prise en charge

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement de la Perte d'Autonomie

PRS : Plan régional de santé

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

PTA : Plateforme territoriale d'appui

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SEES : Section d'éducation et d'enseignement spécialisés

SESSAD : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

SG-CIH : Secrétariat général du comité interministériel du handicap.

SIPFP : Section d'initiation et de première formation professionnelle

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SDOSMS : Schémas Départementaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

SROSMS : Schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale

TED : Trouble envahissant du développement

UNAPEI : Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales

URIOPSS : Union inter-régionale interfédérale des organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux

PREAMBULE

La scène se passe dans un aéroport. Une famille, est avec une valise sur laquelle est écrit en lettres noires « 20 ans ». Elle a dans la main une carte d'embarquement sur laquelle est inscrite la mention : « Départ IME ».

La famille se présente à un premier comptoir :

- « Bonjour, quelle est votre destination ?
- Bonjour, je ne sais pas, on m'a donné cette valise « 20 ans », cette carte d'embarquement et on m'a dit de me présenter à l'aéroport.
- Allez voir le comptoir d'à côté, ils vont vous orienter.
- Merci, madame et au revoir ».

Au comptoir d'à côté :

- « Bonjour, avec quelle compagnie embarquez-vous ?
- Euh, bonjour, je ne sais pas, c'est le comptoir d'à côté qui m'a dit d'aller vous voir, justement pour y voir plus clair.
- Non, désolé mais notre compagnie ne fait pas cette destination, allez voir le comptoir sur votre droite.
- Merci monsieur, au revoir ».

Au comptoir de droite :

- « Bonjour, à quelle heure est votre vol ?
- Bonjour, quel vol ? Je ne sais pas, c'est le comptoir de droite qui m'a orienté chez vous.
- Non, nous ne faisons pas cette destination. Le comptoir juste sur votre gauche vous donnera plus de renseignements.
- Merci, au revoir monsieur ».

Le comptoir juste de gauche :

- « Bonjour, votre carte d'embarquement s'il vous plaît ?
- Ah, voilà, enfin un interlocuteur qui nous renseigne. Tenez là voici !
- Mais, il manque des informations. Je ne peux pas la traiter.
- Mais, le monsieur du comptoir de droite nous a dit d'aller vous voir ».
- « Oui, mais sans les principales informations je ne peux rien faire moi. Bon, allez au guichet au centre de l'aéroport et ils vont vous fournir toutes les informations qui vous manquent.
- Bon, merci, quand même et au revoir madame ».

La famille se met un peu à l'écart, pose la valise et réfléchit à voix haute :

- « Bon, essayons de reprendre les choses dans l'ordre. On n'a pas la destination, on n'a pas le vol et on n'a pas l'horaire, nous voilà bien avancés.
- Et si on allait directement sur le tarmac, peut-être qu'ils en sauront plus là-bas.
- Oui, excellente idée.
- Tu prends la valise avec toi s'il te plaît ».

Sur le tarmac :

- « Mais, qu'est-ce que vous faites –là ? Sans carte d'embarquement avec la destination, le numéro de vol et l'horaire, vous ne pouvez pas embarquer. Allez chercher votre carte d'embarquement.
- Mais justement on l'a, mais il n'y a rien d'écrit dessus,... à part départ IME.
- Désolé mais nous ce qui nous importe c'est votre carte d'embarquement avec écrit dessus la destination, le vol et l'horaire. Allez voir le comptoir au centre, ils vont vous démêler tout ça ! »

La famille repart et s'exclame :

- « Dis, tu crois qu'ils savent ce qu'ils font ; parce que nous ça fait 20 ans qu'on a cette valise et qu'il serait temps qu'elle voyage toute seule, tu ne crois pas ?
- A qui le dis-tu ! Et c'est que le début du parcours ! »

A travers cette saynète¹, je me suis intéressée à la notion de parcours de l'utilisateur en établissements et services médico-sociaux. En outre, j'ai essayé de comprendre comment le parcours de la personne en situation de handicap est mis en place. Comment les structures et services réalisent cet accompagnement. Mais également, quelles réponses sont mises en œuvre pour être les mieux adaptées et les plus respectueuses du choix des personnes et de leur famille. En filigrane, il y avait cette interrogation du passage de l'utilisateur à celui de sujet.

¹ Inspirée d'une mini représentation vue lors d'une conférence à Lyon en mars 2017

INTRODUCTION

L'accompagnement social a été pendant plusieurs années, la thématique principale de mon parcours professionnel. Progressivement, celui-ci s'est déplacé et développé en fonction des postes occupés et des publics suivis. Je me suis d'abord concentrée sur l'accompagnement social des personnes allocataires du RMI, puis je me suis tournée vers l'accompagnement en insertion professionnelle des personnes bénéficiant des minima sociaux.

L'accompagnement des personnes dans leur parcours d'insertion sociale ou professionnelle a toujours été le fil conducteur de ma pratique professionnelle.

Depuis plus de 8 ans, je travaille dans une structure médico-sociale avec plusieurs services dont un Institut médico éducatif, un SESSAD et un EEAP. Après avoir été en poste sur le SESSAD et L'EEAP, voilà maintenant plus de 3 ans que je suis en IME.

Aujourd'hui, mon intérêt et ma pratique m'amènent à m'interroger plus particulièrement sur l'accompagnement des parcours des jeunes en voie de sortie des IME.

Educatrice spécialisée en Institut Médico Educatif, je travaille sur un groupe qui est la section d'initiation et de première formation professionnelle (S.I.P.F.P) composé de jeunes âgés de 16 à 20 ans et plus, s'ils bénéficient de l'amendement Creton.

Mes premiers questionnements ont été tournés vers l'accompagnement en insertion professionnelle des jeunes issus des S.I.P.F.P.

Les missions principales d'un Institut médico-éducatif sont d'assurer une éducation adaptée et un accompagnement éducatif et médico-social aux enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap.

Les équipes de cet établissement mettent donc en œuvre un accompagnement global tendant à favoriser l'intégration dans les différents domaines de la vie, de la formation générale et professionnelle, l'inclusion dans la société.

Le travail avec l'ensemble des acteurs du territoire est donc une action essentielle pour permettre de coordonner, d'organiser et de mobiliser les moyens nécessaires à l'inclusion socio professionnelle de ces personnes.

Cependant, travailler avec les autres n'est pas inné. Plusieurs obstacles se dressent dans cette démarche pour les différents acteurs des établissements pour mener à bien cette mission. Il s'agit en effet de coordonner les différents acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement et donc de construire un travail coopératif, créer une synergie autour de projets afin de mettre en place un parcours qui réponde au plus juste aux besoins et attentes

des personnes et de leur famille.

Le travail sur l'environnement passe de ce fait pour les institutions médico-sociales par la mise en place d'actions organisées. La coopération est un des éléments indispensables au bon déroulement d'une telle démarche.

On pourrait la définir comme l'action de participer à une œuvre. C'est la capacité de collaborer à une action commune en tenant compte des liens qui se tissent pour la concrétiser. La coopération est donc génératrice « de dépendance et de solidarité vis à vis d'un groupe et complémentaire de l'activité dans le cadre d'une finalité commune »².

Inscrite dans les lois de 1975 concernant le secteur du médico-social, elle est porteuse de plusieurs d'enjeux. Elle met en avant le besoin de plus en plus important des institutions de ne pas rester seules face à la complexité des questions sociales. Aussi, elles se doivent de mutualiser, unir leurs compétences, leurs ressources et leurs efforts. Les institutions se doivent de rendre possible les parcours en répondant aux mieux aux besoins et à la typologie des publics accompagnés, tout en leur garantissant un cadre législatif. Mais aussi, elles prennent en compte les contraintes budgétaires et les réglementations qui composent le secteur du médico-social. La coopération suppose aussi une coordination des actions afin d'être la plus efficace et la plus efficiente.

Aussi, aujourd'hui comment se construisent les parcours et comment s'organisent les structures pour mener à bien leurs missions tout en étant intégrées dans un secteur en pleine mutation et dans un environnement mouvant ? Comment permettre aujourd'hui une continuité des parcours, tout en étant en osmose avec le cadre réglementaire, les besoins et désirs des personnes en situation de handicap et leur famille ?

Mes premières réflexions m'ont amenée à différents questionnements. Educatrice spécialisée en Institut Médico Educatif, j'accompagne des personnes en situation de handicap âgées de 16 à 20 ans. Je suis référente de jeunes adultes qui sont en voie de sortie d'un établissement médico-social. Etant dans une section d'initiation et de première formation professionnelle³, j'interviens auprès de ces personnes pour favoriser leur parcours d'insertion socioprofessionnelle. Au regard de notre cadre législatif, des recommandations des bonnes pratiques professionnelles, des évaluations et de nos interventions, nous sommes en panne de solutions pour certains jeunes qui quittent

² ROBERT Paul, *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Ed. Le Robert, Seconde édition, 1980, Paris.

³ S.I.P.F.P : Section d'initiation et de première formation professionnelle

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

l'établissement en fin de prise en charge. Pour autant, en fin de parcours en I.M.E, ils n'ont pas pu être orientés vers une structure ou un service adulte, dans leur département d'habitation ou dans un département limitrophe.

Pour certains, le choix de ne plus être accompagné par une structure ou un service a été formulé et le relais de la prise en charge se fait au sein de la cellule familiale, via des dispositifs de droit commun ou autre. Pour d'autres, le parcours est comme en suspens, dans la mesure où ils ont une orientation insertion sociale et/ou professionnelle délivrée par la M.D.P.H. Cependant, ils sont dans l'attente d'une place ou d'une prise en charge.

Le problème se situe donc à ce niveau : quel parcours est possible en tenant compte de l'existant (offre de services, partenariat, réseau, ressources du territoire), des besoins, demandes et attentes de l'utilisateur et de sa famille afin d'éviter une rupture dans le parcours et par extension, l'exclusion d'un système ?

Parallèlement, l'utilisateur est acteur entre autre, de son projet. Aussi, quel parcours peut-il espérer et construire si l'environnement n'est pas en mesure de lui donner des réponses adéquates et en lien avec ses aspirations ?

Quel est le rôle des structures et des services du secteur médico-social, dans la construction et la réalisation des parcours ?

Comment les professionnels du secteur déploient-ils leurs compétences et comment travaillent-ils en réseau pour répondre au mieux à ces orientations ?

Quelle collaboration est mise en œuvre sur le territoire pour répondre à ces demandes ?

Et, plus généralement, quelles réponses sont proposées par les politiques publiques pour faciliter la résolution de ce problème de continuité des parcours ?

Ma **question de départ** était la suivante : En quoi l'accompagnement éducatif des jeunes issus des SIPFP des IME, sur des temps de chantier d'approche professionnelle, favorise leur insertion socio- professionnelle ?

Le problème pour moi en ma qualité d'éducatrice spécialisée, était de permettre à ces personnes d'accéder au monde du travail en atelier protégé en étant accompagnées sur des temps de chantier hebdomadaire, et dans la suite logique de leur parcours et de la réalisation de leur projet, d'être recruté. L'action mise en place par ma structure, est-elle suffisante à une insertion professionnelle ?

D'autres questions sont également venues compléter cette première interrogation, à savoir le rôle de l'éducateur spécialisé dans cet accompagnement professionnel. Mais aussi, la

mise en place d'actions spécifiques pour construire un parcours en tenant compte du projet individuel des personnes accompagnées.

- Quel accompagnement est-il nécessaire et possible de faire ?
- Comment accompagner au mieux ces personnes dans leur parcours d'insertion socio- professionnelle ?
- Quelle place occupe l'éducateur spécialisé en accompagnant les jeunes en milieu de travail protégé ?

Afin d'avoir plus de matériau pour poursuivre ma recherche, il m'est apparu évident d'aller étudier d'autres structures pour voir et comprendre comment l'accompagnement de ces jeunes en S.I.P.F.P était réalisé, quel type d'accompagnement et d'actions sont mis en place pour permettre la construction des parcours.

Pour cela, une série d'entretiens exploratoires a été réalisée auprès des directeurs d'IME.

A partir d'une grille, je suis allée recueillir des informations auprès des dirigeants de ces structures sur les modes d'organisation et les différentes pratiques qui ont cours dans les établissements qui reçoivent ce public de S.I.P.F.P et comprendre comment l'organisation qu'ils mettaient en place dans l'accompagnement des parcours des jeunes des SIPFP permettait leur insertion socioprofessionnelle.

Parallèlement à ce premier questionnement, un travail de recherche théorique a été entrepris afin d'éclairer et prendre de la distance pour avoir une vision d'ensemble.

Le travail d'enquête s'est déroulé sur trois périodes et a donné lieu à trois types d'entretiens.

Ce travail de recherche se décompose en deux parties. Dans la première partie nous poserons le contexte de l'étude et les enjeux qui traversent le secteur médico-social.

La seconde partie s'attache à montrer le travail d'enquête qui a été réalisé à partir de la question de recherche et de l'hypothèse et la sous hypothèse de travail. En fin de cette deuxième partie seront proposées les préconisations à travers le filtre des résultats de l'analyse.

PARTIE I

1 LE CONTEXTE DE L'ETUDE

Educatrice spécialisée en IME, j'accompagne des jeunes âgées de 16 à plus de 20 ans dans leur parcours d'insertion socio-professionnelle. La recherche qui est présentée ici s'intéresse au parcours des usagers du secteur du médico-social et plus particulièrement à ceux issus des sections d'initiation et de première formation professionnelle que l'on retrouve dans les Instituts médico-éducatifs.

Dans cette première partie est présenté un diagnostic du secteur médico-social, les enjeux qui en ressortent, les principaux établissements qui le composent, notamment les Instituts médico-éducatifs, les publics et les modes d'organisation des structures. Notre attention est surtout portée sur l'organisation des IME afin d'en comprendre les tensions et les enjeux nouveaux qui les traversent.

2 LE SECTEUR DU MEDICO-SOCIAL

Il semble nécessaire de définir et de circonscrire le secteur du médico-social dans le cadre de notre étude. En effet, ce secteur est à la fois vaste et complexe. Aussi, dans le cadre qui nous préoccupe nous allons le déterminer afin de délimiter l'objet de recherche.

2.1 Présentation

Cette présentation est importante afin de comprendre les conditions dans lesquelles les différents acteurs de l'intervention sociale et médico-sociale s'accordent pour travailler ensemble et une attention particulière est portée sur la manière dont ce secteur évolue.

"Le secteur médico-social est traversé par les grandes évolutions des politiques sociales et s'adaptent à son tour : le partenariat avec les familles, l'ouverture à l'environnement, le développement des alternatives aux institutions à travers les services d'aide à domicile pour les enfants puis d'accompagnement à la vie sociale pour les adultes, la notion de projet individuel (...)"⁴

⁴ - LÖCHEN Valérie, Comprendre les politiques d'action sociale, Editions DUNOD, 2eme édition, p.172-173,

2.2 Historique

Les besoins d'assistance des personnes vulnérables sont jusqu'au 19^{ème} siècle, principalement pris en charge par des pratiques charitables et par la bienfaisance privée, contrôlées et parfois soutenues par les autorités publiques. Historiquement, ce sont les œuvres et les organisations privées à but non lucratif qui ont développé les premières réponses formelles aux besoins de prise en charge des personnes en difficulté sociale, des personnes âgées ou en situation de handicap. Après la Seconde Guerre mondiale, avec la création de la sécurité sociale, le développement de l'offre d'établissements et de services va pouvoir s'appuyer sur les financements provenant de l'aide sociale et de l'assurance maladie. Le secteur social et médico-social commence alors à s'autonomiser entre le sanitaire avec des règles, des établissements de santé et des professionnels réglementés, et le social en construction. Le secteur se développe principalement à partir d'initiatives privées locales. Les projets sont diversifiés et portés localement par des personnes concernées elles-mêmes, leurs familles, des militants, des notables. Ces projets correspondent à des problématiques spécifiques telles que la prise en charge d'enfants ou d'adultes en situation de handicap. L'Etat intervient alors peu directement, à l'exception des établissements pour personnes âgées. Ce sont ainsi des organisations privées à but non lucratif, principalement des associations de type loi 1901, qui sont devenues les premières gestionnaires de services sociaux et médico-sociaux en France. Elles se sont implantées sur le territoire de manière disparate, en fonction des besoins rencontrés⁵.

Sur un plan sémantique, nous sommes passés de la personne invalide à la personne en situation de handicap. On pourrait alors se poser la question de savoir comment ce changement de terme se répercute dans la manière de prendre en compte l'accompagnement des personnes. Mais également comment ce changement de vocable se retrouve dans la façon de mettre en place le parcours. Et, une autre question vient s'ajouter aux deux précédentes, à savoir celle de comment à partir de cette évolution, il est à définir ?

⁵ <http://www.gazette-sante-social.fr>

2.3 Les lois importantes qui ont fait le secteur médico-social

Le secteur social et médico-social est encadré par plusieurs lois. Un des plus importantes dans le développement des établissements et services gérés par les institutions sociales et médico-sociales a été celle du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Cette loi fondatrice a été complétée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en prenant en compte les évolutions majeures des institutions et de leur environnement. La loi 2005-102 crée le cadre juridique d'une politique du handicap en rupture⁶ avec la loi du 30 juin 1975. La loi du 21 juillet 2009 met en avant la notion de nouvelle gouvernance.

« On peut parler de transformations, ou d'évolution, plutôt de nos pratiques au regard des nouvelles lois de 2002, 2005 et 2006 et qui régissent les accompagnements des projets personnalisés, plus en lien avec les enfants concernés où effectivement on donne la parole aux familles, le travail plus en lien avec les familles »⁷.

Pour poursuivre notre contexte d'étude, il est intéressant de donner un aperçu des principales lois qui vont nous être utiles pour la suite de notre recherche. Citons-les précisément :

- La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales,
- La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- La loi du 11 février 2005,
- La loi du 21 juillet 2009 dite loi H.P.S.T.⁸

2.3.1 Les points principaux de la Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

La loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, présentée par Simone Veil, ministre de la santé, est le texte de référence créant la politique publique sur le handicap.

⁶ Selon S. Milano, trois points essentiels de rupture : rupture avec la conception du handicap, rupture avec la conception des prestations, rupture avec la conception des institutions. Cité par M. Loiseau, Lettre de l'enfance et l'adolescence, n°63, 2006, p. 100

⁷ Extrait d'entretien d'un éducateur spécialisé dans le Vaucluse.

⁸ H.P.S.T : Hôpital patient santé territoire

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

En effet, cette loi d'orientation définit clairement 3 droits fondamentaux pour les personnes handicapées, enfants et adultes :

1. Le droit au travail,
2. Le droit à une garantie minimum de ressource par le biais de prestations,
3. le droit à l'intégration scolaire et sociale.⁹

Elle fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics :

- importance de la prévention et du dépistage des handicaps ;
- obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés, en priorité en établissements scolaires ordinaires et si nécessaire, en centres spécifiques d'éducation ;
- accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population,
- maintien chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie ;
- obligation d'emploi d'handicapés semblable aux entreprises pour les administrations d'État, les collectivités locales et les établissements publics.

La loi crée, pour la reconnaissance du handicap des adultes, des commissions départementales spéciales, les COTOREP, commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel.

Elle priorise l'intégration dans l'emploi dans les entreprises ou administrations et organise le fonctionnement d'ateliers protégés et de centres d'aide par le travail pour ceux dont l'insertion en entreprise ordinaire est impossible. Elle traite également de leur garantie de ressources, des allocations et aides sociales.

Elle impose déjà que les bâtiments soient accessibles aux personnes handicapées.¹⁰

⁹ Art.1er.- «La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale. Les familles, l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privés associent leurs interventions pour mettre en œuvre cette obligation en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables. » Site : www.legifrance.gouv.fr

¹⁰ « - Les dispositions architecturales et aménagements des locaux d'habitation et des installations ouvertes au public, notamment les locaux scolaires, universitaires et de formation doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles aux personnes handicapées. Les modalités de mise en œuvre progressive de ce principe sont définies par voie réglementaire dans un délai de six mois à dater de la promulgation de la présente loi. » Site : www.legifrance.gouv.fr

Ainsi, cette loi règle tous les aspects de la vie dans l'objectif d'une intégration maximale des personnes handicapées.

Ainsi, cette loi marque le passage entre la logique d'assistance et la logique de solidarité. En introduisant la notion de handicap, elle met fin aux termes stigmatisant. L'intégration des personnes en situation de handicap devient nécessaire dans la société. Une palette de réponses institutionnelles est mise en œuvre, principalement organisées autour du placement en institution.

Dans l'esprit de la loi telle qu'elle est formulée, nous sommes donc dans une logique de place.

2.3.2 Les points principaux de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

La loi du 2 janvier 2002 bouleverse le cadre de fonctionnement des établissements et des services du secteur : droits des usagers, évaluations interne et externe, outils de pilotage forment les nouvelles dispositions. Elle revisite aussi toutes les procédures organisant le secteur : planification, autorisations de création et formules de coopération.

La loi du 2 janvier 2002 a rénové l'action sociale et précisé la fonction des schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (SROSMS).

Elle a mis en place les projets individuels pour les usagers des établissements médico-sociaux, prenant en compte leurs attentes et leurs besoins.

Elle se base sur 5 orientations :

- Affirmer et promouvoir les droits des usagers
- Diversifier les missions et les offres en adaptant les structures aux besoins.
- Piloter le dispositif : Mieux articuler planification, programmation, allocation de ressources, évaluation.
- Instaurer une coordination entre les différents acteurs.
- Rénover le statut des établissements publics.

Elle a mis en place 7 outils dans le cadre de la première orientation en établissement :

- Le livret d'accueil,
- La charte des droits et libertés,
- Le contrat de séjour,
- Un conciliateur ou médiateur,
- Le règlement de fonctionnement de l'établissement,
- Le projet d'établissement ou de service,

- Le conseil de la vie sociale.

Elle a favorisé la création de nouveaux types d'établissements/services ainsi que de projets expérimentaux.

Elle a rendu obligatoire l'auto-évaluation pour les établissements (avec communication tous les 5 ans) et l'évaluation externe tous les 7 ans par un organisme habilité.

Ces lois ont façonné progressivement le périmètre, les missions, l'organisation et le fonctionnement : aujourd'hui le secteur regroupe près de 35 000 établissements et services. Il est structuré en tuyau d'orgue par des populations bien définies avec pour réponse des établissements et des services spécifiquement dédiés.

2.3.3 Les points principaux de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

La loi du 11 février 2005 vient compléter ces deux lois et ouvrir sur d'autres dimensions telles la compensation, la scolarité, l'emploi, l'accessibilité, ou encore les Maisons départementales des personnes handicapées.

En effet, la loi du 11 février 2005 apporte des évolutions pour répondre aux attentes des personnes handicapées¹¹.

Le handicap est ainsi défini : Art.L.114 : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »¹²

On citera les points principaux de cette loi :

- La loi met en œuvre le principe nouveau *du droit à compensation* des conséquences du handicap. quels que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie de la personne.
- La reconnaissance

¹¹ « Aspects essentiels de la loi du 11 février 2005, dite loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », *Reliance* 4/2006 (n° 22), p. 81-85

¹² Loi 2005-102 du 11 février 2005

- Le droit d'inscrire à l'école tout enfant qui présente un handicap constitue une des évolutions fondamentales de la loi. Celle-ci reconnaît la responsabilité de l'Éducation nationale à l'égard de tous les enfants et adolescents.
- La loi handicap affirme le *principe de non-discrimination* et donne la *priorité au travail en milieu ordinaire* en misant sur l'incitation des employeurs. Le dispositif de sanction est renforcé et étendu aux employeurs publics.
- L'accessibilité est une condition primordiale pour permettre à tous d'exercer les actes de la vie quotidienne et de participer à la vie sociale. Aussi la loi prévoit-elle le *principe d'accessibilité généralisée*, quel que soit le handicap, physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif, polyhandicap.
- La loi instaure le principe d'un *lieu unique* destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées. *Dans chaque département*, une Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est créée et offre un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées. La Maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil pour les personnes handicapées et leurs familles.

Au regard de la loi de 1975, la rupture est désormais établie. Depuis cette loi, la France conduit une politique spécifique en direction des personnes handicapées, « celle-ci doit désormais tenir compte de l'évolution du concept de handicap, des autres politiques conduites dans le champ social, médico-social ou sanitaire et des dispositifs de droit commun. Elle doit aussi s'adapter aux demandes des personnes handicapées elles-mêmes, de bénéficier de plus de souplesse et de possibilités de choix de vie et d'inclusion réelle dans la société »¹³.

Cependant, si les modalités de prise en charge et les droits sont définies, les besoins réels des personnes ne sont pas exprimés. Le raisonnement se fait en termes de place et non en termes de besoins et donc de projet de la personne. La loi du 11 février 2005 vient corriger cela en proposant la notion de projet de vie. La notion de parcours y est en germe. En effet, la notion de projet de vie, présente un avantage supplémentaire comme le souligne Marcel

¹³ DIDIER-COURBIN Philippe, GILBERT Pascale, « Éléments d'information sur la législation des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005 », La Documentation française, Revue française des affaires sociales, 2005/2, p.207 à 227.

JAEGER, elle renforce l'idée d'une continuité dans les parcours des individus¹⁴.

Pour la première fois une définition du handicap y est donné et cette définition invite désormais à penser la place des individus au regard de son environnement. Ce n'est plus à la personne de s'adapter à son environnement, mais à l'environnement d'être accessible à tous et de permettre ainsi l'inclusion. « Ce concept d'influence anglo-saxonne, nous invite à penser qu'un environnement doit pouvoir permettre à chacun d'y trouver sa place, de participer aux activités choisies sans contraintes supplémentaires ou privatives liée au handicap »¹⁵.

La loi du 11 février 2005 est donc en rupture avec la loi du 30 juin 1975.

A ces lois, vient s'ajouter la loi Hôpital, patient, santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009 qui vient donner une nouvelle gouvernance au secteur du médico-social.

2.3.4 Les points principaux de la loi n° 2009-879, du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Nous en retiendrons les axes principaux importants pour le secteur social et médico-social.

- La loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire », a supprimé le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) qui était chargé à la fois d'évaluer les besoins sociaux de la région et de donner un avis sur les projets de création.
- Elle crée des agences régionales de santé (ARS) qui sont chargées de réguler, soit seules, soit conjointement avec les présidents de conseils généraux, les établissements et services médico-sociaux financés totalement ou partiellement par l'assurance maladie ainsi que les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

¹⁴ JAEGER Marcel, « Quand le législateur découvre la notion de projet de vie », Informations sociales, 2009/6, n°156, p.142.

¹⁵ POULARD Sophie, « Dynamiser la coopération interservices pour favoriser l'employabilité des personnes en situation de handicap psychique », mémoire de CAFDES, 2012, p.5.

- La loi HPST modifie par ailleurs assez profondément la régulation de tout le secteur social et médico-social par exemple en introduisant une procédure d'appel à projet quasi-systématique pour la création, la transformation ou l'extension des établissements, services sociaux et médico-sociaux et lieux de vie et d'accueil.

Le champ des établissements sociaux et médico-sociaux est complexe. En effet, ce sont plus de 30000 structures pour environ 2,4 millions de places. Les organismes gestionnaires y sont nombreux (publics, associatifs, commerciaux). La nomenclature est vaste et diversifiée avec des catégories d'établissements et de services en milieu ouvert. Il y a de multiples tarifications et les sources de financements sont nombreuses (budget d'Etat, de l'assurance maladie et de la CNSA). La gouvernance peut être régionale, départementale et les outils de pilotages sont importants : PRS, SROMS, PRIAC, SDOMS, appels à projet, CPOM.

Les gestionnaires d'établissement et les professionnels ont du mal eux-mêmes à l'appréhender dans son intégralité. Ce champ comprend ainsi des fragmentations. Ces dernières peuvent représenter autant d'obstacles à la fluidité des parcours et à la continuité des accompagnements. Le secteur médico-social est un secteur dynamique mais en perspective de progrès et d'adaptations régulières aux personnes les plus vulnérables.

Afin d'éclairer notre propos, nous allons précisément donner une vision plus approfondie de ce que représente la notion d'établissement.

3 LA NOTION D'ETABLISSEMENT

3.1 L'établissement

L'établissement spécialisé, auparavant ségréatif, s'est mué en structure ouverte et aux modalités d'accueil plurielles. De nos jours, « un établissement ou un service, [...], ne peut fonctionner indépendamment de son environnement local, national ou international, qu'il s'agisse de l'appréciation des besoins des bénéficiaires, de l'évolution législative et administrative, de la conjoncture économique et politique, de la circulation des personnels, des techniques et des recherches ou des modalités de réponses et d'organisation. »¹⁶

¹⁶. LOUBAT J.R, « Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale », Ed. Dunod, Paris, 1ere édition, 2012, p. 15

Repenser l'institution, c'est repenser l'organisation de l'institution, l'organisation donc du travail¹⁷.

Les établissements sociaux et médico-sociaux, « ces héritiers des congrégations, des paroisses, des mouvements de jeunesse et des maisons du peuple se sont vus confrontés à la logique économique et à sa rationalité »¹⁸.

De ce lourd héritage, comment dès lors, les bénéficiaires, pourront-ils profiter de ce changement, afin de trouver une place, leur place et être inclus dans une société qui doit favoriser la participation et être garante de la promotion sociale ?

A cette première question, une deuxième vient la compléter : Comment le parcours des jeunes issus des SIPFP et des ESMS se construit et quelles sont les perspectives d'avenir dans une société où l'inclusion reste une des premières étapes pour le vivre ensemble ?

Le changement de vocable, comme nous le citons auparavant, de l'invalidé à la personne en situation de handicap, amène à se poser la question suivante : comment construire un parcours en tenant compte, dès lors, de cette évolution ?

(...) « C'était que les jeunes sortant d'IME, ayant envie de travailler mais ne sachant pas très bien quel travail ils allaient choisir, est-ce qu'ils allaient pouvoir après se débrouiller dans la vie pour leur quotidien et notamment leur vie sociale ? Donc, c'était un moyen d'être en contact avec le monde des adultes pour un peu se préparer à cette nouvelle vie pour eux »¹⁹.

Nous parlons d'Institut Médico-éducatif qui sont compris dans la nomenclature des établissements et services du médico-social. L'établissement pose alors la question de ce terme d'institution. Il paraît nécessaire d'en donner une définition.

3.2 L'institution

Précisément, penchons-nous sur ce terme d'institution. Pour F. Dubet "étendue au sens large, la notion d'institution désigne parfois la plupart des faits sociaux dès lors qu'ils sont organisés, qu'ils se transmettent d'une génération à l'autre et qu'ils s'imposent aux individus".²⁰ Plus loin dans son propos, F. Dubet parle d'organisation au sens sociologique. Pour M. Weber, l'institution est définie comme une association et comme un groupement comportant des règlements établis rationnellement.

¹⁷Extrait d'un entretien d'un éducateur spécialisé en IME dans le Vaucluse.

¹⁸ Op. Cité, p. 50

¹⁹Extrait d'un entretien d'un éducateur spécialisé en IME dans le Vaucluse.

²⁰DUBET F, le déclin de l'institution, édition Seul, 2002, p.21.22

Cependant, on ne doit pas confondre institution et organisation, car si la plupart des institutions peuvent être organisées, il ne va pas de soi que toutes les organisations sont des institutions.²¹ Mais à ce terme d'institution le mot programme est accolé pour en donner une définition plus précise. L'institution se comprend comme un système d'organisation, ce qui fait référence à un établissement, un système organisé et légiféré. Il permet ainsi le lien social et les relations sociales. « Il facilite le rééquilibrage des désavantages et la compensation du handicap. L'institut dispense des accompagnements sur le plan psychique, physique et social grâce aux interventions pluridisciplinaires »²².

Ainsi, pour F. Dubet, il désigne un type particulier de socialisation, une forme spécifique du travail sur autrui.²³ Il y développe la thèse selon laquelle l'institution est entrée dans un processus de déclin irréversible et met en avant comment faire pour faire face à ce déclin inévitable.

Ce déclin pourrait être attribué à plusieurs sources : montée de l'individualisme, crises du modèle des sociétés, impossibilité de trouver des modèles qui rassemblent, crise des vocations... à travers ce déclin, l'institution est interrogée dans son fondement même.

Les établissements sociaux ou médico-sociaux entreraient dans ce déclin. On parle alors de désinstitutionalisation et comme le souligne F. Loubat " la désinstitutionalisation, qui est aujourd'hui promue sur la scène sociale et médico-sociale, correspond à un profond changement de perspective. A une culture des murs et une logique d'établissement [...] qui s'exprimaient notamment par l'équation : une personne égale une place égale, une structure se substitue une culture de la personne et une logique de service personnalisé, qui s'expriment en termes de projet personnel et de parcours personnalisé de promotion."²⁴

La notion de désinstitutionalisation vient alors impacté les structures et met en avant un changement de perspective. D'une logique de place nous serions passés à une logique de parcours.

²¹⁻²⁴ Op. Cité, pp.23-24

²² , PETITE Laure - Mémoire DEIS, «Nouvelles interventions sociales en établissements médico-sociaux : Quels leviers pour les IME ?» p.61

²⁴ LOUBAT J. R., ASH n°2847 du 14/02/2014

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement :Les IME en (-) quête de réorganisation

Entrons plus en détail en faisant un focus sur ce terme.

3.3 La désinstitutionnalisation

Nous pourrions définir ce terme de désinstitutionnalisation comme un processus visant à aider les personnes à gagner ou reconquérir le contrôle de leur vie comme des citoyens à part entière. Le terme d'empowerment pourrait être mis en parallèle à la désinstitutionnalisation. C'est privilégier la vie au sein de la communauté des personnes vulnérables.

Roland Janvier précise que la désinstitutionnalisation prend historiquement racine, en Europe mais aussi sur le continent américain, dans la volonté de mettre un terme à la chronicisation des maladies psychiatriques. Fondée sur le respect des droits des personnes et la perspective de permettre à chacun de prendre en main son destin (*empowerment*), la désinstitutionnalisation a permis la sortie des patients de l'hôpital ou de l'asile. Etendue à la problématique du handicap, la désinstitutionnalisation affirme le droit de tous à vivre dignement, avec les autres, dans la société.²⁵

Cependant, pour la F.E.P.H, La désinstitutionnalisation n'est pas sortir les personnes des constructions appelées institutions. Il s'agit plutôt d'un processus visant à aider les personnes à gagner ou reconquérir le contrôle de leur vie comme des citoyens à part entière.²⁶

Comme le souligne R. Janvier nous ne pouvons réduire nos analyses de la désinstitutionnalisation à une dénonciation pure et simple de ce mouvement.²⁷

L'institution ne revêt pas les mêmes caractéristiques d'une nation à une autre. Aussi, ce terme de désinstitutionnalisation est à considérer sous l'angle des politiques des différents pays.

En Europe du Nord, l'usager est assimilé à un client et le système repose, à des degrés plus ou moins aboutis, sur la solvabilisation du consommateur de services adaptés. "Cette

²⁵ et ²⁷ « Désinstitutionnalisation danger ou opportunité », Roland Janvier, blog sur le travail social

²⁸ Le FEPH a été créé en 1996 par ses organisations membres afin de représenter les intérêts et défendre les droits de 65 millions de personnes handicapées dans l'Union Européenne. Le FEPH est une organisation non gouvernementale européenne, indépendante, sans affiliation politique ni religieuse. C'est avant tout une plateforme européenne démocratique qui croit fermement qu'une société dans laquelle les personnes handicapées sont totalement intégrées, est une société meilleure pour tous.

philosophie s'accompagne d'une décentralisation poussée des politiques du handicap vers les municipalités et d'une approche libérale de l'accompagnement."²⁸

Certains pays comme la Suède et la Norvège, ont engagé une politique radicale de fermeture des établissements spécialisés (du fait de la grande taille des établissements et des scandales de maltraitance qui ont eu lieu). Par ce mouvement, au Danemark, le terme même d'institution a été supprimé. Dans d'autres pays de l'Europe, le modèle de la désinstitutionnalisation a pris d'autres formes : les grands établissements ont disparu, une partie de leur population est accueillie dans une constellation de petites unités inscrites dans un réseau sanitaire et social.

En France, ce mouvement est-il envisageable ? Certaines structures se positionnent et innovent en proposant des accueils différents. L'institution n'est-elle pas à la fois trop protectrice car, « elle ne donne pas forcément l'envie d'affronter la réalité » et « structurante » car elle crée du lien.

3.4 Les effets sur le secteur médico-social

La désinstitutionnalisation a démarré en France à partir des années 60 en psychiatrie. Elle est un « ensemble de mesures visant à supprimer les grandes institutions asilaires fermées du passé (...) au profit d'institutions alternatives légères, intracommunautaires, associées à de petites unités hospitalières largement ouvertes, et de soins ambulatoires en centre médico-psychologique ou à domicile »²⁹.

Elle s'amplifie aujourd'hui sous l'effet conjugué de plusieurs facteurs :

- les mouvements d'empowerment³⁰ faisant de l'utilisateur un acteur à part entière auquel l'institution s'adapte et répond en proposant un parcours personnalisé,
- les logiques de réseaux qui s'entremêlent (territoires, bassins d'emploi, reconfiguration des collectivités...)
- les évolutions des politiques publiques (directives européennes pour l'inclusion), les contraintes de la commande publique et les restrictions budgétaires. Cependant pour B. Jouve, « l'empowerment repose précisément sur ces modèles de régulation alternatifs qui ne passent ni par le marché, ni par l'État, mais reposent davantage sur des rapports de

²⁸ Article ASH n°2823, septembre 2013 p.26- 27

²⁹ [Http://www.psychologies.com](http://www.psychologies.com),

³⁰ « Processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper ». JOUVE B., « Politique publique et empowerment l'exception française », Economie et Humanisme, n°379, décembre 2006, pp 99-101

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

solidarité entre les acteurs sociaux qui se fondent sur des identités collectives liées au sentiment d'appartenance à un territoire donné, sur des processus de socialisation particuliers... »³¹.

La désinstitutionnalisation doit-elle alors être vue comme « un danger ou bien une opportunité ? », pour reprendre les termes de R. Janvier.

Pour M. Chauvière, l'institution est un lieu où l'on fait vivre la prise en charge et le soin. Elle n'est alors pas un danger mais si elle devient "progressivement une organisation rationnelle pensée et gérée comme une entreprise",³² on peut alors s'interroger sur son opportunité ou son opportunisme [...] « Le modèle institutionnel n'a pas volé en éclats, il se recentre sur les personnes qui nécessitent un accompagnement lourd ».³³ L'idée de désenclaver les accompagnements semblent être une alternative et gagner du terrain.

« La question c'est peut-être de se la poser à l'envers. Est-ce que la politique sera de maintenir les IME en l'état de leur fonctionnement actuel, j'en suis pas certain, je n'ai pas la réponse à l'heure actuelle mais j'en suis pas certain et on se dirige plutôt vers des prises en charge extra muros c'est-à-dire à domicile avec peut être un accompagnement éducatif mais qui sera plus centralisé par les services de l'ASE, on pourrait imaginer ce genre de schéma, bon ça reste une hypothèse »³⁴.

L'opportunité que représente la désinstitutionnalisation implique "d'ouvrir des voies stratégiques qui permettent, dans un contexte de remise en cause de l'institution, de refonder l'utilité, la pertinence, de modèles organisationnels renouvelés et adaptés aux défis d'aujourd'hui".³⁵

« On reste dans le champ d'un IME mais au regard des politiques sociales, on sait très bien qu'un IME coûte très cher, beaucoup d'argent, ça reste quand même une question qui ne devrait pas forcément apparaître mais qui est sous-jacente, les coûts font que les établissements sont obligés de se diversifier et on se dirigera certainement vers des prises en charge extérieures qui coûteront moins cher à la société. C'est peut être une vision utopiste, quelque part c'est une question qui mérite d'être réfléchi »³⁶.

Pour R. Janvier, deux catégories de défis se posent aujourd'hui : ceux qui menacent l'avenir

³¹ « Processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper ». JOUVE B., « Politique publique et empowerment l'exception française », Economie et Humanisme, n°379, décembre 2006, pp 99-101

³² CHAUVIERE M., « La désinstitutionnalisation », Cahier du GEPSO n°127, 2014, p.10

³³ Article ASH n°2823, septembre 2013 p.25

³⁴ Extrait d'entretien d'un éducateur spécialisé, série des entretiens la question de recherche.

³⁵ Extrait d'entretien, d'un éducateur spécialisé, série des entretiens la question de recherche

³⁶ Ibid.

d'une action sociale en France, ceux qui mettent les institutions en demeure de répondre aux besoins.

« Elles se nomment rentabilité, marchandisation, instrumentalisation (...) Les besoins à prendre en compte sont : la contribution à une société de solidarité et de la pluralité, la mobilisation d'un savoir-faire ensemble et une co-construction et la mise en œuvre de fonctionnements démocratiques internes (...). Il faut désinstitutionnaliser les institutions de l'action sociale pour les réinstitutionnaliser sur de nouvelles bases où l'instituant est le mouvement social qui confronte les compétences des usagers à celles des professionnels et où l'institué ouvre de véritables perspectives coopératives et démocratiques. Pour cela ce sont les notions de réseau et de polyvalence qui doivent être mobilisées."³⁷

« C'est comment les intégrer et comment les accompagner. Donc c'est un peu une question de disponibilité, de se réorganiser dans la façon dont on accompagne les gens»³⁸.

Les établissements, malgré ce mouvement de désinstitutionnalisation qui les traversent depuis de nombreuses années, des services ouverts tels que les SESSAD, les SAVS et autres, en sont l'exemple, ont des cadre de référence en matière de pilotage. Ce sont les outils de pilotage.

4 LES OUTILS DE PILOTAGE

Afin de poursuivre notre étude, il paraît nécessaire de donner quelques points de repères concernant le mode de fonctionnement du secteur médico-social, à savoir notamment les outils de pilotage qu'utilisent les politiques publiques dans ce secteur.

4.1 Le plan régional de santé

Le plan régional de santé est instauré par la loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, le patient, la santé et le territoire. Il s'étend sur une période de 5 ans. Le Projet régional de santé couvre le champ de la santé dans une approche globale : soins en ville, à l'hôpital, services de prévention, santé publique, services à domicile, soins et accompagnements en maisons de retraite médicalisées et en établissements accueillant des personnes

⁻³⁷ JANVIER R., « Désinstitutionnalisation : danger ou opportunité », Conférence donnée dans le cadre des rendez-vous régionaux du travail social de Bretagne à l'AFPE – St Brieuc – le 3 mai 2012

³⁸ Extrait d'entretien d'un éducateur spécialisé dans le Vaucluse.

handicapées.

Il définit, à travers le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), les grandes orientations de la Politique de Santé que l'ARS met en place pour répondre à son ambition d'améliorer la santé de la population d'un territoire. Il constitue le cadre de l'action de tous les acteurs de la santé.³⁹ Le prochain projet régional de santé se présentera sous la forme d'un document composé de trois parties correspondant aux aspects stratégiques, organisationnels et opérationnels de la politique de santé. Il définira, organisera et programmera la mise en œuvre des priorités de santé de la région⁴⁰.

Les établissements et services du secteur médico-social déclinent leurs interventions au travers du Plan régional de santé. C'est la loi de modernisation du système de santé, publiée le 26 janvier 2016, qui fixe le nouveau cadre du Projet régional de santé.

« Un schéma unique d'organisation des services de santé et médico-sociaux, le schéma régional de santé, remplace les trois schémas sectoriels préexistants (schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins, schéma régional d'organisation médico-sociale). Ce schéma unique nous invite à nous projeter dans une approche globale de la santé. Il engage tous les acteurs de santé à développer davantage la transversalité entre les secteurs de la prévention, du sanitaire et du médico-social, et la coordination avec les autres politiques publiques. Ce décloisonnement repose sur notre capacité collective à faire émerger de nouvelles modalités de prises en charge et des modes de travail collaboratifs »⁴¹.

Pour rappel nous proposons un aperçu de la loi du 24 janvier 2016 dite loi n° 2016-41 de modernisation du système de santé (LMSS) et le décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

Ce décret est pris en application de l'article 74 de la loi n° 2016-41 du 24 janvier 2016, il précise les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes et notamment les modalités de mise en place de la plate-forme territoriale

³⁹ Les personnels de l'ARS, les professionnels de santé en établissements (centres hospitaliers et structures médico-sociales), les professionnels de santé en ville (cabinet médical, maisons et centres de santé), les directeurs d'établissements, les opérateurs de prévention et de santé publique, les usagers, les élus locaux, les représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale.

⁴⁰ Il est à noter que le schéma régional de santé remplacera les trois schémas sectoriels préexistants (schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins, schéma régional d'organisation médico-sociale).

⁴¹ Projet régional de santé, PRS2/2018, p.2

d'appui.

La loi n° 2016-41 dite loi de modernisation du système de santé (L.M.S.S)

Cette loi est organisée autour de 4 volets :

- Renforcer la prévention et la promotion de la santé
- Faciliter au quotidien les parcours de santé
- Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé
- Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire

Nous retiendrons que dans le 3^{ème} volet concernant l'innovation, on y trouve l'instauration d'un service territorial de santé au public. Ce service facilitera la structuration de l'offre de santé et concernera au moins cinq domaines : les soins de proximité, la permanence des soins, la prévention, la santé mentale et l'accès aux soins des personnes handicapées.

Le décret n°2016-919 du 4 juillet 2016

Dans la section 2 du décret, nous nous sommes intéressés tout particulièrement à l'article 1. Dans celui-ci, il est énoncé la création des plateformes territoriales d'appui. En effet, la loi le mentionne ainsi : « Pour mettre en œuvre les fonctions d'appui, l'agence régionale de santé peut constituer une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui, sur la base des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux »⁴². Les bénéficiaires de ces plateformes territoriales d'appui sont définies de la sorte : « La plate-forme territoriale d'appui vient en soutien à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe. Le médecin traitant, ou un médecin en lien avec ce dernier, déclenche le recours à la plate-forme. Si un autre professionnel que le médecin traitant souhaite déclencher le recours à la plate-forme, le médecin traitant est systématiquement contacté par le professionnel requérant, ou à défaut par la plate-forme, afin de valider le déclenchement. Le patient est informé du recours à la plate-forme conformément à l'article L. 1110-12 du code de la santé publique afin qu'il puisse exercer son droit d'opposition.

La plate-forme propose un service polyvalent aux professionnels, pour les missions définies à l'article D. 6327-1⁴³, afin de leur offrir une réponse globale quel que soit l'âge, la

⁴² www.legifrance.gouv.fr

⁴³ L'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes comprend trois types de missions :

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

pathologie ou le handicap du patient »⁴⁴.

La constitution de ces plateformes est énoncée dans l'article D6327-5 du décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 à l'article 1⁴⁵.

4.2 Présentation du S.R.O.M.S et S.D.O.M.S :

4.2.1 Le S.R.O.M.S

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) prend place au sein d'une politique de santé profondément renouvelée par la loi HPST. Cette politique de santé intègre désormais non seulement les soins mais aussi la prévention et la prise en charge médico-sociale. Le schéma régional de santé recouvre, en tout ou partie, plusieurs des 5 axes stratégiques définis au niveau national, en concordance avec les objectifs de la politique de santé pour les 5 années à venir.⁴⁶

Dans notre étude, nous nous intéresserons essentiellement à la partie qui nous concerne à savoir celle du handicap.

Il a pour objectif d'agir sur l'organisation médico-sociale de toute une région pour une

1° L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;

2° L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.

Cette mission comprend :

a) L'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations ;

b) L'appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle ;

c) La planification de la prise en charge, le suivi et la programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et sorties des établissements, en veillant à favoriser le maintien à domicile ;

d) L'appui à la coordination des interventions autour du patient ;

3° Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Cette mission comprend notamment la diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, l'aide à l'élaboration et la diffusion de protocoles pluri-professionnels.

⁴⁴www.legifrance.gouv.fr

⁴⁵ La plate-forme territoriale d'appui est constituée à partir des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Dans ce cadre, une priorité est donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville visant un retour et un maintien à domicile et, lorsqu'elles existent, des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé. Ces acteurs élaborent le projet de plate-forme mentionné à l'article D. 6327-6, désignent l'opérateur en charge de la mise en œuvre des missions décrites à l'article D. 6327-1 et assurent le suivi des actions. A défaut d'initiatives des acteurs du système de santé, l'agence régionale de santé peut les réunir pour définir les modalités d'élaboration du projet de la plate-forme et, le cas échéant, désigne l'opérateur.

⁴⁶ Handicap et vieillissement, périnatalité et petite enfance, maladies chroniques, santé mentale (incluant souffrance psychique et addictions), veille et sécurité sanitaire

réelle amélioration de la qualité de vie d'une population diversifiée, en lui apportant des réponses adaptées, et cela tout au long de son parcours en privilégiant les prises en charge en milieu ordinaire.

Ses leviers d'action sont multiples dont certains sont maîtrisés en « propre » par les A.R.S et d'autres partagés avec les conseils départementaux ou d'autres acteurs des politiques publiques de l'Etat (logement, éducation, emploi, par exemple...).

Le SROMS s'inscrit dans un secteur médico-social en mutation, avec des outils nouveaux, tant juridiques - l'appel à projet - que financiers - convergence tarifaire, réforme de la tarification des EHPAD et des SSIAD, enveloppes anticipées – et d'autres chantiers tels que : l'évolution de la tarification des établissements pour personnes handicapées⁴⁷, financement de la dépendance, modernisation du secteur du travail protégé...

A travers le SROMS, on voit la volonté d'une meilleure organisation et la prise en compte des nouvelles aspirations de vie de la population. C'est aussi un instrument de poursuite du développement des établissements et services, au travers des plans nationaux (plan solidarité grand âge, plan Alzheimer, plan autisme, plan de prise en charge et de prévention des addictions, le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares, le programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées). Le SROMS présente par conséquent des enjeux forts en termes de réorganisation de l'offre à des fins :

- De meilleures connaissances du besoin ;
- D'optimisation des interventions des établissements et services médico-sociaux ;
- De développement équilibré et intégré des différents établissements et services médico-sociaux ;
- De réponses aux besoins régionaux.

En effet, ce schéma, en privilégiant la réduction significative de ces inégalités, contribue à la cohésion sociale d'une région. Notamment dans un domaine où les inégalités sociales, territoriales ou économiques augmentent les formes de vulnérabilité et de handicap.

⁴⁷ SERAFIN PH

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

L'utilisation plus rationnelle des services, permet ainsi l'amélioration de la qualité de vie pour toutes les personnes. Et cela a un impact sur le corps social tout entier.

On pourrait parler de recherche d'une efficience dans ce secteur dans la mesure où il est porteur d'enjeux économiques. Les actions de réorganisation et de mutualisation de l'offre de services dans le cadre de ce schéma sont alors à favoriser par les ARS.

Enfin, le SROMS doit pouvoir garantir l'accessibilité des personnes à des prestations de services de qualité et le libre choix de vie des personnes par un meilleur soutien à la vie à domicile, un accompagnement individualisé et la prise en considération du parcours de vie dans toutes ses dimensions.

Le SROMS est une composante du PRS. Il définit l'ensemble des objectifs opérationnels permettant d'atteindre, dans l'organisation des services et des établissements médico-sociaux, les objectifs généraux et spécifiques du PSRS. Concernant la région PACA, territoire de notre étude, ces objectifs opérationnels portent sur le domaine stratégique « personnes en situation de handicap et personnes âgées » et s'inscrivent en déclinaison d'objectifs généraux.⁴⁸

Le SROMS se définit au regard des schémas départementaux (art R1434-6 CSP et R1434-12 CSP). Il répond aux besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux (Art R1434-6 CSP) et les schémas départementaux à des besoins sociaux en population générale. Ils ont donc vocation à s'inscrire en complémentarité afin de

⁴⁸ : Améliorer la connaissance pour mieux cibler et mieux évaluer les actions, réduire les inégalités de santé, rendre effectif le droit à la santé et à l'autonomie, mettre en place un parcours coordonné de santé et d'accompagnement, en respectant le libre choix des personnes, améliorer la qualité de l'offre de santé.

Les objectifs du SROMS s'inscrivent en transversalité avec les objectifs du Schéma de l'Organisation des Soins ou encore du Schéma Régional de Prévention. En cela il contribue largement aux domaines des « maladies chroniques », souvent génératrices de handicap, de la « périnatalité et la petite enfance » avec le dépistage et la prise en charge précoces du handicap, et de « la santé mentale », avec la reconnaissance du handicap psychique et des besoins de prise en charge qui en découlent. Le SROMS fixe également des objectifs opérationnels impactant les activités médico-sociales en matière d'efficience du système de santé en transversalité avec les autres schémas.

Ces complémentarités se retrouvent notamment dans :

L'atteinte de l'objectif de promotion de l'autonomie des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie et les principales orientations développées en 2002 et 2005 : accès à l'autonomie, adaptation de l'offre aux besoins, diversification des modes d'accueil, réponse au vieillissement, respect du droit à l'éducation ; L'identification des besoins ; L'exigence d'accessibilité et de proximité qui impose que la dimension territoriale soit prise en compte. Bien que les découpages territoriaux ne soient pas superposables, ils s'inscrivent dans une logique territoriale comparable ; Les fonctions d'accompagnement médico-social sur les lieux de vie, d'accueil médico-social et d'activité de jour, d'hébergement médico-social.

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

garantir la fluidité du parcours de soins dans le parcours de vie.

4.2.2 Le S.D.O.M.S

L'échelle départementale est également devenue le lieu de l'élaboration des Schémas Départementaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SDOSMS), qui constituent le « socle » de la planification, les Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement de la Perte d'Autonomie (PRIAC) au niveau régional s'adaptant aux évolutions de ces schémas départementaux.

Depuis les premières lois de décentralisation, les Départements se sont vus confier des compétences croissantes en matière sociale et dans les politiques en faveur des personnes âgées. La décentralisation a été plus tardive dans le champ du handicap, où la compétence reste encore davantage partagée avec l'Etat⁴⁹.

Dans le domaine du handicap, la Maison Départementale des Personnes Handicapées - MDPH - est confiée au Département.

4.3 Le PRIAC⁵⁰

Le PRIAC a vocation à programmer les actions et financements permettant la mise en œuvre de l'ensemble des objectifs du PRS qui sont déclinés opérationnellement dans le SROMS et qui concernent l'offre médico-sociale et les prestations délivrées auprès des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. En référence aux articles L1434 du code de la santé publique et L 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles, le PRIAC constitue un des programmes obligatoires du Plan régional de santé.

Il est établi par le DGARS⁵¹ après consultation de la commission de coordination des politiques publiques compétente dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, du Préfet de région et des collectivités territoriales.

Il constitue l'outil de programmation financière et opérationnelle dans le cycle planification – autorisation et financement. Il dresse au niveau régional les priorités de

⁴⁹ Ils sont responsables depuis 2005 du versement de la Prestation de Compensation du Handicap – PCH.

⁵⁰ Programme interdépartemental des handicaps et de la perte d'autonomie

⁵¹ Directeur général de l'agence régionale de santé

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services. Toutefois, il garde une dimension interdépartementale dans la mesure où il concerne pour partie des prestations qui relèvent du champ de compétence partagée avec les conseils départementaux.

4.4 Le C.P.O.M⁵²

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est le contrat par lequel un organisme gestionnaire d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux s'engage auprès d'une autorité de tarification sur une période pluriannuelle pour (en fonction des objectifs d'activité poursuivis par ses établissements) bénéficier d'allocations budgétaires correspondantes.

La contractualisation dans les politiques publiques traduit un changement opérationnel au niveau de l'état : passage d'un système de "tutelle" à une politique plus entrepreneuriale et managériale du contrat⁵³. L'État contractualise systématiquement avec l'ensemble des établissements publics, y compris les ARS.

A travers ce type de contrat sont recherchées la rationalité et la performance notamment par l'amélioration de la qualité, la rationalisation des décisions, la traçabilité des actions et l'évaluation des résultats. Ainsi, la dimension prospective du projet d'établissement a tout son sens et suppose une anticipation à moyen terme lors de son élaboration.

Le CPOM s'inscrit dans ce développement des politiques publiques vers la contractualisation⁵⁴.

La loi HSPT⁵⁵ a instauré depuis 2009 cette pratique obligatoire pour les établissements d'une certaine taille. Les CPOM s'inscrivent dans un contexte d'incitation politique forte à la « recomposition » du secteur. En effet, le secteur compte plus de 30000 interlocuteurs

⁵² Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

⁵³ Ce changement a débuté dans les années 60 avec les contrats de programme et les contrats d'entreprise. Il s'est poursuivi dans les années 80 avec les contrats de plan conclus entre l'État et les régions, puis entre l'État et les entreprises publiques.

Le CPOM est un accord limité dans le temps entre deux porteurs de projets dont les intérêts sont liés. Il s'agit d'élaborer ensemble un "scénario du futur" et de s'assurer des conditions d'un management qui concilie le respect des politiques publiques (déclinaison opérationnelle des schémas), les intérêts des institutions et ceux des personnes accompagnées. Le contrat est avant tout pour les pouvoirs publics un outil de régulation des dispositifs avant d'être une contractualisation interne ou budgétaire.

⁵⁴ La loi de 1975 privilégiait la démarche de « convention ». C'est la loi du 2 janvier 2002 qui introduit la pluri annualité budgétaire pour les structures sociales et médico-sociales. Par la suite, le décret budgétaire et tarifaire du 22 octobre 2003 a donné la possibilité à une structure de signer un CPOM avec son autorité de tarification pour une durée de cinq ans maximum. L'ordonnance dite de « simplification du droit » du 1er décembre 2005 a confirmé cette pluri annualité et l'a élargie à plusieurs institutions gérées par un même organisme et dépendant de la même autorité de tarification.

⁵⁵ HPST : Hôpital, patient, santé, territoire.

budgétaires (gestionnaires d'établissements) et la finalité étant la maîtrise des dépenses budgétaires.

La périodicité du CPOM fait référence dans le secteur, avec les schémas et les P.R.I.A.C

Cela peut permettre de renouveler la dynamique interne de la structure gestionnaire.

C'est un outil de planification performant puisqu'il dessine des perspectives de développement dans les 5 années à venir. La procédure budgétaire offre une plus grande souplesse de gestion et de marge de manœuvre.

Le CPOM s'inscrit dans un contexte de mutations et de réformes invitant le secteur à se restructurer⁵⁶.

4.5 Les appels à projet

La loi HPST a généralisé une procédure d'appel à projet lancé sur la base d'un cahier des charges, pour les établissements et services sous financement public, que celui-ci soit total ou partiel. Elle réforme la procédure d'autorisation de création, d'extension ou de transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux⁵⁷.

5 LES PRINCIPALES STRUCTURES ET ETABLISSEMENTS DU SECTEUR

Dans cette partie nous présenterons les principales structures sous forme de tableaux pour en donner une vision synthétique. Nous nous limiterons aux structures suivantes :

⁵⁶ Les objectifs du CPOM sont déterminés sur la base du diagnostic élaboré en amont et négociés entre les parties signataires du contrat. Si aucun thème n'est à priori exclu d'un CPOM, aucun n'est non plus obligatoire : le contenu des prestations et des activités, la qualité de prise en charge des bénéficiaires (droit des usagers, démarche qualité, évaluation interne et externe, l'organisation et la mutualisation des moyens, les investissements, la GRH et la GPEC (Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences), la gestion budgétaire et l'analyse financière.

Sur certains territoires sont observées des pressions et injonctions à la signature de CPOM (qui ne sous-entend donc plus une démarche volontaire). Le CPOM induit une obligation de résultats, liés aux objectifs. Les structures signataires de CPOM sont prioritaires dans les PRIAC. Avec un CPOM, le gestionnaire est appelé en quelque sorte à devenir le futur tarifificateur de ses établissements et services. Le renforcement de l'encadrement des assistants de gestion en direction des établissements et services gérés. La place réelle de la convergence tarifaire au regard d'une possible dérive vers un tarif unique.

⁵⁷ L'appel à projet dans la loi HPST à divers Objectifs :

- Meilleure réponse aux besoins, au meilleur coût pour les usagers et la collectivité: les projets pourront être comparés entre eux sur la base d'un cahier des charges clair, qui permettra de sélectionner le mieux disant.
- Maitriser les délais entre l'identification des besoins et la mise en œuvre d'une solution adaptée
- S'inscrire dans les PRIACS, schémas départementaux
- Permettre une bonne visibilité pour les promoteurs

L'appel à projet selon la loi HPST se définit ainsi :

- Un cahier des charges bâti par l'autorité administrative en fonction des besoins recensés dans le plan stratégique régional de santé (PSRS), des schémas régionaux en lien avec les schémas départementaux) et de la programmation des moyens dans le cadre du PRIAC, etc.
- La mise en place d'une commission d'appel à projet qui se substitue au CROSMS
- Etre compatible avec le PRIAC et répondre aux besoins sociaux et MS du schéma
- Répondre aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le CASF et prévoir l'évaluation,
- Répondre au cahier des charges
- Présenter un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant de la dotation des financeurs

ENFANCE	
<i>Famille</i>	<i>Institutionnel</i>
CAMSP, École maternelle, hôpital de jour	IME, (externat ou internat) avec évent. Scolarisation en interne
SESSAD	IMPRO, (externat ou internat) avec évent. scolarisation interne
Scolarisation E.N classe intégrée	Partenariat avec écoles

ADULTES EN CAPACITE DE TRAVAILLER	ADULTES NE POUVANT PAS TRAVAILLER
<i>Activité professionnelle :</i>	<i>Externat :</i>
ESAT, Établissement de Service et d'Aide par le Travail	CAJ, Centre d'Accueil de Jour
EA, Entreprise Adaptée	FDV, Foyer de Vie
Monde ordinaire du travail	FAM, Foyer d'Accueil Médicalisé
<i>Hébergement :</i>	<i>Internat :</i>
Résidence autonome	FDV, Foyer de Vie
Foyer Résidence	FAM, Foyer d'Accueil Médicalisé
Famille	MAS, Maison d'Accueil Spécialisé
FH, Foyer d'hébergement	

Outre les établissements, on peut également citer les services du médico-social qui accompagnent les personnes dans leur parcours d'insertion sociale ou professionnelle, notamment les SAVS et les SAMSAH.

Nous nous limiterons aux principales structures avec lesquelles nous avons pu être en lien dans le cadre des entretiens de recherche, l'IME, l'ESAT, les foyers de vie et les SAVS. Cependant nous développerons plus précisément les I.M.E dans la mesure où c'est le point de départ de notre recherche.

6 LES INSTITUTS MEDICO-EDUCATIFS

Le point de départ de notre étude s'appuie sur les I.M.E. Aussi, pour en donner une définition plus juste, il semble important de définir le contexte d'apparition de ces structures, d'en déterminer le public, les modalités d'accueil du public et les professionnels qui y interviennent. Pour cela, nous nous appuierons sur l'étude menée par la DREES en 2010.

6.1 Présentation et contexte d'apparition des I.M.E

Concernant les IME, il semble nécessaire de faire un petit détour historique pour articuler certaines notions. Cela permettra d'aller plus en avant dans la mise en place des

questionnements qui ont conduits cette recherche.

Les personnes handicapées, enfants et adultes, ne pouvant bénéficier du soutien de leur famille, sont accueillies dans les hospices ou les asiles... Cachées ou intégrées dans la société villageoise, les personnes handicapées n'ont vu leur sort s'améliorer qu'à partir de la reconnaissance de leur capacité d'éducation et d'apprentissage.⁵⁸

L'instituteur E. Seguin, dès 1830, met au point à l'hôpital Bicêtre, le premier traitement médico-pédagogique pour les enfants gravement arriérés. Ainsi se constitue un champ spécifique d'étude de l'anormalité chez l'enfant, fondé sur le développement de la scolarisation et les progrès de la médecine. Ce champ d'étude se distingue progressivement de ceux sur la maladie ou la folie. C'est l'affirmation du droit à l'éducation et à l'instruction des enfants anormaux, au même titre que les autres.

Dès 1907, on voit la mise en place de classes pour arriérés, mais surtout la mise en avant de création de classes spéciales. L'école ordinaire ne pouvant répondre à l'enseignement de ces publics "faible d'esprit". "Les institutions pour enfants sourds, muets puis aveugles sont les premières créées. Pour les autres, la loi de 1909 crée les classes de perfectionnement destinées aux enfants de 6 à 13 ans et les écoles autonomes pour les plus de 13 ans.

L'éducation des enfants handicapés est un sujet qui n'est pas clos mais c'est surtout pour des raisons d'ordre public que l'éducation de ces enfants handicapés prend son sens: "éviter que les enfants arriérés ne deviennent des adultes criminels. L'école a pour but de socialiser les enfants anormaux, arriérés ou indisciplinés, vagabonds ou illettrés".⁵⁹

L'hôpital psychiatrique reste la seule solution d'accueil des enfants et adultes gravement handicapés qui ne peuvent rester chez eux. "A la fin des années quarante, des parents s'insurgent contre les conditions inhumaines dans lesquelles sont accueillis leurs enfants, considérés comme fous, mélangés aux malades mentaux ou aux personnes âgées. Ils réclament pour eux le droit à l'intégration et au développement de leurs capacités".⁶⁰

Dans le Rhône en 1948, est créée la première association de parents. Dès 1960, l'UNAPEI regroupe d'autres associations. Les premières classes sont ainsi ouvertes dans des baraquements ou des salles paroissiales. Elles sont animées par des monitrices et financées par les parents eux-mêmes.

Les IMP (instituts médico-pédagogiques) naissent, et dès 1951, apparaissent les premiers

⁵⁸ LÖCHEN Valérie, « Comprendre les politiques d'action sociale », Editions DUNOD, Paris, p.167, 2eme édition

⁵⁹ Ibid., p.168

⁶⁰ Ibid., p.168

IMPRO (instituts médico professionnels accueillant les adolescents). Il faudra attendre 1958 pour que soit reconnu par la Sécurité Sociale le principe du financement des établissements pour enfants handicapés et derrière lui, la nécessité d'institutions spécialisées.⁶¹

Un tournant majeur apparaît avec les lois de 1975. La première est la loi d'orientation en faveur des "personnes handicapées", la seconde est celle relative aux institutions sociales et médico-sociales". On ne parle plus d'infirmité ou d'invalidité mais on utilise "la notion de personne handicapée". Elle regroupe les invalides de guerre, les accidentés du travail et les déficients physiques, sensoriels ou mentaux, sans pour autant définir la notion de handicap. L'estimation du nombre de personnes handicapées s'avère alors difficile (les chiffres oscillent entre "1.8 million de personnes qui souffrent d'un handicap sévère et 3.2 millions de personnes qui se déclarent handicapées"). "Il faudra attendre la loi de 2005 pour que cette définition soit intégrée dans la loi".⁶²

Ainsi, les IME apparaissent suite aux difficultés et réactions des parents d'enfants handicapés et face au manque de prise en charge adaptée et proposée par la société. L'hôpital psychiatrique ne peut être la seule réponse à la prise en charge d'un enfant atteint de déficience intellectuelle.

Comme le souligne R. Lafore, "l'IME est donc pensé pour répondre à cette demande complexe de prise en charge matérielle d'enfants présentant des difficultés spécifiques liées à leurs handicap, articulées à des méthodes éducatives "adaptées" (soins, activités éducatives et offre d'enseignement spécifique); dans le cadre général offert par les conceptions "verticales/sectorielles"^a et "catégorielles"^b dominantes, il se conçoit comme une organisation complète, à savoir en capacité d'offrir une réponse globale au public d'enfants handicapés qui lui sont confiés"⁶³.

Le code de l'action sociale et des familles établit une classification des établissements et services par type de déficiences : déficiences intellectuelles, déficiences motrices, déficiences sensorielles, troubles du comportement, ou se traduisant par un polyhandicap. Néanmoins, cette classification ne repose pas sur le type de pathologie ou le type

⁶¹ LÖCHEN Valérie, « Comprendre les politiques d'action sociale », Editions DUNOD, Paris, p.169-170, 2eme édition

⁶² Ibid., p.169-170

⁶³ LAFORE Robert, Les cahiers de l'ACTIF n°444-445, mai/juin 2013, p.15

a- A savoir organisée depuis le centre politique national selon une logique essentiellement descendante et structurés en services distincts et cloisonnés.

b- des problèmes sociaux en publics cibles construits selon des critères médico psychologiques application du principe de découpage (types et degré de handicap), chaque catégorie ainsi définie étant référée à une organisation dite spécialisée (apte à traiter les difficultés spécifiques du public qui lui est confié).

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement :Les IME en (-) quête de réorganisation

d'altération physique ou psychique qui constitue l'étiologie de ce handicap (à titre d'exemple la myopathie pour un jeune déficient moteur).⁶⁴

6.2 Les IME en chiffres

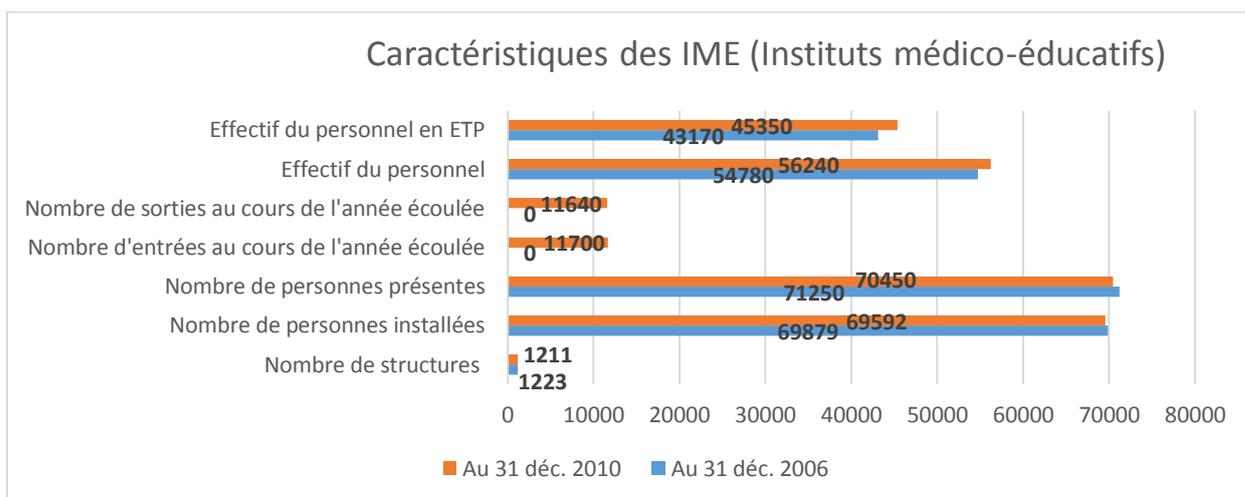
Dans cette partie nous présenterons les Instituts Médico-Educatifs (IME) en y donnant quelques repères chiffrés. Les IME accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant un déficit intellectuel. Ils comprennent : les Instituts Médico-Pédagogiques (IMP) pour les enfants de 3 à 14 ans, les instituts médico-professionnels (IM Pro) pour les adolescents de 14 à 18 ans (voire 20 ans) et les Instituts Médico-Educatifs (IME) qui regroupent sur un même lieu un IMP et un IM Pro. Les appellations IMP et IM Pro ont été remplacées par les S.E.E.S et S.I.P.F.P⁶⁵. Dans certaines structures, le renouvellement de l'autorisation n'est plus exprimé sous la forme de SEES et SIPFP. Concernant les IME, on peut retenir les chiffres suivants : le nombre de structures était de 1211 au 31 décembre 2010, pour 69592 places installées et 70450 personnes accueillies⁶⁶.

⁶⁴ Document de travail SÉRIE STATISTIQUES N° 177 MARS 2013 Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés, résultats de l'enquête ES 2010, MAKDESSI Yara, MORDIER Bénédicte, DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques p.37

⁶⁵ S.E.E.S : section éducative et d'enseignement spécialisé. S.I.P.F.P : section d'initiation et de première formation professionnelle.

⁶⁶ Chiffres au 31 /12/ 2010

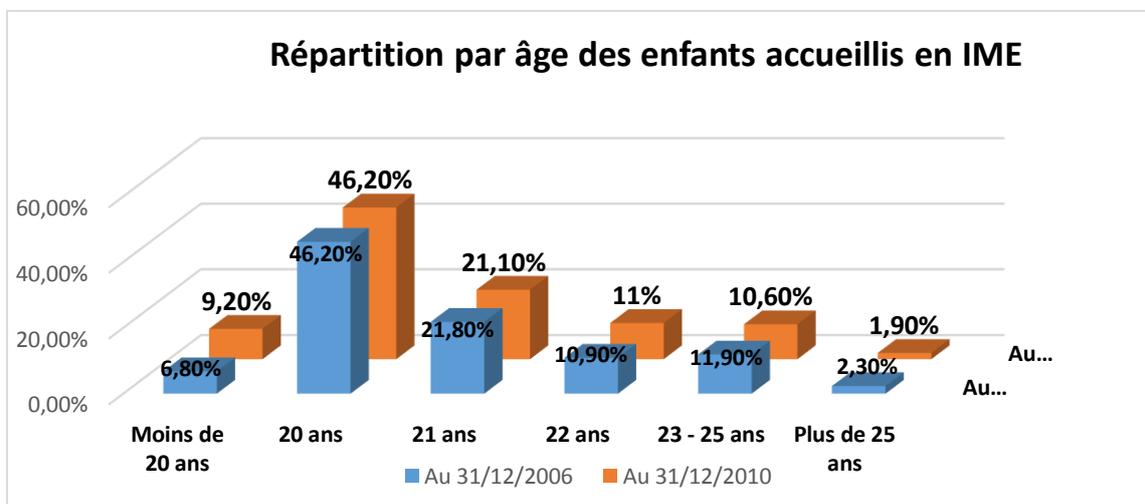
Graphique 1 : Caractéristiques des instituts médico-éducatifs (IME)⁶⁷.



Nous proposerons une suite de graphiques et tableaux pour définir la population accompagnée en IME.

On peut voir que si le nombre de structures a diminué, le nombre de personnel a pour sa part augmenté. Aussi, regardons plus en détail les caractéristiques des personnes accueillies en IME.

Graphique 2⁶⁸. Répartition par âge et par sexe des enfants accueillis dans les instituts médico-éducatifs



⁶⁷ Remarque : Les entrées et les sorties ne sont pas calculées de la même manière en 2006 et 2010 ; en 2010, le comptage exclut les personnes accueillies temporairement. Champ : Instituts médico-éducatifs – France métropolitaine et DOM. Sources : Enquêtes DREES, ES 2006, ES 2010

⁶⁸ Répartition (p.100) par âge et par sexe des enfants accueillis dans les instituts médico-éducatifs (IME). Situation au 31 décembre 2006 et 2010. Champ : Instituts médico-éducatifs – France métropolitaine et DOM. Sources : Enquêtes DREES, ES 2006, ES 2010.

Graphique 3⁶⁹. Catégories de déficiences des enfants accueillis dans les I.M.E

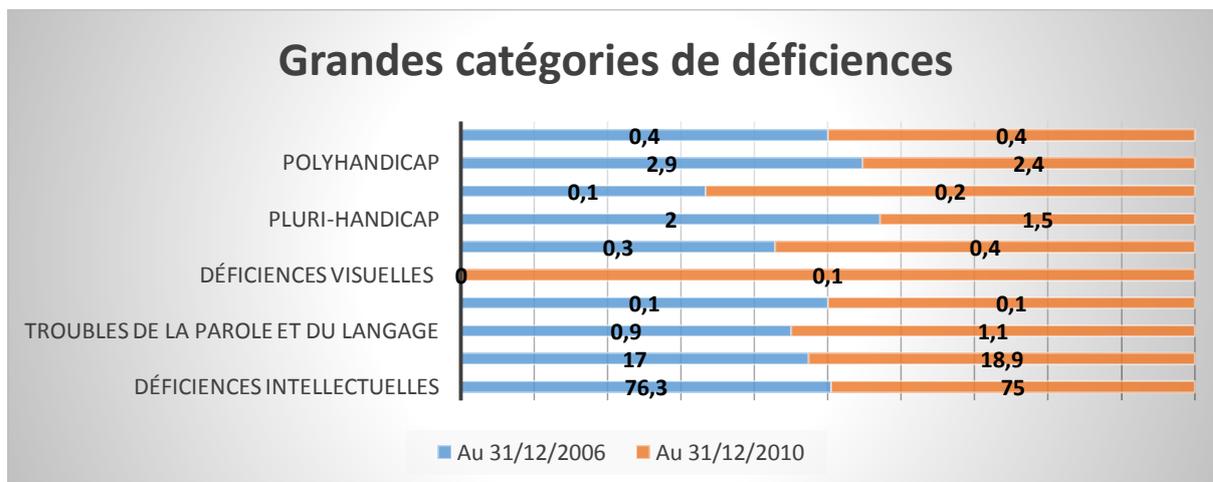


Tableau 4 : Les amendements Creton dans les instituts médico-éducatifs⁷⁰

Âge	Au 31/12/2006	Au 31/12/2010
Moins de 20 ans	6,8	9,2
20 ans	46,2	46,2
21 ans	21,8	21,1
22 ans	10,9	11
23 – 25 ans	11,9	10,6
Plus de 25 ans	2,3	1,9
Ensemble	100,0	100,0
Effectif répondants	3 840	4 820
Effectif total	3 840	4 830

7 LE PUBLIC DANS LE MEDICO-SOCIAL

7.1 Les personnes en situation de handicap

Il paraît nécessaire de donner une définition du terme handicap à ce stade de la recherche afin de délimiter le terrain et de circonscrire un environnement de référence.

Ce terme handicap, emprunté au champ lexical hippique anglais, renvoie au nom d'un jeu comportant un élément de hasard dans lequel un joueur propose la mise en jeu d'un bien

⁶⁹ Répartition (p.100) des enfants accueillis dans les instituts médico-éducatifs selon les catégories détaillées de déficience principale et par sexe. Situation au 31 décembre 2010 Enquêtes DREES, ES 2006, ES 2010.

⁷⁰ Champ : Instituts médico-éducatifs – France métropolitaine et DOM. Sources : Enquêtes DREES, ES 2006, ES 2010.

appartenant à un autre, et pour lequel il offre en échange quelque chose lui appartenant. Il trouve son origine dans l'expression "hand in cap". Au 19^{ème} siècle, c'est l'action de lester, de gêner, ou de quelque façon pénaliser un compétiteur supérieur de façon à réduire ses chances en faveur de compétiteurs inférieurs. C'est mettre quelqu'un en position de désavantage par l'imposition de quelque gêne, obstacle ou incapacité. C'est à la fin du 19^{ème} siècle que ce terme désigne toute course ou compétition dans laquelle on cherche à égaliser les chances des compétiteurs en donnant un avantage au moins efficient ou en imposant un désavantage au plus efficient.⁷¹

En France, ce terme apparaît vers 1930 pour désigner un désavantage ou un défaut physique, selon H.J. Stiker⁷².

On pourrait penser ce terme sur un champ lexical multiple : il comprend l'idée de compétition, celle d'un objectif d'égalisation des chances, une équivalence fondée sur une abstraction (le temps et l'argent)⁷³.

La transposition que fait C. Rossignol du terme handicap dans le jeu pourrait se résumer ainsi, l'action de l'arbitre, sous peine de perdre sa mise, à ce que les chances des concurrents soient égalisées en compensant par un artifice, une charge supplémentaire pour les plus forts/ une mesure de solidarité nationale en faveur des plus défavorisés, les inégalités considérées comme naturelles ou fortuites ou accidentelles⁷⁴.

Les chances étaient censées être égalisées au départ de la course, les différences à l'arrivée seraient alors dues au hasard de la course, à l'habileté des concurrents, aux efforts et aux investissements qu'ils auront réalisés au bon moment. L'égalité des chances aurait donc été respectée. Dans le champ du médico-social, ce terme vient désigner les différences elles-mêmes qu'il convient de neutraliser ou de compenser, afin de rétablir une certaine égalité des chances.

En France, la loi du 30 juin 1975 vient consacrer la notion de handicap. Auparavant, le

⁷¹ ROSSIGNOL C., revue interaction, vol.2, 2010, p.4

⁷² STIKER H.J., "Handicap handicapé" in fragments pour une histoire: notions et acteurs, Paris, Alter 1996, pp.18-20

⁷³ Deux joueurs et un arbitre déposent de l'argent, une somme équivalente, dans un chapeau ou une casquette, les joueurs y placent la main et l'arbitre estime le montant de la soulte. La main pleine pour indiquer qu'ils acceptent les termes de l'échange défini par l'arbitre, la main vide pour indiquer leur refus.

⁷⁴ ROSSIGNOL C., revue interaction, vol.2, 2010, p.5

terme d'inadapté était utilisé. Cependant, l'inadaptation représente plutôt la conséquence sociale du handicap. Le terme est toutefois difficile à définir et dans le rapport Bloch-Laine, les auteurs sont contraints de faire référence à une notion confuse de normalité : "On dit qu'ils sont handicapés, parce qu'ils subissent, par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des "handicaps", c'est-à-dire des faiblesses, de servitudes particulières par rapport à la normale : celle-ci étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société."⁷⁵

Cette notion de handicap est récente et elle est liée au contexte général social (notamment à l'Etat providence) et à la mise en place de nouvelles pratiques de prise en charge des personnes atteintes d'une déficience (pratiques de rééducation et de réadaptation professionnelle)⁷⁶. On distingue donc la notion de handicap de l'infirmité. Pour Myriam Venance, l'infirmité est définie comme une anomalie mentale ou corporelle, signe d'une altérité fondamentale, d'un écart par rapport à une norme d'intégrité biologique.

"La notion de handicap désigne, un écart (déficit) par rapport à une norme d'intégration sociale, écart provoqué par la possession d'une déficiente".⁷⁷

Cette définition rejoint celle d'E. Goffman sur le stigmaté. Pour lui, "une personne est stigmatisée du fait de la possession d'une caractéristique jugée négativement par référence aux normes sociales"⁷⁸.

Cette référence à une norme permet de faire le lien avec le processus de normalisation. C'est-à-dire de se rapprocher du normal, un "alignement des identités sur le normal"⁷⁹.

Le changement de vocable implique dès lors, de prendre en compte non seulement la personne mais son environnement. L'écart ne se situe plus par rapport "à une norme sociale prédéfinie, mais le résultat d'une interaction entre des facteurs environnementaux (architecturaux, culturels, sociaux) et des facteurs individuels"⁸⁰.

Pour H.J Stiker, la notion de handicap s'est progressivement construite au cours du 20^{ème} siècle et émerge véritablement après 1950. Elle désigne un écart à une norme d'intégration sociale.

L'idée qu'au 19^{ème} siècle, les accidents réguliers dus aux activités normales de la

⁷⁵ ROSSIGNOL C., revue Interaction, vol.2, 2010, p.9

⁷⁶ VINANCE Myriam, Handicap et normalisation, in Politix.vol 17, n°66 deuxième trimestre 2004, p.201

⁷⁷ VINANCE Myriam, Handicap et normalisation, in Politix.vol17, n°66deuxième trimestre 2004, p.202

⁷⁸ GOFFMAN E. cité par Myriam Venance, Handicap et normalisation, in Politix.vol 17, n°66 deuxième trimestre 2004, p.202

⁷⁹ VINANCE Myriam, Handicap et normalisation, in Politix.vol 17, n°66 deuxième trimestre 2004, p.202

⁸⁰ VINANCE Myriam, opus cité, p.202

productivité, rendrait donc la société comme responsable des dommages subis par les individus. Aussi, la réparation par la société est aussi inhérente à cette responsabilité. Cela relève de la responsabilité collective, sous forme d'indemnisation financière. Ce processus, que François Ewald évoque en terme de socialisation des responsabilités, constitue l'arrière fond sur lequel se développent la notion et le champ du handicap⁸¹.

Cependant, réparer ne suffit pas ! Il faut aussi permettre aux individus de réintégrer la personne. Il s'agit de réadapter l'individu, cela renvoie au domaine du sport et plus précisément au turf, c'est " l'idée d'égalisation des chances"⁸². Pour que l'épreuve soit intéressante les concurrents doivent être de force égale. On impose donc à certains un désavantage, un handicap. Transposé à la sphère sociale, il s'agit alors de repérer les personnes qui sont handicapées et faire une classification des différents handicaps, de mettre en place des techniques pour les normaliser et pour leur permettre de retrouver une place dans la société des "valides"⁸³. Ce traitement de l'infirme sous la forme du "handicap"⁸⁴ sera institué en France par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975. Le traitement à adopter sera ainsi posé mais sera également mis en place le dispositif institutionnel du handicap. Le champ du médico-social est alors organisé.

Ce rappel historique permet de poser cette notion de handicap et de la normaliser afin de l'intégrer à la société.

7.2 Norme et handicap

Le handicap est un déficit, un manque, que l'on cherche à compenser. Derrière le handicap, se trouve l'inégalité des chances et des possibilités pour la vie.

La personne handicapée trouve sa place dans la société lorsqu'elle est devenue même. Myriam Vinance parle "d'alignement de la personne handicapée sur la norme de la validité"⁸⁵.

Mais cela reste paradoxal car la personne handicapée s'écarte justement de la norme sociale parce qu'elle est porteuse d'une déficience qu'on ne peut pas tout à fait effacer. E. Goffman parle du stigmat, comme quelque chose qui disqualifie l'individu et l'empêche d'être

⁸¹ EWALD François cité par Myriam Vinance, Handicap et normalisation, in Politix.vol 17, n°66 deuxième trimestre 2004 p.204

⁸² Ibid., p.205

⁸³ VINANCE Myriam, Handicap et normalisation, in Politix.vol 17, n°66 deuxième trimestre 2004, p.206

⁸⁴ Ibid., p.206

⁸⁵ Ibid., p.206

pleinement accepté par la société. L'identité sociale virtuelle et identité sociale réelle pour un individu normal concorde, l'interaction comble les attentes à son propos. L'individu non normal possède un attribut qui le disqualifie par rapport aux individus appartenant à la catégorie attendue. « Le stigmate ne réfère pas directement à un attribut objectif distinct, mais à une caractérisation attribuée par les normaux en fonction d'un stéréotype, lors d'une interaction »⁸⁶. E. Goffman ne s'attache ni seulement ni directement au handicap." Comme le handicap, le stigmate réfère à un écart négatif par rapport à une norme sociale. Le stigmate, comme le handicap est toujours un discrédit, un moins dû à la possession d'un attribut perçu comme une différence fâcheuse"⁸⁷. Le handicap perturbe l'interaction car il introduit pour les acteurs une incertitude sur l'identité de la personne et un malaise quant à la manière d'agir.

E. Goffman parle d'un comme si⁸⁸, pour la personne affligée d'un stigmate en le couvrant ou le dissimulant et pour la personne normale en faisant comme si la personne affligée d'un stigmate était normale. Cela s'apparente à une première forme de normalisation. Il permet l'identification à la catégorie des normaux. Cependant, « le comme si » indique cette distance devenue irréductible entre la personne considérée comme normale et la personne considérée comme stigmatisée⁸⁹.

Une mise à l'écart implicite ou explicite de la personne porteuse de stigmate en ressort. L'ambivalence de sa position est réelle. En effet, elle sait ce qu'est le normal qui se définit par des catégories et des cadres sociaux et sait ne pas appartenir à ces cadres du fait sa différence par rapport à ces normes. Pour E. Goffman "les personnes normales, elles, ne reconnaissent jamais, la personne stigmatisée comme tout à fait normale [...] une acceptation fantôme est à la base d'une normalité fantôme"⁹⁰. La personne porteuse d'un stigmate est intégrée à la société comme personne stigmatisée.

En France, de manière implicite, la personne est reconnue porteuse de handicap par une commission qui lui attribue le statut de personne handicapée. On parle de discrimination positive et la personne est intégrée dans la société comme personne handicapée.

De manière explicite, il y a ségrégation de la personne affligée d'un stigmate par rapport à la société. Le champ médico-social et les établissements spécialisés en sont la traduction.

Ainsi la loi de 1975, qui organise la politique de prise en charge du handicap, est

⁸⁶ GOFFMAN E., *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975, p.17

⁸⁷ VINANCE Myriam, op. Cité, p.208

⁸⁸ Ibid., p.208

⁸⁹ Ibid., p.209

⁹⁰ GOFFMAN E., *Stigmate et usages sociaux du handicap*, Paris, Minuit, 1975, p.145

ambivalente. Elle énonce l'obligation nationale d'intégrer les personnes dans le milieu ordinaire et en même temps, elle organise la prise en charge dans des établissements spécialisés. Aussi, l'intégration de la personne handicapée passe donc par la mise à l'écart implicite (intégration dans la société des normaux) ou explicite (par l'institution spécialisée). Cette loi permet une avancée dans l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées et également "un sentiment de frustration, du fait de cette ambivalence"⁹¹.

La définition médicale du handicap n'est pas suffisante et à cette définition, et en lien avec différents mouvements qui ont vu le jour en Europe et notamment dans les pays Anglo-Saxons, et aux Etats-Unis, vient s'opposer une autre définition du handicap et de la réadaptation. "Le handicap n'a pas sa cause dans la déficience individuelle mais dans l'environnement, physique, social, politique et culturel"⁹². C'est-à-dire la difficulté pour les personnes porteuses de handicap de ne pas participer pleinement à la société.

En France, cela se traduit par l'emploi d'un autre vocable "situation de handicap", "situation handicapante". Le handicap n'est plus une déficience dès lors, mais une situation. "Le handicap n'est plus défini comme un écart à la norme, mais comme le résultat d'une interaction entre des facteurs individuels et des facteurs environnementaux (sociaux ou physiques)"⁹³. Une autre forme de normalisation se fait. La normalisation par un travail et une transformation de la norme et non plus norme par assimilation.

Pour E. Goffman l'importunité du stigmaté désigne l'intensité avec laquelle celui-ci perturbe l'interaction. A travers l'interaction perturbée, la différence devient une différence remarquée et marquante. La différence peut être visible mais non marquante et être remarquée et marquante. Pour l'illustrer, Myriam Venance évoque le travail de H. Garfinkel sur l'ethnométhodologie. Un travail constant des "membres" est fait pour mobiliser des savoirs faire, des procédures, des règles, etc...., "ils ne suivent donc pas des règles données ou intériorisées qui guideraient leur action, mais élaborent et produisent constamment, dans la situation, la règle de leur action. [...] Il insiste sur ce qui, lors de toute rencontre entre deux individus, relève d'un travail constant et local de réinvention des normes et des règles d'action"⁹⁴. L'interaction apparaît comme un travail sur la norme, un travail de réinterprétation du sens de la norme⁹⁵. Il parle de niveaux de normes au contraire de E.

⁹¹ VINANCE Myriam, Handicap et normalisation, in Politix.vol 17, n°66 deuxième trimestre 2004 p.211

⁹² VINANCE Myriam, Handicap et normalisation, in Politix.vol 17, n°66 deuxième trimestre 2004, p.212

⁹³ Ibid., p.212

⁹⁴ GARFINKEL H., cité par M. Venance, op. Cité, p. 215

⁹⁵ VINANCE Myriam, Handicap et normalisation, in Politix.vol 17, n°66 deuxième trimestre 2004 p.215

Goffman qui ne part que d'un seul niveau de normes : les normes générales.

Cette norme si elle est intériorisée n'est pas pour autant infranchissable et l'ordre social dont parle R. Ogien peut être modifié ou transformé si les émotions des acteurs peuvent être surmontées. "Les normes et les valeurs n'existent pas en dehors des relations sociales, mais sont des ressources utilisées par les membres pour rendre leur conduite intelligible les uns pour les autres"⁹⁶.

L'identité des personnes handicapées et leur intégration dans la société relèvent d'un processus de prise en compte de l'identité sociale. Pour E. Goffman, l'identité sociale des individus est définie en fonction de leurs attributs. Pour H. Garfinkel, "l'identité sociale est un accomplissement pratique, elle est le résultat d'une production, d'un travail permanent des acteurs"⁹⁷.

Pour R. Ogien, ce travail sur le sens de la normalisation permet d'aller plus loin. "L'identité des acteurs n'est pas fermée par les catégories ou les cadres sociaux ; elle peut être constituée dans l'action et l'interaction. [...] La transformation de la norme rend l'interaction possible [...] Elle normalise l'interaction sans effacer la différence de la personne. Au contraire, la différence est intégrée comme différence"⁹⁸. Le processus de normalisation, par production d'une norme, rend possible l'interaction sans nier la différence de la personne. De plus, les acteurs voient la distance entre eux réduite puisqu'ils se reconnaissent l'un et l'autre. Le vivre ensemble en est dès lors transformé. On ne parle plus d'intégration des personnes handicapées dans la société des personnes normales mais plutôt "construire un collectif qui inclut les différentes personnes tout en les normalisant"⁹⁹.

Le travail sur la norme transforme toutes les personnes impliquées. Transformer la norme, participerait à la disparition du handicap mais en aucun cas la différence n'est niée¹⁰⁰. C'est "fabriquer simultanément un collectif et une personne normale et différente"¹⁰¹. Cela permet à travers de cette notion de situation de handicap, d'imaginer et d'instaurer une situation qui ne l'est pas. Une norme émerge et donne la possibilité à la personne d'agir. L'action donne à la notion de différence de ne pas être marquée et remarquée mais la personne est rendue normale mais aussi différente. Cela pourrait être possible par la

⁹⁶ C'est la théorie "externaliste", soutenue par R. Ogien, cité par Myriam Viance, p.216

⁹⁷ INANCE Myriam V, Handicap et normalisation, in Politix.vol 17, n°66 deuxième trimestre 2004, p.217

⁹⁸ Ibid., p. 218

⁹⁹ Ibid. p. 219

¹⁰⁰ Cf. Les actions du Disability movement en G.B. En France le CTNEHRI cherchent à généraliser l'emploi de la notion de situation de handicap au niveau politique et législatif.

¹⁰¹ VINANCE Myriam, Handicap et normalisation, in Politix.vol 17, n°66 deuxième trimestre 2004, p. 219

transformation du collectif. Le changement de la norme amène une vision différente de la personne.

Cette transformation du collectif pourrait éviter de placer les personnes en situation de handicap sur un seuil. R. Murphy parle de liminalité. C'est cette position de l'entre deux où les rituels de passage ne peuvent se faire. Cela assigne ainsi la personne sur un seuil qu'elle ne peut franchir pour accéder à un autre statut. Cette position n'est pas transformable. L'entre deux reste l'entre deux sans possibilité de passer à un autre statut. Il rappelle les rituels de passage de l'âge adolescent à l'âge adulte. Et pour les personnes handicapées, ces passages ne fonctionnent pas et elles se trouvent immobilisées dans cet espace de passage sans jamais pouvoir accéder à une autre phase.

8 LES GLISSEMENTS SEMANTIQUES

8.1 Passage de la prise en charge à la prise en compte

Le changement de regard sur le handicap « a lui-même permis et engendré une transformation des pratiques sociales, professionnelles et institutionnelles ». ¹⁰²

Aussi, l'usager est devenu sujet à part entière. On est passé de la prise en charge à la prise en compte. La voix de l'usager, la prise de position de l'usager s'est faite entendre et est présente.

Les enjeux à traiter se sont constitués ou ont été construits à partir de l'immédiat après-guerre. « L'Etat providence a permis de consacrer quelques moyens financiers à des problèmes jusqu'alors méconnus, en tout cas peu reconnus et peu ou pas traités ». Invalidité, handicap, vieillesse « vont quitter l'hospice et faire l'objet d'un traitement social [...] en plusieurs étapes » ¹⁰³. Dans le cas qui nous concerne, le handicap sera celui étudié. Pour expliciter le propos, nous ferons référence à Michel Billé et les quatre paradigmes qu'il propose.

Chacun de ces paradigmes s'est succédé, mais « lorsqu'il émerge, il ne disqualifie et ne remplace que lentement et souvent que partiellement le paradigme précédent » ¹⁰⁴.

¹⁰² BILLE Michel, Handicap, dépendance : changer de modèles ?, dans « L'action médico-sociale eu services des personnes handicapées », Ed. ERES, Toulouse, 2013, p.17

^{103 -3} Op. cit.pp.18-19

8.2 Nouveaux paradigmes

8.2.1 Le paradigme de l'enfermement

L'enfermement, le plus souvent à l'hospice, «parfois pour le meilleur, souvent pour le pire »¹⁰⁵. Ils accueillait même si parfois c'était de force. Le plus souvent c'était un hospice religieux qui accueillait les plus démunis ou les plus abimés « par la rudesse des guerres et de la vie sociale ou économique de l'époque ». « Ceux que le monde délaisse doivent vous toucher le plus »¹⁰⁶. Ils seront plus nombreux et donc plus visibles. L'asile et l'hospitalité s'y côtoient, et ce dans une perspective qui mélange la charité comme vertu chrétienne et le souci de salubrité publique.¹⁰⁷

« La loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables » avait réorganisé cette assistance, confirmant l'hospice dans son rôle clé de voute dans l'organisation des secours. L'ordonnance du 11 novembre 1958 affirme que si ces établissements ne reçoivent que des vieillards, ils prennent le nom de maison de retraite. La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, dans son article 23, donne 10 ans pour « procéder à l'humanisation des hospices ». Ils sont alors transformés en établissements médico-sociaux soit en unité dites de longs séjours. Des crédits sont dégagés mais restent insuffisants, l'Etat s'engage à poursuivre et achever ce travail d'humanisation. Ce temps n'est pas si loin et le modèle de l'hospice avec sa prise en charge particulière des publics démontrait que la prise en compte n'était pas une idée dominante.

Il aura fallu beaucoup de force de conviction de certains pionniers pour arriver à obtenir des unités ou établissements dignes de ceux qui y seraient accueillis et de ceux qui y travailleraient. Le handicap est toujours une cause de placement en établissement et celui-ci est toujours privatif des libertés individuelles. « L'enfermement est sans doute l'héritage le plus durable du paradigme de l'hospice »¹⁰⁸.

¹⁰⁵ BILLE Michel, Handicap, dépendance : changer de modèles ?, dans « L'action médico-sociale eu services des personnes handicapées », Ed. ERES, Toulouse, 2013, p.19

¹⁰⁶ Devise de Saint Louis Marie Grignon de Montfort reprise par les congrégations des Frères de Saint Gabriel et des Filles de la Sagesse comme fondement de leur travail auprès des sourds, aveugles et sourds – aveugles.

¹⁰⁷ On parle à l'époque de fléaux sociaux notamment pour la tuberculose, la syphilis et l'alcoolisme.

¹⁰⁸ M. BILLE, op.cit., p.23

8.2.2 Le paradigme de la place

La France va s'équiper progressivement d'établissements qui ont pour vocation première de quitter l'hospice et l'enfermement, d'améliorer la prise en charge, de soulager les familles, de résoudre les problèmes sociaux et médicaux non résolus.

Dans le champ du handicap, on notera surtout la mobilisation importante des associations, souvent des associations de parents d'enfants porteurs de handicap. Cette transformation va s'opérer justement par la poussée de ces associations. Elles vont mettre en œuvre des prises en charges adaptées aux pathologies des publics. « Un changement de paradigme s'amorce à partir du milieu des années 60, Il connaîtra la consécration avec les lois du 30 juin 1975 dites *loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et loi relative aux institutions sociales et médico-sociales* ». Ces lois ont permis de mettre en lumière plusieurs transformations notamment dans la reconnaissance des différentes sortes de handicap, changement du statut des personnes et de leurs familles, reconnaissance et professionnalisation de l'action, développement et reconnaissance des formations professionnelles, transformation du statut des professionnels, amélioration des financements des établissements et services, début de reconnaissance des personnes. On peut donc voir ici la construction d'un champ professionnel et la transformation des pratiques. Le handicap commence à être visible et lisible. Les grandes associations vont développer leurs actions sur la base d'une philosophie et de projets différents et complémentaires.¹⁰⁹

La personne est donc « placée ». Elle a une place et elle est prise en charge. Le problème est de trouver une place et de la conserver. « C'est enfermer d'abord pour ouvrir ensuite les portes de l'établissement au monde »¹¹⁰.

8.2.3 Le paradigme du service

La logique de placement a remplacé la logique d'enfermement. Dans les années 80, on passe de la logique d'établissement à celle de services, ce qui introduit une notion plus respectueuse des libertés et désirs des personnes. Le statut de la personne dans la société est alors modifié. Ce changement est fondamental.

Les équipements sont plus nombreux, diversifiés, modernisés, professionnalisés et leurs coûts s'en trouvent de même modifiés. On développe ce qu'il est convenu d'appeler des

¹⁰⁹ L'APF née en 1933, l'UNAPEI en 1960, l'APAJH en 1962.

¹¹⁰ BILLE Michel, op.cit.p.31

alternatives à l'entrée en établissement. Le SESSAD reste le service emblématique de cette nouvelle donne. Ce mode d'intervention apporte au domicile ce service qu'on attendait en établissement. La décentralisation a rapproché la décision et les financements du citoyen, les initiatives sont locales, la proximité devient un modèle de pensée sinon d'action. Le domicile est un point non dans un établissement mais dans un secteur géographique. Il s'agit de sortir le service de l'établissement pour l'apporter au plus près de son destinataire et d'éviter les effets pervers redoutés de l'institutionnalisation et la dépense qu'elle engendre. Les intervenants au domicile sont potentiellement plusieurs et la coordination est un facteur de réussite d'accompagnement de qualité. La coordination fait intégralement partie de ce paradigme. Mais s'il s'agit de maintien à domicile ou de placement. La personne en situation de handicap reste encore peu sollicitée dans ses besoins et ses attentes. Ses choix ne sont pas pris en compte. La coordination se fait de services à établissements et le choix de la personne n'est pas nécessaire. On ne parle pas encore de projet de vie et la notion de parcours est en germe sans être évoquée explicitement.

Le cadre légal et administratif se transforme (la décentralisation, rapprocher les décideurs des citoyens, est censée être opérationnelle) l'Etat garde ses prérogatives en matière de santé et le conseil départemental voit ses compétences en matière d'aide et d'action sociale s'étendre de plus en plus.

Tout est prêt pour donner forme à un nouveau paradigme qui vient offrir de nouvelles perspectives, celui du réseau.

8.2.4 Le paradigme du réseau

Le réseau permet de mutualiser les moyens et par conséquent de réduire les dépenses en imaginant des économies d'échelle. Le réseau est virtuel, c'est Internet. Le secteur et le service ont laissé la place au réseau et au guichet unique (exemple des CLIC : centre local d'information et de coordination). La coordination est plus que jamais nécessaire. Cependant il n'y a pas de lien hiérarchique entre les différents membres, et ces modèles sont autres que ceux de l'institution qui était tout autant en rivalité qu'en partenariat.

Le lien entre domicile et institution devient alors un lien de complémentarité. On se coordonne, on travaille en partenariat, sur des logiques de projets, d'appels à projets même... On mutualise moyens et compétences sur des contrats d'objectifs et de moyens. Mais ce modèle ne doit pas oublier la personne derrière l'utilisateur. Il reste un moyen technique au service de l'homme.

On est donc passé de moins d'enfermement à plus de liberté, « nous sommes allés vers moins de prise en charge, plus de prise en compte et plus de prise en considération de ces personnes et de leurs problèmes »¹¹¹.

Le statut des personnes a changé, il s'est transformé. On parle de citoyenneté. Le réseau apparaît au moment où l'on trouve normal que tout citoyen, handicapé ou âgé, ait le droit de choisir entre différents possibles.

Le paradigme suivant pourrait donc être celui de la citoyenneté. La loi de 2005, pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est un pas en avant dans ce défi. Le changement dans le vocabulaire en est un bon exemple. De l'indigent nous sommes passés à la personne handicapée et plus en avant encore à la personne en situation de handicap. Cela inclut donc un changement de regard et n'est pas propre à la personne mais tient compte de son environnement et met l'accent aux « mille situations handicapantes ou sur handicapantes ».¹¹²

L'enjeu est bien l'exercice de la citoyenneté. Elle se fera par la transformation progressive des services et institutions qui évolueront vers plus de complémentarité : penser la circulation des compétences et des personnels de l'établissement au domicile et non pas les opposer. La complémentarité permet de proposer toute sorte d'accueil et d'accompagnement.

Le changement des mots sur le handicap oblige à un autre regard. Non pas prise en charge mais accompagnement et soin, non pas maintien au domicile mais le soutien dans l'effort de la personne pour se maintenir, non plus placement en institution mais accueil dans des établissements adaptés à taille humaine avec des personnels nombreux, compétents et bienveillants. On ne parle plus de projet personnalisé et donc normé mais projet de soi-même « l'homme est projet et sera d'abord ce qu'il aura projeté d'être »¹¹³, ce n'est plus l'individu au centre du dispositif mais le dispositif qui se construit avec la personne et autour d'elle, reconnue comme un être de relations et de désirs.

« Chaque changement de paradigme offre des possibilités nouvelles et permet au modèle ancien d'évoluer et de s'intégrer dans un nouveau paysage d'action humaine et

¹¹¹ BILLE Michel, Handicap et dépendance : changer de modèles ?, éd. ERES, Toulouse, 2013, p.39

¹¹² Op. cit.p.40

¹¹³.SARTRE J. P, cité par M. BILLE, p.42

professionnelle »¹¹⁴.

La diversification des établissements, des services et des réponses ouvre un choix réel. En gagnant en liberté de choix, on gagne évidemment en respect de la personne, de sa citoyenneté et de sa dignité d'homme.

Mais il faut rester vigilant à ne garder en tête que la personne humaine et non la technologie, l'économie et les coûts.

9 LES ENJEUX DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

Les institutions sociales et médico-sociales agissent dans le cadre des politiques d'action sociale qui « visent à soutenir, aider et héberger les personnes en difficultés familiales, sociales, physiques, sensorielles et mentales. Il existe des services intervenant à leur domicile et des établissements pour héberger, rééduquer, accueillir, protéger et insérer socialement. »¹¹⁵

Selon le Code de l'Action Sociale et des Familles, ils s'inscrivent dans des missions d'intérêt général et d'utilité sociale.¹¹⁶

L'institution est à la fois un lieu d'exercice et une configuration organisationnelle. Pour R. Kaës, elle est à concevoir comme « un ensemble de formes et de structures sociales instituées par la loi et par la coutume qui règle nos rapports, qui nous préexiste et s'impose à chacun de nous »¹¹⁷.

Plus précisément, avec Talcott Parsons (1951), il s'agit d'un ensemble institutionnalisé de rôles intégrés qui exerce une influence structurelle essentielle dans un système social, mais aussi d'un ensemble complexe et socialement sanctionné, donc légitime, de valeurs, de normes, d'usages, de relations, de conduites partagés par un certain nombre d'individus.¹¹⁸

De par les nouveaux impératifs à intégrer, prise en charge de nouveaux publics, évolution des politiques publiques, raréfaction des financements, nouvelle gouvernance, l'institution doit faire face à des nombreuses tensions.

Elles s'inscrivent à plusieurs niveaux, financier, identitaire avec notamment la question des regroupements de structures et du sens de leur action. Aussi, on pourrait se poser la

¹¹⁴ M. BILLE, p. 43

¹¹⁵ PRIOU Johan, DEMOUSTIER Séverine, «Institutions et organisation de l'action sociale et médico-sociale »Seconde édition 2011, Paris, Edition DUNOD

¹¹⁶ Article 311 et 312 du CASF

¹¹⁷ KAES René, L'institution et les institutions, Études psychanalytiques, Edition DUNOD, Paris, 2012

¹¹⁸ CHAUVIERE Michel, « Qu'est-ce que la chalandisation », Information Sociale, n°152, 2009, p.130

question de l'objectif final.

L'institution se trouve dans un équilibre, parfois précaire, qu'elle doit conserver pour poursuivre son intervention auprès des publics fragilisés. Elle se doit d'adapter au mieux ses interventions.

On passe d'une logique de solidarité à une logique gestionnaire. Michel Chauvière, parle d'un glissement et cette de gestion de l'action sociale qui s'apparente selon lui, à une « chalandisation ». Il y voit deux dimensions :

- La promotion de l'hyper gestion,
- L'intériorisation du langage gestionnaire, concurrentiel et financier.

Il y a donc nécessité à s'adapter et, moderniser devient synonyme de rationalisation des organisations « à tout le moins afficher publiquement sa qualité et ses performances, être bien «achalandé», comme s'il s'agissait d'un simple marché public de services »¹¹⁹.

Ainsi, « la chalandisation est un processus général qui intègre tous ces différents changements et permet d'en comprendre la cohérence d'ensemble ainsi que l'impact sur la substance même de l'action sociale »¹²⁰.

L'institution intègre ainsi un nouveau mode de fonctionnement, celui « des dispositifs et des machineries » laissant derrière elle « les acteurs de terrain et leurs références cliniques »¹²¹.

Mais, « l'institution, c'est le projet social autant que sa matérialité, et c'est cette intégration-là qui fait la qualité des services produits, sans réduction possible au mode d'organisation (Beillerot) ». ¹²²

Parallèlement au contexte cité précédemment, les besoins des publics en difficulté évoluent, des réponses plus adaptées sont nécessaires dans un environnement en pleine mouvance. « Donc, la prise en charge est très différente et donne une visualisation du médico-social qu'il ne faut pas mélanger avec le milieu social »¹²³.

Les établissements et services médico-sociaux sont face à des enjeux qui les conduisent à s'adapter, innover pour apporter des réponses nouvelles.

¹¹⁹,²⁷ CHAUVIERE Michel, « Qu'est-ce que la chalandisation », Information Sociale, n°152, 2009, p.128

¹²¹ Ibid. p.130

¹²² Ibid., p.130

¹²³ Extrait d'un entretien d'un éducateur spécialisé en IME, dans le Vaucluse.

Les enjeux sont de trois ordres :

Politique : la loi du 2 janvier 2002 mais plus généralement la révision des politiques publiques depuis 2007 entraîne une analyse des missions et actions de l'Etat mais aussi la mise en place des réformes structurelles. C'est la question du rayonnement de l'action sur le territoire et aussi sa lisibilité. La loi hôpital, santé, territoire (HPST) du 21 juillet 2009 institue une territorialisation des politiques de santé et porte une réforme globale qui doit permettre aux institutions et structures de s'adapter aux nouveaux besoins de la population¹²⁴.

Sociétaux : les nouveaux besoins des publics (vieillesse des populations, transformation de la structure familiale, allongement de la vie des personnes en situation de handicap, émergences de nouvelles situations d'exclusion et de pauvreté sociale, économiques...) amènent les structures sociales et médico-sociales à entrer dans une autre dynamique de prise en charge : la prise en charge devient globale et l'offre de soins et d'interventions doivent être coordonnées.

Economiques et financiers : les dotations des structures sont moins importantes et d'autres sources de financement sont à trouver. La rationalisation des ressources devient une donnée inévitable et un moyen de répondre à la globalité des prises en charge.

La coopération s'inscrit ainsi, comme une réponse nécessaire afin de permettre une meilleure répartition de l'offre sur le territoire et la possibilité de mutualiser les moyens pour rendre l'action plus efficace.

La recherche de l'amélioration continue de la qualité à laquelle sont soumis les établissements du médico-social est aussi à mettre en parallèle avec cette prise en compte de la personne. C'est l'établissement qui se met aux normes pour mieux accueillir et accompagner la personne dans son parcours.

On peut citer deux chantiers importants concernant ces démarches et recherche d'adéquation pour répondre au plus près aux attentes et besoins des personnes en situation de handicap.

Le premier est celui du rapport Piveteau paru en 2014¹²⁵ et sa mise en réflexion par Marie Sophie Desaulle dans « Une réponse accompagnée pour tous » en juin 2016.

Ici, se pose la question de la réponse à apporter aux situations complexes, aux

¹²⁴ La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre, ANAP.

¹²⁵ « 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 » Rapport Piveteau.

manquements dans les interventions et l'accompagnement des parcours des personnes en situation de handicap et la réflexion qui y est conduite pour répondre à cela. La réponse à la mission confiée à Mme Desaulle repose sur 4 axes complémentaires :

Axe 1 : mise en place d'un dispositif d'orientation permanent (CNSA)

Axe 2 : déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous (SGMAS¹²⁶)

Axe 3 : création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs (SG-CIH¹²⁷)

Axe 4 : accompagnement du changement des pratiques (DGCS¹²⁸)

Cela se construit à partir de composantes, les trois « C » : *Co-construction* des politiques publiques, *Coopération* entre acteurs basée sur une interrogation de ses propres pratiques avant d'interroger celles des autres, *Coordination* avec et autour de la personne.

Nous ne sommes plus sur une logique de place mais sur une logique de réponse. En prenant en compte les situations complexes et de place¹²⁹.

On parle dès lors de Plan d'accompagnement global (P.A.G). Le P.A.G sous-entend la notion de parcours et donc de projet de vie. Celui-ci est intégré au plan personnalisé de compensation du handicap (loi du 11 février 2005). Il est élaboré "dans les situations où les réponses ne sont pas disponibles ou adaptées à la situation de la personne handicapée compte tenu de ses besoins". Il consiste à pouvoir proposer des solutions complémentaires quand il y a des difficultés pour [mettre en œuvre] l'orientation qui a été choisie en première intention.

« Le virage inclusif concerne tous les professionnels : c'est à cette condition qu'une réponse pourra être proposée à tous. Il répond à une attente des personnes et de leur famille dès lors que celles-ci participent à l'élaboration de la réponse. Il nécessite la mobilisation des dispositifs existants qui ont à adapter leur proposition et à innover »¹³⁰.

Le deuxième chantier est celui de la nouvelle tarification, dite SERAFIN PH. Il pourrait être défini comme le passage de la prise en charge à la prise en compte en étant au plus près des besoins de la personne. C'est le passage de la logique de place à la logique de parcours. C'est adapter au mieux les prises en charge aux besoins de la personne et de sa

¹²⁶ Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

¹²⁷ Secrétariat général du comité interministériel du handicap.

¹²⁸ Direction générale de la cohésion sociale.

¹²⁹ Situation complexe : Construction d'une réponse ad hoc mixant les dispositifs

Situation sans place : Construction d'une réponse en mobilisant différents dispositifs

¹³⁰ DESAULLE Marie Sophie, Mission « Une réponse accompagnée pour tous » 13 et 20 juin 2016

place dans la société.

Conclusion partie 1

En résumé de cette première partie, nous sommes passés de la logique de place en établissement à un modèle centré sur le parcours de la personne. Les IME doivent alors repenser leur place dans l'environnement et la place qu'ils occupent auprès des personnes qu'ils accompagnent.

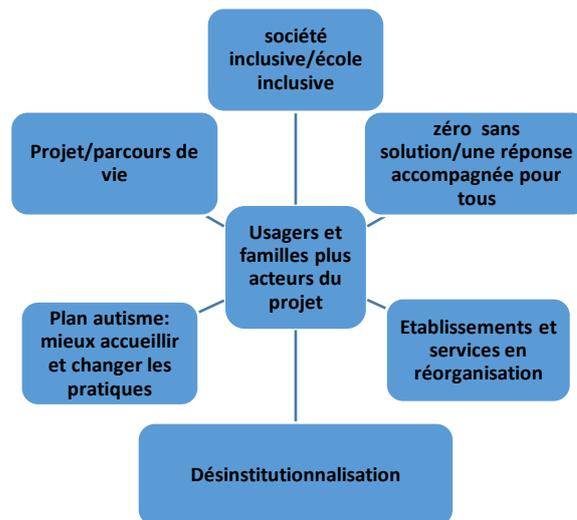
Plusieurs enjeux traversent le secteur médico-social et les organisations doivent définir de nouvelles perspectives dans leurs champs d'intervention. Le partenariat que les établissements mettent en place pour contribuer à au parcours des personnes, pose la question de la place que les IME doivent avoir aux côtés des autres acteurs dans la construction et la réalisation du parcours. La notion de désinstitutionalisation, notamment par la Recommandation du Comité des Ministres aux Etats membres ¹³¹relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité, vient impacter les établissements.

Les publics évoluent et les professionnels sont interpellés. Les établissements sont incités à travailler « hors les murs » en complémentarité avec les différents services.

La loi du 11 février 2005 pose la question d'inclure dans le milieu ordinaire, et par là des dispositions de non discriminations à l'égard des personnes en situation de handicap, tout en proposant de compenser le handicap mais aussi de faciliter l'accès aux droits, à la vie sociale et à la vie publique. La place de l'utilisateur est centrale mais les familles occupent elles aussi une place dans cette prise en charge. On se réfère alors à la prise en compte de l'environnement des personnes et il devient un élément clé dans la réussite de la mise en place du projet individualisé. Ce n'est pas à la personne de s'adapter à son environnement mais le contraire.

Le schéma suivant pourrait en être l'illustration :

¹³¹ La recommandation CM/Rec. (2010) 2 du Conseil de l'Europe relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité appelle les Etats membres à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres afin de remplacer la prise en charge institutionnelle par des services de proximité dans un délai raisonnable et dans le cadre d'une démarche globale. Elle dispose que tous les enfants handicapés devraient vivre au sein de leur propre famille, sauf si circonstances exceptionnelles y font obstacle, et appelle à l'arrêt des placements en institution et au remplacement de ces derniers par un réseau étendu de services de proximité. Voir la recommandation en intégralité en annexe n°1



Les notions de coopération de coordination et de continuité dans le parcours ont alors toutes leur importance. Il est nécessaire d'en donner une première définition.

La coordination pourrait être ainsi posée : « C'est le processus qui consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs (avec une efficacité limitée) sans qu'il y ait nécessairement une véritable coopération qui consiste à avoir « le souci de l'autre », connaître et comprendre les contraintes et agir en conséquence, et qui est nécessaire quand il faut atteindre de hauts niveaux de performance »¹³².

Et comme le souligne M. Jaeger, la coordination peut apparaître comme une conséquence de la coopération. Cette dernière vient en « surcroît de la coordination ». La coordination se situe par conséquent, dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs.

Au sens général la coopération est l'action de participer à une œuvre, à un projet commun. Elle est définie par la capacité de collaborer à une action commune ainsi que les liens qui se tissent pour la concrétiser. Elle produit du lien. Elle génère dépendance et solidarité vis-à-vis d'un groupe et complémentarité de l'activité dans le cadre d'une finalité commune. Elle s'inscrit dans un contexte singulier et a besoin de conditions préalables à son existence. Il faut un intérêt à coopérer. Il faut un projet commun construit autour d'une représentation commune.

La continuité semble souvent dépendre, elle aussi de la coordination mais également de la coopération.. C'est être dans une cohérence des actions dans le lien et la durée. En outre, c'est aussi le « résultat d'une bonne circulation de l'information », « de bonnes relations interpersonnelles » et d'une bonne coordination des actions.

¹³² « La coordination dans le champ sanitaire et médico-social », étude réalisée pour la Fondation Paul Benetot, février 2010, p. 13.

La bonne circulation de l'information nécessite de la coordination et de la coopération et les bonnes relations interpersonnelles sont une des composantes de la coopération ¹³³.

Les professionnels chargés de l'accompagnement des personnes vulnérables travaillent en coordination et c'est cette fonction d'accompagnement qu'il faudra coordonner. La continuité de la prise en charge passe par un accompagnement individualisé. « C'est pour cela que les fonctions d'accompagnement sont des fonctions visant à améliorer la coordination et la coopération afin d'assurer cette continuité »¹³⁴.

10 ELABORATION DE LA PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE TRAVAIL

« Le raisonnement par parcours est un des moyens promu par la loi pour garantir la mise en œuvre d'accompagnements et de soins adaptés à la personne »¹³⁵. L'utilisateur est au centre du dispositif, son potentiel, ses ressources et son entourage sont ainsi sollicités et attendus. La loi du 11 février est en rupture avec la loi du 30 juin 1975 en ce sens où elle est « en rupture avec la conception du handicap, avec la conception des prestations, et avec la conception des institutions »¹³⁶. Du modèle de la logique institutionnelle avec son corollaire, une logique de place, nous passons à une logique de service qui se décline sous la forme d'une logique de parcours. La personne handicapée devient un sujet et non plus un usager. La personne est considérée comme un individu « avec des souhaits, des projets, des désirs pour sa vie »¹³⁷.

Les IME se trouvent ainsi "au carrefour de ces transformations" : volonté de modifier leurs pratiques, d'ouvrir sur des services extérieurs, de type SESSAD avec des interventions à domicile plutôt que sur site car beaucoup moins onéreuses. Le cadre des réformes oriente vers une prise en compte globale de la personne, « obligeant à sortir des murs, dépasser les cadres des équipes, des services et faire évoluer les fonctionnements et les organisations »¹³⁸. L'articulation des interventions, la coordination des activités et des prestations donnent cette possibilité de travailler sur la personnalisation des parcours et de

¹³³ Ibid., p. 14

¹³⁴ Ibid., p. 14

¹³⁵ Activités et compétences autour du parcours de vie de l'utilisateur : personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de maladie chronique, Etude réalisée par MARTIN Christine, PENSO Annick, LOUIS Pierre, LAMY Claire, ROLLET Delphine, septembre 2016.

¹³⁶ MILANO Serge, dans « Revue de droit social, mai/juin 2005.

¹³⁷ LOISEAU Martine, « Rupture et continuité : la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », ERES, 2006/1 n°63, pp.97 à 100.

¹³⁸ Activités et compétences autour du parcours de vie de l'utilisateur : personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de maladie chronique, Etude réalisée par MARTIN Christine, PENSO Annick, LOUIS Pierre, LAMY Claire, ROLLET Delphine, septembre 2016.

devenir efficient. Etre hors les murs se comprend même dans le cadre d'un accompagnement institutionnel avec la mobilisation du droit commun. Deux leviers sont préconisés pour assurer une cohérence de parcours, celui de la coordination et l'organisation de la transversalité sur le territoire.

Le travail en partenariat est développé et recherché. Les structures se rapprochent en utilisant des plateformes, des pôles de compétences (regrouper des compétences et des pratiques) pour travailler en commun et réduire les coûts.

Les besoins sont pluriels et le public est assez éloigné de la catégorie d'enfants déficients intellectuels visés par les IME au moment de leur création. Il faut alors développer une offre en tenant compte de plusieurs données:

- ✓ On parle de file active et de mode d'accompagnement plutôt que de référence à un nombre de places par forme d'accueil.
- ✓ Il y a une diversification des modalités d'accueil, l'inclusion des personnes est recherchée (chaque territoire doit avoir une logique de proximité et des modalités diverses de scolarisation).
- ✓ Il y a une spécialisation et une diversification des structures afin de mieux prendre en compte certains publics (T.E.D...).
- ✓ Il y a un développement du partenariat, des coopérations et de la coordination pour prendre en charge les personnes dans leur globalité et éviter les ruptures dans le parcours.
- ✓ Les métiers de l'action sociale sont questionnés. La qualification est à développer pour les professionnels dans le cadre de la formation continue.
- ✓ Il y a la mise en place de parcours personnalisé, en référence au Plan d'Accompagnement Global.

Cependant les situations sont de plus en plus complexes. Les besoins d'accompagnement évoluent avec l'âge, les problématiques et les pathologies.

Comment dès lors, les IME se positionnent face à ces nombreux bouleversements ?

Les équipes de ces établissements mettent en œuvre un accompagnement global tendant à favoriser l'intégration dans les différents domaines de la vie, de la formation générale et professionnelle.

Le travail avec l'ensemble des acteurs du territoire est donc une action essentielle pour

permettre de coordonner, d'organiser et de mobiliser les moyens nécessaires à l'inclusion socio professionnelle de ces personnes.

Cependant, travailler avec les autres n'est pas une donnée en soi. Plusieurs obstacles se dressent dans cette démarche pour les différents acteurs des établissements pour mener à bien cette mission. Il s'agit en effet de coordonner les différents acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement et donc de construire un travail coopératif, créer une synergie autour de projets afin de mettre en place un parcours qui réponde au plus juste aux besoins et attentes des personnes.

Le travail sur l'environnement passe de ce fait pour les institutions médico-sociales par la mise en place d'actions organisées. La coopération est un des éléments indispensables à la bonne marche d'une telle démarche.

On parle d'accompagnement par dispositifs. Il est entendu que la personne devient sujet et que comme telle l'environnement doit s'adapter et non le contraire. La loi du 11 février 2005 sur le handicap met en avant la personnalisation de l'évaluation des besoins de la personne et la prise en compte de son projet de vie. On doit alors raisonner en logique de parcours. Cette logique implique un accompagnement qui soit en lien avec les textes réglementaires, ce n'est plus un individu égale une place, mais un individu égale un parcours. Les référentiels d'actions sont les leviers pour mettre en place ces interventions. La notion d'inclusion donne plus de sens à la logique de parcours. L'institution ne se conçoit plus de la même façon, la désinstitutionalisation est inscrite dans les établissements depuis de nombreuses années et cela vient renforcer l'idée de penser la logique de parcours. Cette logique de parcours est d'autant plus présente et attendue chez les personnes en situation de handicap car désormais les attentes sont autant de leur côté que de celui de leur famille. Le projet devient un projet de vie et implique l'action de tous les acteurs. Aussi, permettre la continuité des parcours implique une construction hybride. L'établissement semble ne plus être une seule alternative. Les notions de coopération et de coordination deviennent alors essentielles. En effet, il paraît nécessaire de se pencher sur cette question de déploiement des dispositifs où se mêlent le travail avec le milieu ordinaire par l'accès aux droits communs et le travail avec le milieu spécialisé qui est représenté par les établissements et les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Un autre élément est à prendre en compte. L'augmentation du nombre d'amendements Creton dans les IME devient un problème récurrent. La rupture dans la continuité du parcours se crée car les personnes sont dans l'attente de place en secteur adulte.

Aussi, comment fluidifier ces parcours pour éviter qu'il n'y ait rupture dans l'accompagnement ou du moins pour que la continuité soit établie.

Les progrès des dispositifs d'intervention montrent les transformations en profondeur des actions sociales. La manière de prendre en charge le handicap se modifie et se transforme progressivement. Dans un contexte de ressources limitées en moyens financiers et dans un cadre réglementaire sous l'influence du Conseil de l'Europe¹³⁹ quels moyens sont à considérer pour établir une coordination, une coopération et permettre une continuité dans le parcours ?

Les IME sont invités à s'ouvrir sur la cité et sur l'environnement en prenant en compte sa mission principale qui est celle de l'accompagnement des jeunes en situation de handicap et de son utilité sociale.

Les jeunes arrivent plus tardivement en IME et y restent au-delà de l'âge limite (30% sont sous amendement Creton). Les politiques sociales développées depuis les années 2000 mettent en évidence les bouleversements que connaissent les structures qui accueillent les enfants et adolescents vulnérables. « L'individu concret », selon Nicolas Duvoux, est reconnu dans ses droits, notamment dans un parcours individualisé et coordonné. « On est plus dans le sujet qui choisit »¹⁴⁰.

Les IME ainsi ciblés, doivent revoir leurs pratiques et leur organisation pour répondre à ces nouvelles attentes et ces enjeux. Ces nouveaux défis posent plusieurs questions. Comment préparer les personnes en amont, mais également les familles ? « Permettre à la famille d'être acteur, de donner son avis, au jeune de donner également son avis »¹⁴¹.

Quels dispositifs sont à proposer pour accompagner au mieux en tenant compte des projets et aspirations des individus et leur famille, des modes de fonctionnement et d'organisation des établissements ? Quelles hybridations sont à construire ?

Quels partenariats les IME doivent-ils mobiliser sur le territoire ? Quelles coordinations des acteurs sont à réaliser afin de construire ensemble des parcours associant coordination des acteurs et reconnaissance du droit à un projet de vie ? Quelle coopération est à mettre en œuvre ?

A travers la sociologie des organisations nous proposerons une lecture de ces notions de coordination, de coopération et de continuité de parcours.

¹³⁹ Cf. la recommandation concernant la désinstitutionnalisation en annexe n° 1.

¹⁴⁰ Extrait d'entretien d'un éducateur spécialisé en IME, dans le Vaucluse.

¹⁴¹ Extrait d'entretien d'un éducateur spécialisé en IME, dans le Vaucluse.

L'approche sociologique des organisations par M. Crozier et E. Friedberg est mobilisée, notamment par le concept de l'analyse stratégique des acteurs. La compréhension des organisations permet de comprendre les interactions entre les acteurs et la coordination des activités avec l'environnement.

Ainsi, les pratiques mises en place dans les structures et services du médico-social sont de natures diverses et correspondent à des logiques différentes : gestionnaire, solidaire, structurelle, de projet, de rationalisation, d'optimisation...celles-ci confirment la complexité dans lequel s'inscrit la mise en place du parcours dans son élaboration, sa cohérence et sa continuité.

La coordination des actions faites par les différents acteurs de terrain sont également mis en lumière par H. Mintzberg et sa typologie des structures. Nous emprunterons à C. Dubar quelques éléments sur la construction des identités sociales et professionnelles.

Au travers de ces différents éléments, des constats et questionnements qui ont traversés cette première recherche, nous sommes arrivés à l'élaboration de la question de recherche suivante :

En quoi les logiques coordonnées peuvent-elles être un facteur de réussite dans la continuité des parcours des jeunes adultes en voie de sortie des IME ?

L'hypothèse que nous formulons et sa proposition de validation ou d'invalidation sera celle-ci :

L'organisation se situe plus dans une recherche de mise en conformité au regard du cadre législatif de référence et s'oriente progressivement dans un travail de coopération, travail qui participera au développement d'actions collectives. Ainsi, la prise en compte des changements dans l'organisation, rendra pérenne le parcours des usagers en évitant les ruptures.

Une **sous hypothèse** émerge : les changements impactent la question de la culture du secteur médico-social et celle de l'identité professionnelle. Ils nécessitent l'implication des principaux acteurs et leur accompagnement dans ces démarches.

PARTIE II

1 METHODOLOGIE

La première partie du mémoire a permis de délimiter l'étude réalisée. Pour cela nous nous sommes appuyés sur une documentation multiple ainsi que sur la participation à plusieurs séminaires, colloques et conférences autour de thèmes liés aux structures médico-sociales et aux I.M.E.¹⁴²

Les différents termes et vocables, ainsi que les dispositifs ont été explicités dans leur ensemble, aussi, nous pouvons commencer à dérouler l'enquête.

L'enquête a eu lieu en trois temps distincts :

- ✓ le recueil de données
- ✓ l'enquête de terrain
- ✓ Le traitement des informations

1.1 Le corpus documentaire

L'exploitation des données n'est possible sans en rechercher le sens. La littérature professionnelle de documents, d'ouvrages, de rapports et d'articles ont été une source de matériaux riches et nourrissants. Ces lectures nous ont permis d'apporter un éclairage sur la question du traitement du handicap et confronter les points de vue. En effet, un lien existe entre les institutions que représentent les IME et les politiques d'actions sociales.

L'historique proposé précédemment en partie I sur ces structures notamment, permet de rejoindre la période actuelle et la conjoncture dans laquelle nous vivons. Il montre l'héritage des IME conçus comme un équipement et qui laisse des traces dans l'organisation des établissements alors même qu'aujourd'hui on parle de « service ».

L'organisation des IME est en ce sens en pleine mutation. Le mouvement de désinstitutionnalisation vient bouleverser son fonctionnement et la notion de parcours, introduite par le législateur au travers notamment de l'orientation vers la sortie de ces jeunes adultes, vient l'interpeller.

L'utilisateur est devenu sujet et citoyen. « Les personnes handicapées se transforment en usagers d'abord parce que la loi leur donne un statut de sujet de droits »¹⁴³.

¹⁴² Cité dans la bibliographie

¹⁴³ Jean Yves BARREYRE, Vie sociale n°1, 2010, p. 8

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

Le passage de la prise en charge à la prise en compte met l'accent sur le fait que l'accompagnement est transposé également aux institutions de droit commun. Aussi, cela n'est pas sans répercussion au niveau de l'organisation spécialisée. Cette dernière est questionnée dans ses fondements et surtout elle se doit de s'adapter et faire preuve d'innovation.

Quelle sera la place des IME dans la recomposition du secteur médico-social et sur un plan territorial ?

Lors de cette enquête, la volonté de poursuivre cette recherche théorique m'a amenée à participer à différents séminaires, colloques, congrès portant sur l'intervention sociale en IME mais aussi, sur les rapprochements et les questionnements de la prise en charge de l'enfance inadaptée et adaptée. Le support de l'enquête repose sur une enquête par entretiens qui sera développée plus en avant, enquête qui a été menée sur trois périodes distinctes. La recherche de « terrain » s'appuie sur l'observation de situations réelles, des descriptions et interactions des pratiques et sur la prise en compte dans ces descriptions des points de vue des acteurs (professionnels des structures et services du médico-social).

L'enquête réalisée a pour objectif d'identifier la notion de parcours des usagers dans le secteur du médico-social et la continuité des parcours et plus précisément sur les jeunes issus des S.I.P.F.P. À partir du recueil des informations, comment les IME pourraient-ils proposer des services qui tiennent compte des contraintes des politiques sociales de ce secteur et du besoin de renouveau des prises en compte de l'accompagnement et de la construction du parcours des personnes ?

Comment les notions de coordination et de coopération, issues de la loi de 2002-2 viennent « percuter » les organisations dans leur fondement ?

L'enquête a également, pour but de cerner comment les problématiques présentes au sein des institutions et la mise en action de modes d'intervention mais aussi de déterminer comment les IME agissent pour réguler ces problématiques.

1.2 Le dispositif d'enquête par entretiens

Afin d'étudier l'impact des changements opérés dans l'organisation des établissements et services du médico-social et sur l'identité des professionnels de terrain, le choix s'est porté sur les entretiens semi directifs. Le but est d'obtenir des éléments sur la réalité du terrain pour mettre en évidence des manifestations et permettre de valider mes questionnements ou d'en faire apparaître de nouveaux. La construction des grilles d'entretien a été nécessaire pour rendre possible l'identification des indicateurs servant à vérifier les hypothèses de départ.

Les entretiens ont été réalisés sur rendez-vous en ayant pris soin d'expliquer au préalable, quelle était la démarche de cette étude. Dans un souci d'éthique, tous les entretiens sont anonymes bien qu'ils aient été enregistrés. Une seule personne a refusé d'être enregistrée car elle ne souhaitait pas qu'un enregistrement existe malgré la garantie de l'anonymat des entretiens et leur retranscription. La retranscription de cet entretien a été faite simultanément et, pour certaines réponses l'intégralité de l'information n'a pas été retenue. En effet, beaucoup de choses sont dites lors des entretiens et l'enregistrement permet notamment de rendre compte de l'ensemble du discours et de ce qui se joue lors des échanges (bruits environnants, rupture lors de l'échange par des événements extérieurs, coup de téléphone...) et permet une écoute plus approfondie tout au long de l'échange. La prise de notes et l'écoute sont parfois difficiles à mener simultanément.

La durée des entretiens varie de 46 minutes à 2h56 minutes. Tous les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité. Cette dernière, nous est rapidement apparue comme une réelle difficulté, et beaucoup de temps a été consacré à chaque retranscription.

Chaque entretien débute par la garantie du respect de l'anonymat de la personne interviewée. Afin d'établir un climat de confiance, une question sur le parcours de formation et professionnel est proposée. C'est, également en référence au processus identitaire biographique évoqué par C. Dubar pour lequel l'identité personnelle et l'identité professionnelle sont liées et favorisent une compréhension du parcours.¹⁴⁴ Les entretiens avec les professionnels ont été réalisés sur leur lieu de travail, sur des temps qui hors temps de travail mais, sur des temps de pauses et parfois sur des temps personnels. Les personnes ont été d'une grande disponibilité et n'hésitent pas à s'investir sur des temps personnels en établissement et à leur domicile. Je tiens à les remercier pour leur grande disponibilité et leur accueil.

¹⁴⁴ DUBAR C., TRIPIER P., Sociologie des professions, Armand Colin, Paris, 1998. ¹⁴⁴

1.3 Les objectifs des entretiens

L'exploration par entretien participe à la construction de la problématique pour comprendre les processus en œuvre dans les institutions médico-sociales sur les pratiques des organisations pour permettre la continuité des parcours des usagers. Elle a pour objectif d'identifier les perceptions et les interprétations, repérer les problèmes et recenser les modes d'interventions à partir de la question de départ :

En quoi les logiques coordonnées permettent-elles une continuité de parcours des jeunes en voie de sortie des I.M.E ?

Ce travail d'enquête va nous permettre d'observer les répercussions des politiques actuelles dans les organisations, sur les identités professionnelles des acteurs de terrain, et sur l'accompagnement des publics en voie de sortie des IME. Nous nous interrogeons aussi sur l'existence d'une spécificité de l'accompagnement porté par ces structures, et comment la poursuite des parcours s'effectue en étant à la fois sur les notions de coordination et de coopération.

1.4 Les difficultés dans la réalisation des entretiens :

L'objet d'étude n'a pas été compris ou bien appréhendé par certaines personnes sollicitées malgré des explications sur la démarche entreprise. De fait, elles n'ont pas souhaité donner suite aux appels et aux courriels. D'autres n'ont pas désiré être interrogées pour plusieurs raisons : indisponibilité d'agenda, rendez-vous manqués et non reprogrammés, annulation au dernier moment ou pour certains la volonté de ne pas participer à un entretien sur le sujet.

Aussi, nous pourrions parfois nous poser la question sur la volonté de ces personnes de ne pas s'exprimer, par crainte des questions, peut-être par peur de ne pas savoir répondre ou mal répondre. L'entretien en cela est complexe parce qu'il montre à la fois la part d'intimité que cela suscite même si l'ensemble de la grille d'entretien reste sur des aspects non personnel et surtout descriptifs et l'intérêt qu'il génère chez certaines personnes parce qu'il leur procure un lieu de réflexion sur des pratiques professionnelles ou un moment de prise de recul par rapport à leur travail au quotidien. L'anonymat a facilité cette démarche et les personnes ne se sont senties en aucun moment jugées dans leurs propos sur la bonne ou mauvaise réponse, bien qu'il n'y ait pas de bonne ou de mauvaise réponse. Les lectures préalables ont permis de poser les premières questions ou « plus exactement, de poser de nouvelles questions à une réalité sociale elle-même changeante. Car vous apprenez,

chemin faisant, que la recherche consiste d'abord à poser de bonnes questions »¹⁴⁵.

Mais aussi, trouver un langage commun car malgré un « français standard », « le vocabulaire de base des enquêtés présente de nombreuses particularités, d'autant plus propices aux malentendus que vos interlocuteurs et vous croyez sincèrement partagez la même langue »¹⁴⁶.

Il y a également ce qu'en fait l'enquêteur et ce qu'il en retira lors de l'analyse du matériau en fonction de la grille de lecture qui a été élaborée à cet effet.

1.5 Les entretiens semi directifs

Pour aller à la rencontre des réalités du terrain, il nous fallait envisager une méthode de travail pertinente. Le choix des entretiens semi directifs est apparu le mieux approprié pour le sujet. En effet, il permettait une ouverture plus large, pour nuancer et faciliter les réponses des interviewés en évitant d'induire ou orienter les types de réponse.

C'est d'ailleurs pourquoi nous avons établi un guide, une trame, afin que les entretiens ne perdent pas l'objectif fixé. Celui-ci nous a servi de fil conducteur discret pour relancer l'entretien sans induire les réponses mais en maintenant le cap vers l'objectif de la recherche.

Ma méthodologie de travail a été celle d'une recherche hypothético déductive. Trois phases ont été nécessaires dans cette recherche. Elles ont permis de définir une temporalité, à mettre en lien avec celle des structures, la notion de parcours et des actions construites.

L'entretien exploratoire

A partir de la question de départ, il s'agissait d'aller à la rencontre du personnel des structures et services œuvrant dans le même champ d'action et recueillir leur ressenti, leur mode de fonctionnement et d'organisation, et leurs actions.

Les entretiens de recherche à partir de la question de recherche

Il s'agissait d'élargir le périmètre de recherche et donc d'aller interroger des professionnels travaillant dans des structures et services du médico-social.

Les entretiens complémentaires

¹⁴⁵ BEAUD S., WEBER F. Guide l'enquête de terrain, Ed. La découverte, quatrième édition augmentée, Paris, 2010, p. 50.

¹⁴⁶ Ibid., p. 51

La recherche a ouvert de nouvelles voies de réflexion et des pistes qu'il paraissait nécessaire de prendre en compte afin de comprendre les changements. Mais également, le temps de la recherche n'est pas figé et il est en perpétuel mouvement. La réflexion se poursuit même si le temps de la rédaction impose un arrêt sur image.

1.6 Le corpus des entretiens

Le choix des personnes interrogées

Deux types de professionnels ont pu être interrogés lors des différents entretiens. « Chaque situation d'entretien engage dans une interrelation délicate la position sociale de l'un et de l'autre, de l'interviewé et de l'interviewer »¹⁴⁷.

Les personnes qui ont été sollicitées pour mener à bien cette étude sont celles affectées à la direction de structure (cadre dirigeant et cadre intermédiaire) et les personnels éducatifs et/ou techniques (éducateur spécialisé, moniteur éducateur, moniteur d'atelier, éducateur technique spécialisé).

A noter que pour la première série d'entretiens, les entretiens exploratoires, un type de professionnels a été sollicité, ceux affectés à la direction (direction et cadres intermédiaires).

Pour la plupart des entretiens les contacts ont été plus ou moins facilités par les connaissances de certains professionnels et de certains établissements et services. En effet, pour certains entretiens le fait d'être en relation avec d'autres professionnels issus du secteur médico-social a facilité les rencontres et l'acceptation de participer à cette recherche.

Pour d'autres, il a été plus délicat et plus difficile d'obtenir des rendez-vous. Notamment au niveau des personnels de direction dans la mesure où, pour certaines structures, la première barrière du secrétariat a été difficilement franchie. Les appels téléphoniques ont été nombreux et parfois peu fructueux. L'utilisation du mail a été également un outil aux résultats peu productifs. Les personnes ont été généralement plus accessibles après plusieurs appels préférant probablement entendre la voix de leur interlocuteur plutôt qu'un message envoyé par email. Les charges administratives de certains dirigeants et les emplois du temps des directeurs ont parfois été des freins à la réalisation d'entretiens mais dans la plupart des cas, les personnes se sont rendues disponibles et accueillantes. Les refus

¹⁴⁷ PINÇON Michel, PINÇON-CHARLOT Monique, Pratiques d'enquête dans l'aristocratie et la grande bourgeoisie : distance sociale et conditions spécifiques de l'entretien semi-directif. In: Genèses, 3, 1991. La construction du syndicalisme. pp.120-133.

sont plutôt à mettre en lien avec une indisponibilité d'agenda. Seules deux personnes ont manifesté leur volonté de ne pas participer à cette recherche

✓ Les entretiens exploratoires

Personnel de la direction
Directrice générale
Directrice IME
Directeur adjoint IME
Directeur adjoint IME
Directrice IME

✓ Les entretiens à partir de la question de recherche

Personnel de la direction	Personnel éducatif et/ou technique
Directrice IME	ETS ESAT (Femme)
Chef de service ESAT (Femme)	ETS IME (Homme)
Chef de Service SAVS (Femme)	ES IME (Femme)
Directeur IME	ES SAVS (Homme)
Coordonnateur SAVS	ES IME (Femme)
Directrice Générale SAVS, Foyer	ES IME (Homme)
Responsable Foyer d'hébergement (Femme)	M.E ESAT (Femme)
Directeur ESAT	

✓ Les entretiens complémentaires

Personnel de la direction	Personnel éducatif et/ou technique
Chef de service IME (Femme)	ES IME (Homme)
Cadre socio-éducatif (Femme)	

1.7 Deux territoires comme terrain d'enquête

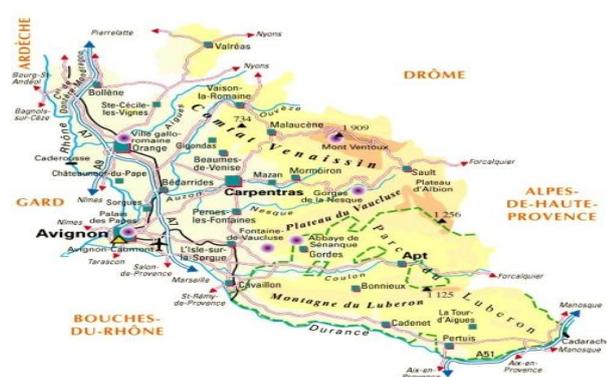
Le terrain d'enquête s'est effectué sur deux départements : les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse. Pour rendre compte du terrain, il était intéressant d'aller enquêter dans deux départements limitrophes. En effet, ces départements sont de tailles différentes (le Vaucluse a une superficie moindre comparée aux Bouches-du-Rhône) et les territoires sont couverts de manière différente en matière d'infrastructures. Historiquement la région P.A.C.A à laquelle ces deux départements appartiennent, possède des taux d'équipements en établissements pour enfants-adolescents handicapés inférieurs à la moyenne nationale, quelle que soit la déficience.

Depuis 2004, ces taux d'équipements sont stables : l'augmentation des capacités ne compense pas la croissance démographique que l'on observe depuis 2000¹⁴⁸.

Bouches-du-Rhône



Vaucluse



Le département des Bouches-du-Rhône est presque 1,5 fois plus grand et 4 fois plus dense en population que le Vaucluse. Cependant, le Vaucluse possède plus de communes. « Le Vaucluse, on est sûr quelque chose de très émietté, très dispersé. Le Vaucluse est un département où les opérateurs sont très nombreux, très nombreux et très émiettés »¹⁴⁹.

Tableau comparatif ¹⁵⁰

Bouches-du-Rhône		Vaucluse	
Population	1,993 million	Population	549 949
Superficie	5 087 km²	Superficie	3 567 km²
Communes	119	Communes	151

¹⁴⁸ Etat des lieux de l'offre de santé en région PACA, ARS PACA.

¹⁴⁹ Directrice générale, série des entretiens exploratoires.

¹⁵⁰ Wikipédia, Chiffres de 2013

On dénombre environ 126 établissements et services dans le secteur du médico-social dans la branche secteur handicap dans le Vaucluse et environ 324 établissements et services dans le secteur du médico-social dans la branche secteur handicap dans les Bouches du Rhône.

On constate également une disparité dans les équipements (structures et services). Néanmoins, si on fait le ratio habitants/ structures- services, le Vaucluse est couvert différemment en comparaison des Bouches du Rhône. Cependant, les structures sont assez éparses, diverses et plutôt de petite taille.

Deux secteurs d'activité :

L'enquête s'est déroulée auprès d'établissements publics et d'associations. Afin d'avoir une vision d'ensemble des différentes structures et services qui ont été nos matériaux d'enquête nous proposons le tableau que l'on peut trouver en annexe n°2.

1.8 Les thématiques des entretiens

Nous avons utilisé deux grilles lors des différents entretiens. Une première grille pour les cadres et responsables de direction et une deuxième, pour les personnels éducatifs ou techniques. Ces grilles se trouvent en annexe n°3.

1.8.1 Pour les cadres et responsables de direction :

- ✓ Le parcours de formation et professionnel,
- ✓ L'antériorité dans le secteur du médico-social,
- ✓ Les missions de la structure,
- ✓ Le cadre législatif et les outils, les lois propres au secteur,
- ✓ Le public,
- ✓ Le partenariat,
- ✓ L'organisation de missions,
- ✓ Les enjeux du secteur.

1.8.2 Pour les personnels éducatifs et techniques :

- ✓ Le parcours de formation et professionnel,
- ✓ L'antériorité dans le secteur du médico-social,
- ✓ Les missions de la structure,
- ✓ Les missions sur le poste,
- ✓ La mise en place des outils, les lois référentes au secteur,
- ✓ Le public,
- ✓ Le partenariat,
- ✓ Les évolutions dans les missions.

2 LE CADRE THEORIQUE DE REFERENCE

Dans cette partie se croisent les données de terrain et les analyses en lien avec notre cadre théorique. Celui-ci est emprunté à la sociologie des organisations. Nous pourrions le définir ainsi : C'est étudier comment les membres d'une organisation, que l'on nommera les acteurs, construisent et coordonnent des activités collectives organisées.

Le terme organisation en sociologie possède trois sens distincts:

- C'est un regroupement d'humains qui coordonnent leurs activités pour atteindre certains buts. L'organisation est alors envisagée comme une réponse au problème de l'action collective organisée, de sa coordination et de sa stabilisation.
- Ce sont les diverses façons par lesquelles ces groupements structurent les moyens dont ils disposent pour parvenir à leurs fins.
- C'est l'action d'organiser, ou encore le processus qui engendre les groupements ou les structures d'organisation.

Il y a autant de formes spécifiques d'organisations que d'objectifs justifiant l'action collective : économique, sociale, politique, religieuse, écologique, caritatives, etc.

La diversité dans l'organisation est également liée à son degré de complexité et à des paramètres tels la taille, la technologie, le contexte...¹⁵¹

Notre choix s'est porté plus principalement sur l'analyse stratégique. En effet, au vue des premiers éléments d'enquête, il est apparu que le concept mobilisable avait une dimension qui s'apparentait à la théorie de l'acteur stratégique développée par E. Friedberg et M.

¹⁵¹ Wikipédia, Sociologie des organisations
Touta ABED – Mémoire DEIS
Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

Crozier dans leur ouvrage : L'acteur et le système.

L'analyse stratégique se positionne sur le plan des relations de pouvoir entre les acteurs et les règles implicites qui gouvernent leurs interactions. Dans ce cadre-là nous parlerons de jeux.

L'organisation est vue comme « le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage et du calcul »¹⁵² mais aussi « comme construit humain qui n'a de sens en dehors des rapports de ses membres »¹⁵³.

A travers les divers extraits d'entretiens, nous tenterons de montrer comment l'analyse de notre terrain peut relever de l'analyse stratégique. Les résultats obtenus nous permettront de valider ou invalider notre hypothèse de travail.

Nous nous référons également à H. Mintzberg. Pour lui, la structure organisationnelle est liée à la nature de l'environnement et aux buts que se fixent les dirigeants. Il propose la typologie d'organisations suivante :

- Structure simple ou organisation entrepreneuriale
- Bureaucratie ou organisation mécaniste
- Structure diversifiée ou organisation divisionnalisée
- Bureaucratie ou organisation professionnelle
- Adhocratie ou organisation innovatrice
- Organisation missionnaire
- Organisation politisée

Un point sera apporté sur l'identité sociale et professionnelle telle qu'elle est définie par C. Dubar.

Pour rappel, notre hypothèse de travail est ainsi définie : les organisations sont dans une recherche de mise en conformité et effectue progressivement un travail de coopération qui permet le développement d'une action commune.

Ainsi, elle peut amener à une prise en compte d'une évolution dans les interventions et ce dans le but de permettre des parcours sans rupture.

Une sous hypothèse émerge : le changement impacte la question de l'identité professionnelle et ne se fait pas de manière linéaire. Il nécessite l'implication des principaux acteurs et l'accompagnement dans cette démarche.

¹⁵² CROZIER M., FRIEDBERG E. L'acteur et le système, Ed. Point Politique, Paris, 1985, p. 45

¹⁵³ Ibid. p.50

Aussi, qu'en est-il de l'acteur ?

Il peut être une personne, un groupe d'individus, une organisation voire, une institution, avec un ou plusieurs porte-parole. Pour M. Crozier, cet acteur est un « acteur stratégique ». Nous déterminerons l'acteur comme étant l'organisation. Le but est d'envisager sur une autre modalité la problématique du changement.

2.1 Les Concepts mobilisés

L'analyse stratégique telle qu'elle est présentée par M. Crozier et E. Friedberg, se fonde sur quatre postulats :

- L'organisation est un construit, en aucun cas une réponse aux contraintes. Ces sont les acteurs qui construisent ensemble les réponses à ces contraintes.
- Les hommes n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service des buts des organisateurs. Chacun a ses buts, ses objectifs propres. Les acteurs interprètent un rôle dans l'organisation et ont des objectifs différents.
- L'accent est mis sur la liberté de l'acteur et sur son autonomie. Ici, le rôle n'est pas présenté selon la manière classique en sociologie comme une attente de comportements dans des positions définies socialement. Il est vu sous l'aspect de la liberté d'interprétation de l'acteur qui en modifie toujours la définition et le contenu.

Pour P. Berthoux, « Mettre l'accent sur cette autonomie, c'est aussi le faire sur le moyen de régulation de ces libertés qu'est le pouvoir. Les acteurs engagent leur autonomie dans des zones mal règlementées de l'organisation. Ces autonomies se combinent dans des jeux de pouvoir, le pouvoir central essayant de contrôler l'autonomie des acteurs qui, à leur tour, tentent de lui échapper »¹⁵⁴.

- Les stratégies des acteurs sont toujours rationnelles, mais d'une rationalité limitée et contingente. Il ne s'agit pas seulement de limites venant des imperfections des connaissances et de l'information. Mais plutôt d'un phénomène lié aux représentations et aux capacités cognitives : chacun voit l'organisation sous l'aspect de ses objectifs¹⁵⁵. Chaque acteur a un champ de compétence particulier et des connaissances limitées par ce champ. Chacun défend son domaine et le fait d'autant plus qu'il puise ses convictions dans sa pratique quotidienne, dans sa logique.

¹⁵⁴ BERTHOUX P, La sociologie des organisations, 6^{ème} édition, Ed. Du Seuil, Paris, 2009, p.150

¹⁵⁵ Les commerciaux valorisent leur fonction contre les gens de production qui font de même, etc.

Le concept de stratégie est donc central. L'acteur n'a que rarement des objectifs clairs ni des projets cohérents. Son comportement est actif, rationnel mais sa rationalité se définit plus par rapport aux opportunités que lui offre l'organisation et aux comportements des autres acteurs que par rapport à des objectifs ou des projets cohérents. Il ne choisit jamais la solution optimale, mais "il décide de façon séquentielle et choisit pour chaque problème qu'il a à résoudre la première solution qui correspond pour lui à un seuil minimal de satisfaction".¹⁵⁶ Il peut être offensif, cherchant des opportunités pour améliorer sa situation, ou défensif, maintenant sa marge de liberté et sa capacité à agir. Enfin, la stratégie d'un acteur s'appréhende à travers les régularités de ses comportements.

L'acteur comme l'organisation, ne peut s'analyser indépendamment de son environnement. Celui-ci se manifeste à travers des réseaux et des relais.¹⁵⁷ Ces relais ont un double rôle : ils informent l'organisation et ils la représentent. Ils sont complémentaires. Ils jouent le rôle de réducteurs d'incertitude, élargissant les systèmes et sous-systèmes de jeux qui structurent les organisations. Leur pouvoir n'est pas illimité, en effet, la relation de dépendance est réciproque.

Enfin, parce que dans tout groupe, donc dans l'entreprise aussi, les besoins sont transformés en enjeux et que c'est ceux-ci qui doivent être l'objet de l'analyse.

Or, dans les faits, s'il est vrai que l'individu prend en compte ses aspirations et ses projets, ses comportements sont liés aux opportunités que lui offre la situation d'action dans laquelle il est engagé. Il change d'aspirations et de projets en fonction des opportunités qui lui sont fournies.

"L'autorité est une autre façon de parler du consentement et de la capacité des individus de se soumettre aux nécessités des systèmes coopératifs. L'autorité provient des limites technologiques et sociales des systèmes coopératifs d'une part, et des individus d'autre part. En conséquence, le statut de l'autorité dans une société constitue en quelque sorte une mesure à la fois du développement des individus et des conditions technologiques qui prévalent dans cette société à un moment donné"¹⁵⁸.

¹⁵⁶ CROZIER M., FRIEDBERG E. L'acteur et le système, Edition Point Politique, 1985, Paris, p. 54

¹⁵⁷ Comme "les fournisseurs, les banquiers, les sous-traitants, les agences de placement de la main d'œuvre, voire les syndicats ouvriers, les réseaux de représentants, (...). Ce peuvent être des associations de parents d'élèves, (...), des élus politiques..."

¹⁵⁸ CROZIER M., FRIEDBERG E. L'acteur et le système, Edition Point Politique, 1985, Paris.

H. Mintzberg propose la typologie d'organisations suivante :

	Structure simple	Bureaucratie mécaniste	Bureaucratie professionnelle	Forme divisionnelle	Adhocratie
Elément clé de l'organisation	Sommet stratégique	Technostructure	Centre opérationnel	Ligne hiérarchique	Fonctionnel de support (avec le centre opérationnel dans le cas d'une Adhocratie d'exploitation)
Mode principal de coordination	Supervision directe	Standardisation des tâches	Standardisation des compétences	Standardisation des résultats	Ajustement mutuel
Age et taille de l'organisation	Organisation plutôt jeune et de petite taille	Organisation généralement ancienne et de grande taille	Variables	Organisation généralement ancienne et de grande taille	Organisation le plus souvent jeune ; taille variable
Environnement	Simple et dynamique	Simple et stable	Complexe et stable	Relativement simple et stable	Complexe et dynamique
Système technique	Simple	Peu complexe	D'ordinaire peu complexe	Variable selon les divisions	Le plus souvent complexe

Nous nous attacherons à certains éléments du tableau pour rendre compte de l'analyse de notre terrain d'enquête. « L'organisation peut être regardée comme un rassemblement de ressources humaines, matérielles, de travail et de capital, influencées par une diversité de contraintes et d'opportunités, internes et externes. H. Mintzberg la situe comme un ensemble de personnes entreprenant une action collective à la poursuite d'une action commune »¹⁵⁹.

Un chapitre sera concentré sur l'identité professionnelle.

2.2 Les premiers éléments d'enquête

Nous avons identifié trois acteurs :

- Acteur 1 : Les IME
- Acteur 2 : Les ESAT
- Acteur 3 : Les SAVS et les Foyers

¹⁵⁹ LEFREVRE P., « Théories et stratégies du management », Les cahiers de l'Actif, n°314/317, pp.27-38
Touta ABED – Mémoire DEIS
Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

Acteur 1 : CADRES	Acteur 1 : PROFESSIONNELS DE TERRAIN
Une expérience de plusieurs années dans le secteur du médico-social pour la plupart.	Une expérience de plusieurs années dans le secteur du médico-social pour la plupart.
L'importance de faire du lien entre le territoire (offre de service) et géographie du territoire (plus révélateur dans un département)	
Le déploiement en lien avec la taille des associations.	Le déploiement en lien avec la taille des associations.
Le partenariat développé et encouragé.	Le partenariat développé et encouragé.
L'usager au cœur du dispositif d'accompagnement.	L'usager au cœur du dispositif d'accompagnement.
Acteurs repérés et offre de service connue. Partenariat et maillage piliers importants du développement des structures.	
Les structures en règle au niveau de leur législation. Evaluations externes à jour dans les établissements.	Les structures en règle au niveau de leur législation. Evaluations externes à jour dans les établissements
Evolution du public.	Evolution du public
	Perception des changements dans leurs missions par les professionnels de terrain. Identité professionnelle en questionnement.

Acteur 2 : CADRES	Acteur 2 : PROFESSIONNELS DE TERRAIN
	Bonne expérience dans le secteur médico-social
Retard dans la mise en place des outils pour certains ESAT. Recherche de mise en conformité suite à l'évaluation externe.	Retard dans la mise en place des outils pour certains ESAT. Recherche de mise en conformité suite à l'évaluation externe.
Evolution du public.	Evolution du public.
L'usager au cœur du dispositif d'accompagnement malgré la mise en place tardive des outils de la loi 2002-2.	L'usager au cœur du dispositif d'accompagnement malgré la mise en place tardive des outils de la loi 2002-2.
La production occupe une place important dans la recherche de rentabilité.	La production occupe une place importante dans les missions.
	Nécessité de trouver l'équilibre entre production et les missions d'accompagnement.
Structures identifiées par les partenaires. Partenariat de proximité ou en lien avec l'association.	Structures identifiées par les partenaires. Partenariat de proximité ou en lien avec l'association
Développement plutôt par extension des structures qu'une coopération et mutualisation des ressources.	
Logique de développement en intra à travers les services et prestations proposés. Ouverture sur l'environnement donnée nécessaire mais lentement développée.	Ouverture sur l'environnement donnée nécessaire mais lentement développée.
	Perception des changements dans leurs missions par les professionnels de terrain. Identité professionnelle en questionnement.

Acteur 3 : CADRES	Acteur 3 : PROFESSIONNELS DE TERRAIN
Bonne expérience dans le secteur médico-social	Bonne expérience dans le secteur médico-social
Services issus du développement des associations pour répondre dans un premier temps aux accompagnements en interne et élargissement ultérieur au regard des demandes des financeurs.	Services issus du développement des associations pour répondre dans un premier temps aux accompagnements en interne et élargissement ultérieur au regard des demandes des financeurs
Evolution du public.	Evolution du public.
Réglementations à jour dans l'ensemble des services.	Réglementations à jour dans l'ensemble des services.
Usager au cœur du dispositif d'accompagnement.	Usager au cœur du dispositif d'accompagnement.
Partenariat important. Structure identifiée et reconnue. Partenariat recherché et encouragé. Partenariat de fait.	Partenariat important. Structure identifiée et reconnue. Partenariat recherché et encouragé.
Développement de l'association donnée nécessaire au regard des contraintes et enjeux du secteur.	
Développement plutôt par extension des structures qu'une coopération et mutualisation des ressources.	
Notion de parcours présente mais peu représentée.	Notion de parcours présente mais peu représentée.
Nombreux services sur le territoire mais pas de couverture de l'ensemble des demandes.	Nombreux services sur le territoire mais pas de couverture de l'ensemble des demandes.
	Perception des changements dans leurs missions par les professionnels de terrain. Identité professionnelle en questionnement.

Deux types de professionnels sont également identifiés : les cadres et les professionnels de terrain (éducateur spécialisé et/ou technique et moniteur d'atelier).

Lors des entretiens, à travers les grilles de recherche¹⁶⁰, les réponses ont été différentes selon le point de vue de l'interviewé, selon sa position au sein de l'organisation. Afin de donner sens à notre analyse, nous avons élaboré deux grilles. Dans la grille d'analyse n°1, présentée dans l'annexe n°3, les réponses ont permis de faire ressortir des tendances. Dans la majeure partie des cas, les réponses aux questions se recourent.

On retrouve des constantes dans les éléments présentés ci-dessus notamment pour tout ce qui concerne l'évolution du public, l'usager au cœur du dispositif, les outils de références et la législation, la place du travail en partenariat, l'accompagnement et la notion de parcours, le déploiement de la structure, sa politique de développement et ses effets.

¹⁶⁰ Voir en annexe n° 3 les grilles d'entretien

2.3 Principaux constats émergeant en première lecture du terrain d'enquête

Une évolution des publics, le glissement du sanitaire vers le médico-social, l'impact des lois (le cadre de référence et la mise en conformité), l'identité professionnelle interrogée, sont les constats que nous avons rencontré lors de l'analyse du terrain dans un premier temps. La question de l'identité professionnelle sera étudiée plus en détail en fin de chapitre. Ces différents éléments vont servir à vérifier ce que nous avançons plus haut dans notre hypothèse de travail. Ces changements ainsi que les réglementations viennent impacter les structures et mettre en perspective le questionnement de leur utilité et de leur interventions auprès des publics qu'ils accueillent au regard de l'environnement tel qu'il se définit actuellement.

2.3.1 L'évolution du public

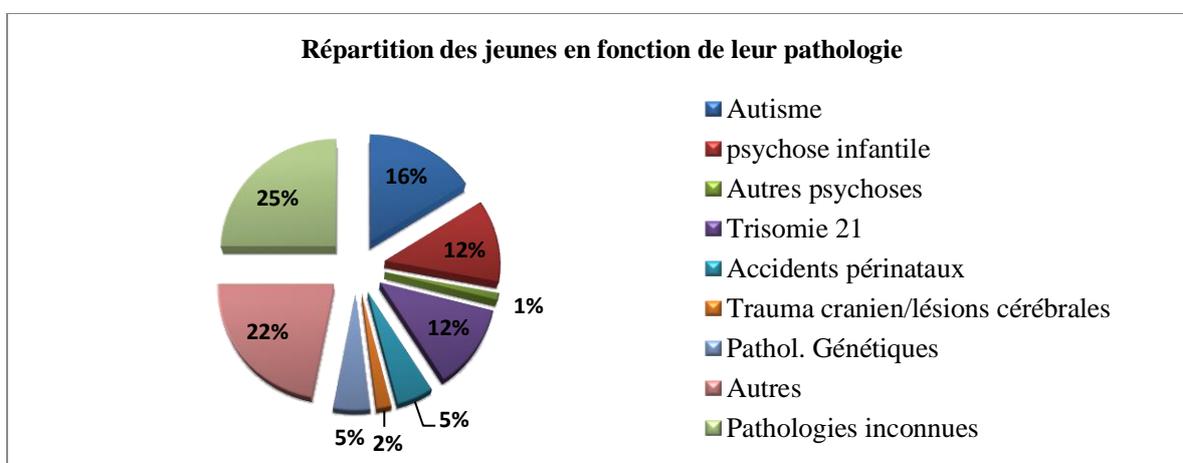
A travers les diverses études réalisées et les constats de terrain par les différents professionnels interrogés, on peut noter une évolution des publics.

Nous proposons deux types de références pour rendre compte de cet état de fait. Nous proposons ainsi de présenter un tableau comparatif des différentes pathologies et déficiences présentes dans les I.M.E et un graphique de la répartition des jeunes en fonction de leur pathologie seront nos sources de référence.

Ce tableau est présenté en annexe n° 5. On retient cependant que la part des enfants atteint de déficience est passée de 76,3% au 31 12 2006 à 75% au 31 12 2010. Et dans un même temps, la part des enfants atteint de troubles du psychisme est passée de 17% au 31 12 2006 à 18,9% au 31 12 2010.

Le graphique suivant nous indique la répartition des jeunes en fonction de leur pathologie.

Graphique 1. Répartition des jeunes en fonction de leur pathologie



A travers les divers entretiens, une thématique est ressortie très fréquemment. Pour les différents professionnels interrogés, le public a changé. Ils constatent une évolution du public avec une prise en charge qui nécessite d'autres compétences du fait de ces nouveaux publics, mais également des freins à la fluidité des parcours avec notamment la progression des amendements Creton dans les IME. La question de l'orientation à la sortie s'en trouve impactée par le manque de place dans les structures pour adultes.

Les extraits d'entretiens suivants serviront à illustrer le propos et déterminer l'objet de notre hypothèse.

« De public moi alors là l'évolution était flagrante. On le sentait déjà venir sur l'A., ici ça a mis un peu plus de temps même si le groupe de transition a été créé pour les jeunes en plus grosses difficultés sans solutions sur le Vaucluse donc on avait forcément des jeunes avec un plus lourd handicap mais moi l'évolution je dis souvent qu'il y a un grand écart. C'est-à-dire qu'il y a l'évolution du côté des jeunes qui sont scolarisés très longtemps maintenant et qui nous arrivent après 16 ans ou à 12 ans, à la jonction de 12 ans et donc du coup ils n'ont pas connu l'institution et puis d'un seul coup ils arrivent en I.M.E avec une déficience ma foi plutôt légère mais des troubles du comportement derrière, plutôt un retard en fait on va dire scolaire avec des troubles psychoaffectifs du développement et tout. Ce qui amène ici à l'I.M.E des jeunes ados, pré-ados avec tous les codes sociaux avec la façon d'être complètement adaptée mais une déficience quand même, une fragilité et une vulnérabilité mais avec du coup des troubles du comportement, des façons d'être où on est plus sur le côté comportement et psychoaffectif et social... et voilà et puis on a la population de l'autre extrême si j'essaie vraiment de, on a une déficience beaucoup plus importante avec des troubles psychiatriques plus importants, autisme, TED mais aussi voilà avec des jeunes qui sont vraiment en grosse difficulté de communication, de relation donc sur un petit I.M.E comme ça à les faire vivre ensemble on arrive à ...et c'est hyper compliqué parce que du coup... [...] »

Donc ça c'est une grosse évolution de public pour moi. Après l'évolution de public on s'en rend
 Touta ABED – Mémoire DEIS
 Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

compte aussi, beaucoup de difficultés sociales, avec beaucoup plus de jeunes placés en famille d'accueil et suivis par l'A.S.E. Donc pour nous l'évolution c'est de, on a toujours fait même à l'A. Et même ici mais encore plus, on peut dire qu'avant sur 40 jeunes si il y avait 4/5 jeunes placés en famille d'accueil. Là on va dire que c'est une bonne dizaine, douzaine de jeunes avec A.E.M.O, famille d'accueil et tout ça.»¹⁶¹

« Sur l'autorisation IME, j'ai envie de dire, on est sur la D.I avec ou sans troubles associés. Aujourd'hui c'est la part des troubles associés, qui peuvent être de nature autistique, psychique, qui peuvent être de plein de nature sociales et familiales etc. C'est cette part- là qui est plus importante qu'avant »¹⁶².

« C'est bien de voir un peu les écarts qu'il peut y avoir entre un agrément et puis après l'hétérogénéité des publics. [...] Voilà et qui en fait permettent d'avoir une palette de prise en charge pour l'IME et d'être le plus en adéquation avec les besoins parce que des fois on a des enfants qui sont ...on a un public relativement hétérogène en I.M.E; c'est à la fois riche et à la fois il y a de grandes limites en termes de cohabitation, donc du coup c'est vrai il y a un peu une vague, une vague à la mode, je ne pense pas que ce soit une vague à la mode où effectivement c'est se dire comment finalement les IME vont de plus en plus s'ouvrir sur la cité ».¹⁶³

"Voilà ils commencent à rentrer plus tard. Il y en a beaucoup qui arrivent à 12 ans, en fin de prise en charge en C.L.I.S »¹⁶⁴.

« Il y a eu beaucoup de personnes avec des troubles psychiatriques et psychiques avec la reconnaissance du handicap psychique en 2005. On intègre souvent des troubles associés, de moins en moins de public trisomique par contre.»¹⁶⁵

« Ça demande un tout petit peu de penser d'avenir et de savoir justement comment vers quelles orientations on va aller, on va nous faire aller, quel type de public on va accueillir. On accueille de plus en plus un public avec des troubles associés à de la déficience intellectuelle puisqu'au jour d'aujourd'hui les enfants qui n'ont ou qui ne présentent qu'une déficience intellectuelle sont maintenus dans le milieu ordinaire via éventuellement les classes intégrées etc... Mais ils sont quand même maintenus dans le milieu ordinaire, c'est pour ça d'ailleurs qu'ils nous arrivent et que les demandes d'admission qui nous arrivent sont de plus en plus à un âge tardif »¹⁶⁶.

« Et des personnes qui ont une maladie mentale, les schizophrènes et tout ça. Avec 2005, il y a eu cette ouverture

Depuis quelques années on accueille des personnes qui sont dans le handicap social on va dire (échec scolaire, troubles du comportement, c'est par rapport à leur parcours). Et psychisme »¹⁶⁷.

« On a pas mal d'autistes, avec la baisse de la trisomie 21, les autistes et troubles du comportement augmentent de fait

On a vu pas mal évolution sur ce public »¹⁶⁸

« C'est un autre public Ce sont les publics vieillissant. C'est plus des difficultés, comment dire, liées aux comportements, aux difficultés familiales, sociales »¹⁶⁹.

« Ça va avec l'évolution parce qu'on se rend compte de plus en plus que les jeunes qu'on a sont de milieux sociaux très carencés, famille extrêmement défailante. Il y a des troubles psychiques, ce qui est nouveau et qu'on ne sait pas gérer, c'est le handicap psychique.

La reconnaissance de ce handicap dans la loi de 2005 mais ce n'est pas parce qu'on a mis handicap psychique qu'il n'existait pas avant. Tu vois je ne mettrais pas la loi de 2005 en

¹⁶¹ Extrait d'entretien d'une directrice d'IME, série des entretiens exploratoires.

¹⁶² Extrait d'entretien d'une directrice d'établissements médico-sociaux, série des entretiens exploratoires.

¹⁶³ Extrait d'entretien d'un directeur adjoint d'IME, série des entretiens exploratoires.

¹⁶⁴ Extrait d'entretien d'une directrice d'IME, série des entretiens exploratoires.

¹⁶⁵ Monitrice éducatrice travaillant en ESAT série des entretiens la question de recherche

¹⁶⁶ Extrait d'entretien d'une directrice d'IME, série des entretiens la question de recherche.

¹⁶⁷ Educatrice technique spécialisée, série des entretiens la question de recherche.

¹⁶⁸ Responsable service hébergement, série des entretiens la question de recherche.

¹⁶⁹ Educateur technique spécialisé, série des entretiens la question de recherche.

explication. Je pense que voilà... c'était plus l'hôpital de jour qui les prenait en charge ces jeunes. »¹⁷⁰

« On a de plus en plus de profils avec des troubles du comportement plus que simplement de la déficience ». ¹⁷¹

« Après on est sur l'arrivée de quelques profils plus psy, les plus difficiles à gérer, les plus absentéistes Il y a cette peur des professionnels dans l'ESAT des wagons d'autistes ingérables. On ne va pas nous orienter des autistes sans mettre de cadres du jour au lendemain. Parce que de toute façon on n'est pas armés pour, on n'est pas équipés pour »¹⁷².

« Les publics sont complètement différents par rapport à ce que j'ai connu, ne serait-ce qu'il y a 15 ans, ce que j'ai constaté moi au niveau des enfants, c'est une paupérisation de la population, c'est-à-dire les parents vivent pour certains sous le seuil de pauvreté, beaucoup d'enfants sont avec des parents qui n'ont pas de travail, après il y a des familles monoparentales, parce qu'on a beaucoup, 30% des enfants vivent avec leur maman souvent, ce que j'ai pu constater en termes de populations, ce sont des enfants qui ont une déficience intellectuelle, mentale, des problèmes psy non résolus, parce que souvent l'hôpital de jour nous renvoie des enfants à peine stabilisés, mais aussi des enfants qui sont issus, on va dire, de déficiences sociales. Des carences affectives avec des familles en difficultés, ou des enfants qui ont aussi subi des maltraitances, des enfants secoués, des enfants issus de l'alcoolisme fœtal. On a aussi des jeunes qui ont subi des violences sexuelles. On a une population qui a évolué, en même temps, il y a toujours la prise en charge d'enfants handicapés, ou d'enfants trisomiques, d'enfants autistes dans l'établissement, mais une frange de la population accueillis avec des problèmes sociaux, on travaille beaucoup avec l'ASE. [...] C'est que l'évolution de la population va vers une hétérogénéité, je parle d'un IME, on ne va plus avoir une porte d'entrée qui n'est plus obligatoirement externat ou internat, je pense que les MDPH vont aussi se restructurer vers des orientations plus souples »¹⁷³.

« Il y a des gens qui viennent du CMP. Oui voilà, au départ nous suivions plus de personnes avec déficience intellectuelle. Alors que là depuis la création du SAVS »¹⁷⁴.

« Oui, on avance de plus en plus vers des problèmes psy. Ça on le constate sur tous nos établissements, depuis une dizaine d'années »¹⁷⁵.

« Maintenant, il y a des jeunes qui ont des troubles du comportement, de la personnalité assez importants, très hétérogènes qui fait que la réponse à apporter est beaucoup plus compliquée qu'avant »¹⁷⁶.

« J'interviens sur le groupe des jeunes majeurs, donc l'âge 18 ans révolus jusqu'à, eh bien, le plus âgé doit avoir 23 ans. Il est en amendement Creton. On a réussi à la caser là-bas parce qu'elle faisait partie des grands amendements Creton. Des enfants de 15-20 ans, voire plus car il y en a de plus de 20 ans, sur des amendements Creton, au vue des difficultés à trouver des structures en aval de l'établissement »¹⁷⁷.

« Il y a de plus en plus d'amendement Creton je suis d'accord pour développer des projets plus innovants, plus accessibles. Mais encore faut-il que les personnes puissent financer ce genre d'hébergement. Par rapport à la situation des amendements Creton qui revient dans toutes les

¹⁷⁰ Educatrice spécialisée, série des entretiens la question de recherche.

¹⁷¹ Chef de service, ESAT, série des entretiens la question de recherche.

¹⁷² Directeur ESAT, série des entretiens la question de recherche

¹⁷³ Directeur IME, la série des entretiens la question de recherche.

¹⁷⁴ Coordonnateur, SAVS, série des entretiens la question de recherche.

¹⁷⁵ Directrice générale, série des entretiens la question de recherche.

¹⁷⁶ Ibid.

¹⁷⁷ Ibid.

régions, le CREAI PACA a fait un travail dessus qui est très intéressant, aussi au sein de l'établissement on a des jeunes qui bénéficient aussi de mesures aménagement Creton, je dirais qu'il y a une solution qui peut être développée en amont c'est que dès l'âge de 17/18 ans il est important de préparer l'orientation avec les familles en expliquant que pour tel jeune ce sera un foyer de vie, un foyer d'hébergement, un F.A.M, qu'il y aura une demande de mise sous tutelle. Je dirais qu'une partie des solutions peuvent se trouver en amont après... »¹⁷⁸

« Tout à fait, ça c'est la dimension de l'orientation à l'issue de l'établissement, en tous cas sur la notion de parcours en I.M.E, on est sur une particularité, on va pouvoir proposer un accompagnement long, on a un agrément 6-20 ans, voire + avec les amendements Creton. [...] Cette notion de relais d'accompagnement est importante, se dire qu'à un moment donné l'accompagnement par l'IME devra s'arrêter, on sait que ça doit continuer pendant des années avec l'aménagement Creton, après c'est la question du sens que ça peut avoir et notre capacité à répondre aux besoins des jeunes adultes, alors qu'on est une structure qui accueille en grande majorité des enfants et adolescents »¹⁷⁹.

« Je n'ai pas les chiffres en tête, il suffit de regarder le nombre de jeunes adultes en aménagement Creton, pour voir la difficulté d'un territoire à développer son secteur adulte. C'est bête, il suffit de ça, de regarder le nombre d'amendements Creton. Et à vue de nez le Vaucluse est bien doté en aménagement Creton »¹⁸⁰.

« Les amendements Creton, on en a très peu car l'articulation permet au mieux de ventiler le placement de ces jeunes. On fait des passerelles entre les groupes. L'articulation montre la capacité de l'établissement à réguler les entrées et les sorties des jeunes. C'est ça l'intérêt avec une personne dont le poste est fixe »¹⁸¹.

2.3.2 Les « nouveaux publics »

Les différents plans Autisme (nous sommes actuellement au 3^{ème} plan Autisme) ont permis de proposer d'autres formes de prise en charge et d'autres formes d'interventions pour ce public qui était auparavant principalement suivi en hôpital de jour.

Selon l'enquête menée par la DREES en 2010, la proportion de jeunes déficients intellectuels est en constante diminution depuis 2001 (80 % en 2001, 76,3 % en 2006 et 75 % en 2010)¹⁸². Parallèlement, ceux souffrant de troubles de la personnalité, de la conduite, du comportement et de la relation, sont en augmentation (13,1 % en 2001, 17 % en 2006 et 18,9 % en 2010)¹⁸³. On constate également que « le pourcentage d'enfants autistes ou souffrant d'autres troubles du développement augmente à chaque enquête ES¹⁸⁴ : 5% en 2001, 10% en 2006 et 16 % en 2010. A ce pourcentage, il convient donc de rajouter une

¹⁷⁸ Directeur d'IME, série des entretiens la question de recherche.

¹⁷⁹ Chef de service d'un IME, série des entretiens complémentaires.

¹⁸⁰ Ibid.

¹⁸¹ Educateur spécialisé, série des entretiens complémentaires.

¹⁸² Établissement et service pour enfants et adolescents handicapés, résultat de l'enquête ES 2010, (2013), DREES document de travail série statistique n° 177, 299 p

¹⁸³ Ibid.

¹⁸⁴ Enquête établissements sociaux.

partie des psychoses infantiles »¹⁸⁵. On peut estimer qu'il y a environ 20% de jeunes T.E.D dans les I.M.E alors que 7% de places seulement sont agréées T.E.D dans ces établissements.

On constate qu'une « certaine hétérogénéité des publics accueillis est généralisée à l'ensemble des structures, privées ou publiques »¹⁸⁶. On voit alors que les problématiques sont multiples et les déficiences plurielles. « C'est pas toujours facile de travailler dans ce sens parce qu'on a de plus en plus d'enfants qui ont des troubles du comportement et des difficultés multiples, je dirais pluri handicaps mais c'est pas vraiment le terme qui convient mais des pathologies qui font que la déficience comme on la connaissait auparavant évolue de plus en plus vers des troubles du comportement associés »¹⁸⁷. Les établissements proposent un accompagnement en fonction de leurs moyens, cependant, les cohabitations sont parfois difficiles et cela se ressent dans la qualité de l'accompagnement. C'est une constante que l'on retrouve dans tous les I.M.E.

« La différenciation que j'y fais à l'heure actuelle, c'est qu'effectivement le mélange des pathologies est tel qu'on peut se retrouver avec des groupes où tout explose parce que justement on a à faire à des jeunes qui n'auraient rien à faire dans les I.M.E et qui se retrouvent ici à l'I.M.E parce qu'on ne sait pas où les mettre »¹⁸⁸.

« Le public change et il n'est pas forcément évident pour les professionnels qui accompagnent ces publics de travailler avec des difficultés supplémentaires à savoir d'ordre psychiatrique ou des troubles psychiques importants et ces troubles vont s'installer justement pendant l'adolescence. Ce qui signifie que pour bon nombre de professionnels, il y a des difficultés qui sont récurrentes dans la prise en charge parce qu'on a à faire à des enfants qui présentent de plus en plus de troubles de dysfonctionnement au regard de leur pathologie »¹⁸⁹.

Les mouvements du secteur sanitaire vers le secteur médico-social engendrent une réadaptation des missions des établissements médico-sociaux et une reformulation des agréments.

2.3.3 Le glissement du sanitaire vers le médico-social

¹⁸⁵ MARABET B. « Après les lois de 2002, 2005, 2009, les IME... Que sont-ils devenus ? Que vont-ils devenir ? », Les cahiers de l'actif, n° 444-445, mai-juin 2013, p52.

¹⁸⁶ « Évaluation des publics, adaptation des dispositifs : l'exemple des IME, IEM et IEAP » CREA I Bretagne étude réalisée en 2010

¹⁸⁷ Extrait d'entretien d'un éducateur en IME, série des entretiens la question de recherche.

¹⁸⁸ Extrait d'entretien d'un éducateur en IME, série des entretiens la question de recherche.

¹⁸⁹ Ibid.

Un second élément vient compléter cette évolution du public. Pour Marcel Jaeger¹⁹⁰ la crise économique affaiblit les moyens mis à disposition des personnes souffrant de troubles mentaux. Il en résulte un transfert de la population de malades mentaux du secteur sanitaire vers les structures médico-sociales moins coûteuses et du fait de la désinstitutionnalisation de la psychiatrie. Les nouvelles classifications font que la gestion institutionnelle d'une déficience intellectuelle s'apparente à celle des troubles psychiques. Il se dégage une tendance incontestable : la prise en charge du trouble mental se réalise en grande partie dans le secteur médico-social et non plus seulement dans le système de soins. La frontière entre la psychiatrie et le champ du social devient alors poreuse et les impacts qui en résultent viennent interpeller non seulement les structures mais aussi les professionnels du secteur médico-social.

2.3.4 L'augmentation des amendements Creton dans les I.M.E par manque de solutions

On note une progression significative des amendements Creton au cours de ces dernières années. Selon l'enquête ES de le D.R.E.E.S¹⁹¹, au 31/12/2006, ce taux se situerait à 20,7%. Au 31/12/2010, il représentait 27,5%, soit une progression de près de 7 points.

La notion de parcours de l'utilisateur acquiert tout son sens dans la mesure où les I.M.E se retrouvent dans une situation d'assurer la prise en charge de ce public avec pour difficulté la pérennité du parcours et la cohabitation entre enfants et adolescents en construction de parcours et des jeunes adultes en poursuite de parcours.

« Ils évitent que les situations stagnent sans réponse adaptée pour ne pas aller vers des amendements Creton de masse. Et cet amendement n'est pas une réponse en soi. C'est quand on a aucune autre possibilité immédiate donc c'est une mesure de protection pour la personne mais pas pour l'établissement. Il n'est pas à la recherche de l'amendement Creton, bien au contraire, ce n'est pas montrer sa capacité et son dynamisme que d'avoir 5-6 jeunes en amendement Creton ». « Il y a une grande vigilance de la part des équipes, de la direction, de tous les acteurs sociaux en charge de l'accompagnement des jeunes d'être scrupuleux à la fois sur les capacités des jeunes pour les orienter et préparer au mieux leur sortie et en même temps de ne pas contraindre des jeunes qui seraient dans des difficultés d'un autre ordre de vouloir mettre la barre trop haute et de passer à côté d'un placement en

¹⁹⁰ JAEGER M., (2006), L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie, 2eme édition, Dunod, Paris, 166 p

¹⁹¹ Établissement et service pour enfants et adolescents handicapés, résultat de l'enquête ES 2010, (2013), DREES document de travail série statistique n° 177, p.59.

foyer de vie par exemple »¹⁹².

2.3.5 La reconnaissance du handicap psychique dans la loi 2005

Pour la première fois, la loi de 2005 incorpore officiellement les maladies psychiques au sein de l'ensemble des handicaps. L'évolution des troubles mentaux pose les questions du diagnostic, de ses mesures et de ses prises en charge. L'article 2 ôte toute ambiguïté entre handicap et troubles psychiatriques¹⁹³. Cette définition est une réelle évolution, elle met en évidence que les troubles cognitifs ou psychiques peuvent constituer une cause de handicap.

Ces éléments recueillis dans un premier temps et mis en questionnement, nous ont conduit à mettre en perspective une analyse plus approfondie au regard du cadre théorique que nous avons choisi.

3 L'ANALYSE AU REGARD DE NOTRE CADRE THEORIQUE

3.1 Modèle de la grille d'analyse :

La grille d'analyse a été élaborée à partir du concept de stratégie des acteurs. Nous nous sommes également référés à la grille de la typologie des organisations proposée par H. Mintzberg pour valider ou invalider notre hypothèse et la sous hypothèse.

Pour cette grille, nous nous sommes appuyés sur l'utilisation d'indicateur et de variable pour vérifier l'hypothèse et la sous-hypothèse avancées en partie 1.

Ces indicateurs et ces variables ont été construits en fonction du cadre théorique de référence. Il nous a semblé pertinent de poser ces indicateurs afin de déterminer l'objet des questions. Les variables nous ont permis d'affiner notre diagnostic.

Cette grille a permis de déterminer le positionnement des acteurs. En fonction des données recueillies lors de l'analyse des entretiens, nous avons élaboré un tableau en tenant compte des axes de travail cités plus haut. Les éléments retenus par l'utilisation de la grille d'analyse viennent les confirmer et nous avons pu identifier diverses stratégies.

Pour faciliter la lecture des résultats, nous avons classé les acteurs en trois catégories de

¹⁹² Extrait d'entretien d'un éducateur spécialisé, série des entretiens complémentaires.

¹⁹³ Définition donnée en partie 1 « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

structures et de services :

- Acteurs 1 : I.M.E,
- Acteur 2 : E.S.A.T,
- Acteur 3 : S.A.V.S, Foyer.

Pour M. Crozier et E. Friedberg, il faut se concentrer, non sur la fonction des acteurs ou des sous-systèmes au sein d'une organisation, mais sur les stratégies individuelles des acteurs.

Comment rendre compte dès lors des stratégies qui sont mises en place par les différents acteurs dans leur mode de fonctionnement ?

A partir de cette grille, sont ressortis des premiers éléments de réponse. La grille de la typologie des structures vient les compléter. Elle nous a servi de trame pour analyser les données recueillies. La totalité des grilles est à consulter dans les différentes annexes numérotées.

Cette partie concerne l'exploitation de notre terrain d'enquête avec pour cadre la grille d'analyse élaborée au regard du champ théorique emprunté. A cela nous croiserons la typologie des organisations proposée plus haut.

3.2 Acteurs et stratégies

Pour pouvoir analyser le terrain d'enquête, nous sommes partis sur la base de critères, d'indicateur et de variable. Nous en avons déterminé sept :

- ✓ L'acteur
- ✓ L'acteur institutionnel
- ✓ La stratégie de développement
- ✓ Les enjeux des structures
- ✓ Les relations aux autres acteurs
- ✓ Le positionnement par rapport aux autres acteurs
- ✓ Les stratégies prévisibles

Modèle de la grille d'analyse :

	Acteur 1	Acteur 2	Acteur 3...
L'acteur			
Indicateur : l'identité professionnelle Variable : diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions			
L'acteur institutionnel			
Indicateur : type de structure Variable : taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association			
La stratégie de développement			
Indicateur : missions ou objectifs de la structure Variable : déploiement sur le territoire			
Les enjeux des structures			
Indicateur : évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité Variable : mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire			
Les relations aux autres acteurs			
Indicateur : nature des relations avec autres structures sur le territoire Variable : niveau de partenariat ou état du réseau partenariat			
Le positionnement par rapport aux autres acteurs			
Indicateur : prestations proposées au niveau du territoire Variable : prestations/panier de service			
Les stratégies prévisibles			
Indice : ouverture et stratégie de développement sur l'environnement Variable : adaptation en fonction des injonctions des financeurs, perspectives, collaboration et coopération			

3.2.1 Acteurs : professionnel encadrant et professionnel de terrain ont une bonne connaissance des enjeux et une solide expérience dans le secteur.

Nous présenterons les différents acteurs en utilisant des tableaux pour en donner un plus grand aperçu. Ces derniers nous permettent de voir que dans la grande majorité des cas, les personnes ont reçu une formation dans ce secteur et ont une grande expérience dans le secteur du médico-social. Pour certains, plusieurs postes ont été occupés tout au long de leur carrière professionnelle.

Pour rendre compte des acteurs, nous avons utilisé comme indicateur, l'identité

professionnelle et comme variable : le diplôme, l'ancienneté, l'ancienneté dans le secteur médico-social, et les missions. Une grille d'analyse est proposée en annexe 6.

ENTRETIENS EXPLORATOIRES						
Sexe	Age	Fonction	Parcours	Antériorité sur le poste	Taille de l'établissement	Département
F	43	Directrice Générale	Juriste, Diplômée de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique	12 ans	73 enfants	84
F	41	Directrice générale	DESS neuropsychologie, CAFDES	5 ans	46 enfants	84
F	42	Directrice	CAFERUIS, Educatrice spécialisée	4 ans	60 enfants	13
H	56	Directeur Adjoint	CAFDES, CAFERUIS, Educateur spécialisé	3 ans	60 enfants	84
H	41	Directeur adjoint	Thèse d'Etat, Educateur spécialisé, moniteur éducateur	9 ans	30 places	13

ENTRETIENS A PARTIR DE LA QUESTION DE RECHERCHE Département						
Sexe	Age	Fonction	Parcours	Antériorité sur le poste	Taille de l'établissement	Département
F	43	Directrice de site	Formation à l'école de direction de Rennes	5 ans	85 enfants	84
H	44	E.T.S	Moniteur d'atelier, ETS	13 ans M.A 5 ans E.T.S	85 enfants	84
H	54	Directeur	Issu du secteur marchand	4 ans	120 places	13
H	58	Educateur spécialisé	Educateur spécialisé	12 ans		84
H	57	Educateur spécialisé	Moniteur éducateur, E.S	28 ans	85 enfants	84
F	50	Chef de service	Educatrice spécialisée	4 ans	77 places	84
F	45	E.T.S	Monitrice d'atelier E.T.S	10 ans 2 ans	120 places	13
H	50	Educateur spécialisé	Educateur spécialisé	5 ans	20 places + file active	84
H	49	Coordinateur	Educateur spécialisé	7 ans	20 places + file active	84
F	46	Responsable hébergement	Chef de projet, master 2	4 ans	16 places	84
F	39	Educatrice spécialisée	Educatrice spécialisée	14 ans	114 enfants	13
F	56	Directrice générale	CAFDES	16 ans	83 places	84
H	42	Chef de service	CAFERUIS	7 ans	30 places + file active	84
F	39	Monitrice d'atelier	Monitrice d'atelier	4 ans	77 places	84
H	55	Directeur	Formation à l'école de direction de Rennes	4 ans	114 enfants	13

ENTRETIENS COMPLEMENTAIRES						
Sexe	Age	Fonction	Parcours	Antériorité sur le poste	Taille de l'établissement	Département
F	42	Chef de service	A.M.P, Educatrice spécialisée, CAFERUIS Juin 2016	11 ans	73 enfants	84
F	40	Chef de service	Diplôme d'ingénieur, CAFERUIS octobre 2015	12 ans dans le secteur social et médico-social	85 enfants	84
H	59	Educateur spécialisé	Educateur spécialisé	9 ans	45 enfants	13

A travers ces éléments, nous avons constaté que les différents professionnels avaient pour

la plupart une solide expérience dans le domaine. Aussi, les notions de parcours et d'accompagnement sont pour eux des éléments dans lesquels ils évoluent et qu'ils maîtrisent. Les enjeux auxquels les notions de parcours et d'accompagnement sont traversés, de par leur expérience, les professionnels sont au cœur des évolutions et perçoivent les changements. Ils sont dans certains cas non seulement acteurs, mais également détenteurs d'un certain pouvoir. Les comportements sont rationnels mais d'une rationalité définie plus par rapport aux opportunités offertes par l'organisation et les comportements des autres acteurs, plus que par rapport à des objectifs ou des projets cohérents. Ils peuvent être offensifs, cherchant des opportunités pour améliorer leur situation, ou défensif, en maintenant leur marge de liberté et leur capacité à agir. Enfin, la stratégie des acteurs s'appréhende à travers les régularités de leurs comportements.

3.2.2 Acteur institutionnel : une réponse qui reste encore dans de l'entre soi

Pour analyser ce critère nous nous sommes intéressés à l'indicateur suivant : le type de structure et à la variable suivante : la taille, l'appartenance (association importante, moyenne, petite) et le rayonnement de l'association. Nous avons construit un tableau que l'on peut voir en annexe n° 7. Ainsi, les structures interrogées se déploient dans les territoires selon plusieurs variables : la taille et son rayonnement. Il peut être au sein d'un même département ou sur des territoires limitrophes. Cela peut être des structures de taille importante, moyenne ou plus petite mais on reste sur des déploiements qui correspondent à des agrandissements de structures ou la création de services pour répondre au mieux aux besoins des usagers. La grille d'analyse référente à ce critère se trouve en annexe n° 8.

3.2.3 La stratégie de développement se fait en fonction d'une adéquation à une typologie de structure

Il faut avant tout rechercher systématiquement les régularités observées dans les comportements, qui doivent être réinterprétées dans le cadre du modèle de l'acteur stratégique.

Dans cette stratégie, on voit que les divers acteurs ont des buts différents pourtant le but est la coopération. Chaque membre de l'organisation défend son périmètre d'action et on peut alors se poser la question de la mise en commun pour arriver au même but qui est la continuité des parcours des usagers en étant associé à la démarche.

L'indicateur retenu est : les missions ou objectifs de la structure ou service et la variable

est le déploiement sur le territoire. La grille se trouve en annexe n° 9.

La stratégie de développement des structures dans la plupart des cas reste celle d'avoir plusieurs structures en lien avec les publics accueillis mais également développer des services qui soient plus dans le milieu ouvert, type S.E.S.S.A.D, S.A.V.S, S.A.M.S.A.H. Cependant, le secteur du médico-social est vaste et possède une multitude d'établissements ou services et les politiques actuelles tendent plus à des regroupements d'associations ou établissements que de créations. Cette tendance s'accroît du fait du rapprochement du secteur sanitaire et médico-social. En effet, on peut repérer aujourd'hui deux angles de rencontre avec la sphère sanitaire :

- La prise en compte de la spécificité du handicap par les acteurs du champ sanitaire (accueil aux urgences, organisation de consultations...) notamment pour les personnes polyhandicapées ou handicapées psychiques ;
- L'intensification de la problématique « soins » avec l'augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées.

Les grilles des différents acteurs institutionnels sont présentées en annexe n° 8.

	Structure simple	Bureaucratie mécaniste	Bureaucratie professionnelle	Forme divisionnelle	Adhocratie
Élément clé de l'organisation	Simple et flexible peu développée supervision directe du leader	Bureaucratie centralisé. Division du travail. Hiérarchie importante	Bureaucratie centralisé. Support logistique important	Divisions autonomes sous le contrôle du siège. Standardisation des résultats	Adhocratique et flexible. Equipes pluridisciplinaires de spécialistes. Nécessite un leader
Stratégie	De type visionnaire. Dépendante des positions du leader	Programmation stratégique. Résistance aux changements	Continuellement changeante. Compétences des acteurs	Le siège définit la stratégie. Les divisions, leurs propres stratégies	Idéologie, avec une mission porteuse
Age et taille de l'organisation	Organisation plutôt jeune et de petite taille	Organisation généralement ancienne et de grande taille	Variables	Organisation généralement ancienne et de grande taille	Organisation le plus souvent jeune ; taille variable
Environnement	Simple et dynamique	Simple et stable	Complexe et stable	Relativement simple et stable	Complexe et dynamique
Système technique	Simple	Peu complexe	D'ordinaire peu complexe	Variable selon les divisions	Le plus souvent complexe
Correspondance partielle avec les structures interrogées	A.8	E.P1 E.P 2 E.P3 A.5	A.1 A.2	A.6 A.9	A.3 A.4 A.7

Pour les critères qui suivent nous avons croisé les matériaux des entretiens de l'enquête et la typologie des structures établies par H. Mintzberg. Ce qui nous a amené à construire le

tableau suivant en établissant une correspondance partielle avec la typologie des structures. Une dernière forme pourrait être ajoutée au tableau, celle des organisations missionnaires. Les missions de ce type de structure sont fortement empreintes de valeurs humanistes. Les professionnels sont dévoués à leurs missions et un leader charismatique est souvent fédérateur de cet élan. Toutefois, le travail à accomplir reste une tâche difficile et une charge importante.

3.2.4 Typologie des organisations

Les éléments d'analyse de nos entretiens en fonction du croisement de la grille n°1 et de la typologie des structures, nous a permis de construire le tableau ci-dessus. Nous notons une correspondance partielle parce que pour certaines structures, la typologie s'inscrit dans deux schémas. Aussi, il nous a semblé de proposer celui qui était le plus proche.

Il nous a semblé que les 3 établissements publics et l'association 5, s'inscrivaient plus dans une logique mécaniste, où les nombreuses procédures, les fonctions supports logistiques impactent fortement le fonctionnement de l'organisation. Les résistances au changement y sont plus nombreuses.

Pour l'association 8, de type entrepreneuriale, c'est-à-dire de petite taille, elle a une bonne capacité d'adaptation cependant, de par sa petite taille, elle reste fragile.

Les associations 6 et 9 sont dans une division hiérarchique de l'organisation, chaque membre de l'organisation accomplit à son niveau e travail définit à partir du sommet.

Dans le cas des associations 1 et 2, la typologie est celle de l'organisation professionnelle où la force réside dans une professionnalisation.

Enfin, les associations 3, 4 et 7 s'inscrivent plutôt dans la typologie Adhocratie avec une propension à l'innovation et une collaboration.

3.2.5 Les enjeux des structures répondent aux exigences du cadre réglementaire

Nous sommes partis des données suivantes :

- ✓ Indicateur : évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité
- ✓ Variable : mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire

A travers les différents entretiens, une donnée importante revient fréquemment : la mise en conformité. C'est à dire d'être en accord et à jour dans la mise en place des outils et des

lois dont dépend le secteur. Elle passe aussi par la place qu'occupe l'évaluation dans la culture des structures. Le processus de qualité des établissements s'inscrit également dans celui de l'amélioration continue de la qualité. La grille d'analyse est en annexe 10.

a) Le dispositif d'évaluation de la qualité : l'évaluation interne et externe

Pour Marcel Jaeger dans son guide de l'action sociale et médico-sociale, l'évaluation fait l'objet depuis les années 50 d'une littérature abondante. Au départ cela servait à mesurer l'efficacité des traitements psychothérapeutiques et d'apprécier les évolutions cliniques. « Son champ d'application s'est élargi pour comparer les moyens mis en œuvre dans les domaines de la santé et de l'action sociale (les politiques sociales, les institutions, les professionnels) et, d'une part, les effets sur les populations concernées, d'autre part, les coûts »¹⁹⁴. Au départ, celle-ci a été vue comme un contrôle, une intrusion, une « remise en cause des pratiques habituelles ». Cependant, elle permet de renforcer la légitimité des actions.

Avec le développement dans le secteur social et médico-social de la démarche qualité, l'évaluation ouvre de nouvelles perspectives.

La loi du 2 janvier 2002 a prévu l'évaluation interne et externe dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

En interne

Les établissements doivent évaluer la qualité des prestations qu'ils fournissent en suivant les recommandations du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Les résultats de cette auto-évaluation doivent être communiqués tous les 5 ans aux autorités compétentes.

En externe

Une évaluation externe a lieu tous les 7 ans par des organismes extérieurs et indépendants. Le renouvellement tous les 15 ans de l'autorisation est dorénavant subordonné aux résultats de cette évaluation externe. Les organismes évaluateurs devront respecter un cahier des charges garantissant leur indépendance et le respect de principes méthodologiques de l'évaluation (procédures, étapes successives, interprétation et publication des résultats).

b) La démarche d'amélioration continue de la qualité

La démarche continue d'amélioration de la qualité est également un des points qui occupe

¹⁹⁴ JAEGER Marcel, Guide de l'action sociale et médico-sociale, p.162-165

l'espace du débat. Les structures mettent en place les outils qui vont leur permettre d'améliorer la qualité d'accueil et de l'accompagnement des usagers ainsi qu'optimiser les moyens afin d'abaisser les coûts des prestations. Pour cela, le management a une place importante et l'apparition du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social mise en place en 2009 par l'ANAP. C'est la démarche de co-construction d'un outil partagé entre les ESMS et les partenaires (conseils départementaux et ARS).

c) La mise en conformité

Les établissements et services sont régis par des lois. Celles-ci bien qu'elles permettent un environnement répondant aux attentes et besoins des usagers et de leurs familles, mettent les établissements et services dans des positionnements parfois complexes. On pourrait parler parfois d'injonctions paradoxales. En effet, le secteur médico-social est passé d'une logique de structures à une logique de prestations. La loi 2002-2 et l'évaluation qui en découle impacte le secteur.

« Pour faciliter le pilotage commun des structures et le dialogue de gestion entre acteurs de terrain, les ARS, les conseils départementaux, les fédérations d'établissements et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ont créé un tableau de bord commun. Véritable outil de pilotage interne, ce tableau de bord est destiné à être complété directement par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ».

Comme le souligne l'ANAP dans le guide¹⁹⁵ « *Comprendre pour agir mieux* », l'ensemble des établissements et services relevant de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, est soumise à une réglementation spécifique en termes d'ouverture, de transformation, d'extension, d'habilitations financières, de contrôle, de fermeture, de coopération et d'évaluation. Ils évoluent dans un cadre spécifique car il est régulé par la puissance publique.

Le cadre réglementaire est contraignant et parfois la marge de manœuvre est plus restreinte. Cependant, cette contrainte permet une meilleure adéquation dans la mesure où elle vise à rendre cohérentes et plus lisibles les interventions qui peut donner une certaine fluidité dans les parcours.

¹⁹⁵ Le secteur médico-social, Comprendre pour agir mieux, juillet 2013, guide de l'ANAP.

3.2.6 Les relations aux autres acteurs : le partenariat n'implique pas nécessairement la coopération¹⁹⁶

Dans ce critère, l'indicateur et la variable étaient les suivants :

- ✓ Indicateur : nature des relations avec autres structures sur le territoire
- ✓ Variable : niveau de partenariat ou état du réseau partenarial.

Nous pouvons voir que le partenariat est recherché et pleinement organisé. Le partenariat se définit pour toutes les structures interrogées comme une nécessité et une ouverture sur l'environnement. Il s'adapte et se formule au cours des années, permet de se positionner et de mettre en place des stratégies.

« Les acteurs qui interviennent sur le même champ et le même territoire, ce n'est pas forcément des partenaires. Le vrai partenariat qui consiste à travailler en intelligence et à programmer et de co-construire ensemble, ça c'est du partenariat. L'échange permet de s'inscrire dans une cohérence, d'avancer plus vite et pourquoi pas de travail en binôme, s'il y a un peu de tuilage dans l'accompagnement, ça sera tout bénéfique pour l'utilisateur et surtout pour nous. Parce qu'on ne part pas de zéro. ».

« S'il n'y a pas de partenariat et de travail en amont, je sais qu'on va galérer, parce qu'on n'invente pas les choses »¹⁹⁷.

Nous sommes dans un système de partenariat. On parle peu coopération. Pour les structures, il est fortement recherché car s'il est une « économie de moyens, il peut apparaître aussi comme une mutualisation des ressources et des dynamiques »¹⁹⁸. Cependant, on pourrait se questionner sur « la dilution des identités collectives ou professionnelles ». Le risque n'est-il pas d'être dans des rapports de pouvoir ?

« Les 2 associations ne disparaissent pas, elles conservent l'aspect militant, on va dire mais les établissements sont repris en gestion par une autre association »¹⁹⁹.

Quant aux relations de pouvoir notamment, elles se posent dans le choix des partenaires et les actions qu'elles induisent. La place qu'occupent les structures sous-entend qu'elles mobilisent des comportements en lien avec l'existant et les possibilités qu'elles mobilisent en interne.

¹⁹⁶ La grille d'analyse est présentée en annexe 11.

¹⁹⁷ Extraits d'entretien d'un chef de service, série des entretiens la question de recherche.

¹⁹⁸ BARREYRE J.Y, BOUQUET B., Nouveau dictionnaire critique d'action sociale, Ed. Bayard, Paris, 2006, p.412

¹⁹⁹ Extrait d'entretien d'un directeur, série des entretiens la question de recherche.

3.2.7 Le positionnement par rapport aux autres acteurs : la coopération suppose la coordination

Nous sommes partis des indicateur et variable suivants :

- ✓ Indicateur : prestations proposées au niveau du territoire
- ✓ Variable : prestations/panier de service

L'analyse de ce critère est posée sous la forme de grille qui se trouve en annexe n° 12 et, nous nous sommes appuyés sur certains éléments de l'analyse stratégique pour affiner le propos.

« La stratégie, c'est le fondement inféré ex-post des régularités de comportements observés empiriquement »²⁰⁰.

Ces stratégies ne dépendent pas d'objectifs clairs et précis, elles se construisent au contraire en situation, elles sont liées aux atouts que les acteurs peuvent avoir à leur disposition et aux relations dans lesquelles ils s'insèrent.

Le concept de stratégie renvoie donc à différentes dimensions :

- Les acteurs agissent pour améliorer leur capacité d'action et/ou s'aménager des marges de manœuvre.
- Les projets des acteurs sont rarement clairs et cohérents, mais le comportement n'est jamais absurde. Il a toujours un sens intrinsèque.
- Tout comportement humain est actif dans la mesure où il est le résultat de choix.

En outre, le comportement des acteurs s'ajuste au comportement possible d'autrui en fonction des atouts dont il dispose.

Les structures doivent permettre à travers les interventions et les actions qu'elles conduisent une cohérence. Ce n'est plus être indépendant les uns par rapport aux autres mais s'appuyer sur les compétences de tous pour réaliser un but commun. Les choix retenus par les organisations pour mener à bien ces enjeux, n'excluent pas la participation des usagers et des aidants (famille et autres intervenants) avec leurs compétences et leurs potentialités.

²⁰⁰ CROZIER M., FRIEDBERG E. L'acteur et le système, Edition Point Politique, 1985, Paris
Touta ABED – Mémoire DEIS
Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

3.2.8 Les stratégies prévisibles où coopération et coordination serait le faire ensemble pour de nouvelles perspectives²⁰¹

Enfin, dans cette partie nous avons retenu comme indicateur et variable :

- ✓ Indicateur : Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement
- ✓ Variable : Adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération

Nous proposons d'illustrer le propos par les extraits d'entretien suivants. Ils nous donnent des indications sur le critère des stratégies prévisibles.

*« On parle beaucoup de mutualisations de ressources, d'hybridation de ressources maintenant on va être obligé de passer par là.
« Jusqu'à présent, c'était chacun dans son coin et quand on en avait les moyens, on s'auto alimentait. Tout le monde n'a pas les moyens de l'Association X.. ou de l'Association Y...
C'est comme une entreprise qui crée une succursale, c'est le même fonctionnement, les associations s'auto alimentaient et même en faisant cela aujourd'hui, elles arrivent à des limites ». « C'est un changement d'organisation ».
« Une association arrivée à un certain niveau se doit d'être gérée comme une entreprise, si son objectif est le déploiement ».
« C'est une culture d'entreprise qu'il faut avoir sinon on ne peut pas. Même si l'intention est autre avec les valeurs associatives ».
« Ce n'est pas un gros mot de fonctionner en entreprise. On n'est plus sur les mêmes références ».
« Références et représentations : Ça a été compliqué pour beaucoup d'associations de se projeter en tant que chef d'entreprise, c'est un vilain mot, dans le social on ne peut pas faire de capitalisme ».
« L'usager au cœur du dispositif, même s'il l'a toujours été, il a fallu le formaliser par une loi. Mais s'il a fallu le formaliser, c'est que ce n'était pas évident pour tout le monde »²⁰².*

La coopération n'apparaît pas comme une donnée en soi. « Depuis longtemps on sait que toute coopération ou coordination, à quelque niveau que ce soit, requiert une puissance invitante, un financeur principal, un pilote ; et que les luttes pour l'accès au pouvoir, pour la définition des territoires pertinents ou pour les priorités en matière d'affectation de moyens y sont restées aiguës autant qu'invisibles ».²⁰³

Pour M. JAEGER, la coordination et la coopération ne vont pas de soi. « Si la coopération est depuis longtemps un impératif qui se décline dans et entre les institutions et les dispositifs, elle laisse entière la question du pilotage, donc de la coordination »²⁰⁴. Cette dernière, est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir ; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. La coopération répond avant tout à une

²⁰¹ La grille d'analyse est présentée en annexe 13.

²⁰² Extraits d'entretien, Chef de service, série des entretiens complémentaires.

²⁰³ Grémion, cité par BARREYRE J.Y, BOUQUET B., Nouveau dictionnaire critique d'action sociale, Ed. Bayard, Paris, 2006, p.412

²⁰⁴JAEGER M. L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs, revue Vie Sociale, n° 1/2010

demande de prise en compte de la complexité et de la pluralité des besoins des personnes en difficulté. Pour la coordination, il s'agit de rechercher une cohérence d'acteurs et de dispositifs sans pour autant faire l'économie d'une formalisation des procédures. Concernant les usagers, le lien est de plus en plus fortement établi entre l'idée d'un référent unique et la « bienveillance », thème particulièrement mis en avant par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (A.N.E.S.M). La coopération et la coordination sont au cœur de plusieurs de ses recommandations, la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (2009) en est un exemple. Cependant, les modalités de la coopération et de la coordination continuent donc de se construire dans des champs séparés. Plusieurs initiatives récentes ont en commun de se réclamer de la recherche de cohérence, mais ne tiennent pas compte de ce qu'une même personne puisse relever simultanément ou successivement de dispositifs spécifiques ; notamment en ce qui concerne la notion de projet de vie et par extension du parcours de l'utilisateur.

De ce fait les structures sont plus dans des stratégies de développement qui sont de plusieurs ordres. Comme le souligne la Fédération nationale des associations de réinsertion sociale (FNARS)²⁰⁵, «Chaque association ne peut plus seule construire les réponses aux situations rencontrées. Ce sont les réponses collectives qui portent sens aujourd'hui sur un territoire. De même, ces réponses ne peuvent être conçues sans les personnes concernées. Pour toutes ces raisons, et quelle que soit la portée des annonces gouvernementales, nous voulons affirmer une conviction : nous sommes à la fin d'un cycle. Notre système de prise en charge est à bout de souffle et la réforme est inévitable».

Le développement de la coopération entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux a été réaffirmé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Parmi les modalités ouvertes, sont visés les GIE (Groupement d'Intérêt Économique), les GIP (Groupement d'Intérêt Public), les groupements d'employeurs et les G.C.S.M.S.²⁰⁶

Les groupements coopératifs sanitaires ou les groupements coopératifs social et médico-social²⁰⁷ « ont pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de leurs

²⁰⁵ www.uniopss.asso.fr/resources

²⁰⁶ Groupements de Coopération Sociale et Médico-sociale.

²⁰⁷ Le groupement de coopération sanitaire (GCS) a été créé par l'ordonnance n° 96346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. L'ordonnance n° 2003850 du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, a défini le régime juridique qui leur est appliqué et leurs missions (art. L.61331 et suivants du Code de la santé publique CSP).

membres (art. L.61331 du CSP et L.3127 du CASF). A cet effet, ils prévoient des interventions communes de professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, que ceux-ci soient salariés du groupement ou associés par convention. Le G.C.S peut aussi « réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun [...] Et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins »²⁰⁸. On compte plus de 32 000 structures et services en France (à dimensions souvent limitées) dans le secteur social et médico-social. Ces multiples structures se partagent l'ensemble du territoire français au sein d'un secteur social et médico-social plus au moins structuré et délimité. Des « rivalités frontalières » se vivent avec un enjeu de concurrence dans le positionnement des acteurs et des institutions tant dans le privé que dans les milieux associatifs ou le public, dans le milieu institutionnel tout comme dans le domaine des soins à domicile. Ces groupements pourraient permettre aux structures de taille moyenne de survivre dans la mesure où bien souvent ces dernières sont des mono-établissements. Le décloisonnement entre les acteurs ainsi que la grande dispersion seraient ainsi traités.

« C'est vrai que les petites associations et les établissements publics médico-social sont obligées de travailler dans le regroupement G.S.M.S ou autres pour répondre à un appel à projet parce que c'est tout de même un travail qui est assez conséquent »²⁰⁹.

L'action sociale et médico-sociale serait ainsi reconfigurée par les G.C.S.M.M. La coopération présente de nombreux atouts. Ce sont de nouvelles perspectives qui se dessinent et la mise en place de nouveaux projets qui associent divers opérateurs.

« La mutualisation des ressources (humaines et matérielles) devrait ensuite contribuer à améliorer la qualité des prises en charge par l'accession à de nouvelles compétences, des échanges de savoir-faire tout en permettant aux structures de réduire leurs coûts par des économies d'échelle »²¹⁰.

Les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi « handicap » du 11 février 2005 ont précisé le cadre de la coopération en matière sociale et médico-sociale (art. L.3127 et suivants du code de l'action sociale et des familles CASF). Le décret du 6 avril 2006 pris pour l'application de la loi du 2 janvier 2002 a inséré dans le livre III du CASF une section dédiée aux différents groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). www.gazette-sante-social.fr

²⁰⁸ www.gazette-sante-social.fr

²⁰⁹ Directeur d'un IME, série des entretiens la question de recherche.

²¹⁰ www.unassi.fr

4 IMPACTS SUR LA QUESTION DE L'IDENTITE PROFESSIONNELLE

Dans cette partie, au regard des éléments analysés lors des entretiens, nous avons constaté que plusieurs interrogations traversent les professionnels de terrain. L'une de celles qui revient régulièrement, est celle de l'identité professionnelle. Celle-ci semble non seulement questionnée mais également remise en cause et par moment mise à mal.

4.1 Les impacts sur une profession en « réorganisation »

L'éducateur face à l'évolution du secteur médico-social

Lors des entretiens, les premières questions portaient sur la présentation de la personne, de son parcours de formation et de son parcours professionnel. Ceci dans le but de favoriser un climat de confiance. En référence à ce que Claude Dubar nomme le processus identitaire biographique, l'identité personnelle et identité professionnelle sont liées et favorise une compréhension du parcours du professionnel. Cette compréhension est nécessaire sur le choix du métier.

Pour rendre compte de notre analyse, nous avons élaboré la grille suivante. Plusieurs éléments concernant la personne, tels que le type de structure où elle exerçait, l'ancienneté dans le poste, l'ancienneté dans le secteur du médico-social, le diplôme ainsi que la durée de l'entretien ont permis d'avoir des éléments d'analyse beaucoup plus pertinents.

Entretien	Type de Structure	Poste	Ancienneté dans le poste	Ancienneté dans le travail social	Diplôme	Sexe	Age	Départ.	Durée de l'entretien
P.1 ²¹¹	I.M.E	E.S	14 ans	16 ans	E.S	F	39	13	1h 03 mn
P. 2	I.M.E	E.S	10 ans	15 ans	M.E E.S	M	58	84	1h 11mn
P. 3	I.M.E	E.S	28 ans	32 ans	M.E E.S	M	57	84	51 mn
P. 4	S.A.V.S	E.S	3 ans	12 ans	M.E E.S	M	50	84	58 mn
P. 5	S.A.V.S	Coordinateur	7 ans	16 ans	E.S	M	49	84	46 mn
P. 6	E.S.A.T	E.T.S	3 ans	10 ans	M.A E.T.S	F	45	13	1h 27 mn
P.7	E.S.A.T	M.E	4 ans	4 ans	M.E	F	39	13	1h 03 mn
P. 8	E.S.A.T	E.T.S	3 ans	15 ans	M.A E.T.S	M	44	84	51 mn

Dans l'analyse des entretiens des personnels de terrain, ce qui apparaît flagrant, c'est la

²¹¹ P.1 : Professionnel 1

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement :Les IME en (-) quête de réorganisation

confrontation de deux aspects : l'éducateur a le sentiment de perdre son identité professionnelle, qui s'apparente à la perte de sens du travail social et le choc que représente l'évaluation dans le secteur médico-social. « Je ne voyais pas le message qu'ils cherchaient à faire passer à ce moment-là. C'était aussi le moment où ils ont tout restructuré enfin ils ont beaucoup bougé les équipes. Ça a un peu ébranlé la structure. Tu imagines des vieilles branches à déplacer, ça a grincé des dents, tout ça, enfin il a fallu comprendre »²¹².

C'est amener le professionnel sur la voie d'une nouvelle conception de ses missions et de l'accompagnement qui concourent à une meilleure prise en compte des attentes et besoins de l'utilisateur. Le travail connu ou reconnu qui était réalisé jusqu'à présent n'est plus perçu de la même façon. C'est remettre en question des modes de fonctionnement ancrés sur une éthique et une culture professionnelle. Ainsi, les professionnels se sentent dépossédés de leurs moyens sans toujours comprendre ce qui se joue. Ils sont parfois peu accompagnés dans ces démarches et restent à un seuil qu'il est difficile pour eux de franchir. Le changement suppose un accompagnement par étape et par palier.

Pour Jean BRICHAUX, « la noblesse du métier d'éducateur réside finalement dans le supplément d'humanité qu'il apporte là où sévit le drame de l'inadaptation et de l'exclusion »²¹³.

Pour cet auteur, Il est essentiel de tenter de sortir le métier d'éducateur de « l'immaturité structurelle et conceptuelle » dans laquelle il se trouve encore.

La perte de sens que les éducateurs ressentent au travers des divers entretiens effectués dans le cadre de l'enquête pose la question de la conception du travail social à l'heure actuelle.

[...] « L'accompagnement de l'utilisateur n'était pas délaissé mais on arrivait à avoir moins de temps, il fallait être plus réactif pour effectuer vraiment les travaux. Les travaux devenaient de plus en plus complexes et le moniteur était amené de plus en plus à effectuer les travaux, car de plus en plus technique, de plus en plus " dangereux ", c'est-à-dire des tâches qu'on ne pouvait pas laisser faire spécialement aux usagers »²¹⁴.

La question de l'accompagnement est au cœur de cette interrogation.

« Nos missions changent, on est passé à de l'accompagnement à..., on est des **exécutants**

²¹² Extrait d'entretien d'une éducatrice spécialisée, série des entretiens à partir de la question de recherche.

²¹³ BRICHAUX JEAN, L'EDUCATEUR SPECIALISE EN QUESTION(S), EDITION ERES, PARIS, 2005

²¹⁴ Extrait d'entretien d'un éducateur technique spécialisé, série des entretiens à partir de la question de recherche.

d'une administration qui demande sans arrêt de rendre compte de l'évolution des situations des jeunes sans permettre à l'E.S d'exprimer des compétences, d'amener un jeune vers plus d'autonomie. On est face à **quelque chose qui nous empêche d'agir**. [...] Le travail d'éducateur a évolué dans la **déresponsabilisation des compétences** des éducateurs, à savoir que les éducateurs sont contraints et forcés de suivre la ligne de la direction et tout ce qui aurait pu être l'initiative, n'existe plus. [...] Moi je pense que c'est une évolution dans la déresponsabilisation et puis on doit être obligé de passer par une hiérarchie qui ne permet pas l'initiative, ne donne pas la possibilité à l'éducateur d'exprimer ses compétences.²¹⁵ ».

« Tout ce qu'on nous disait c'est le jeune au centre du dispositif. Ça voulait dire au centre de l'emploi du temps.[...] On a cette petite responsabilité là ». « Il y avait un enjeu autre que l'intérêt de l'enfant. ».

« Je pense qu'on s'ouvre plus sur l'extérieur. [...] Mais on voit déjà la déclinaison des professionnels quand même. Les postes se transforment. On a eu des postes d'ES qui se sont transformés en AMP. Moi je ne l'ai pas vécu comme un changement de missions, mais on a toujours été un peu aliénés ». ²¹⁶ « Je pense que les moniteurs ont moins de temps pour l'encadrement »²¹⁷.

La déresponsabilisation, l'idée de la perte d'un attribut de son métier, ressortent des extraits choisis. L'éducateur est face à une perte de sens et à une non reconnaissance de ses compétences. Dans l'un des entretiens réalisés, un éducateur prononce cette phrase qui donne la mesure de cet état de fait : « Je pense que les éducateurs n'ont plus le même champ d'action ». Ici, il paraît évident que nous sommes dans le questionnement de la nécessité d'évolution d'une profession pour perdurer. Cela implique non seulement la perte de certains aspects du métier et de nouvelles compétences qui viendraient se greffer et qui développeraient une nouvelle profession. On pourrait voir cela comme des étapes qui conduisent au changement dans la mesure où celui –ci a été compris parce qu'il aurait été accompagné.

Pour un éducateur, cette évolution se traduit ainsi : « Il y a eu plusieurs étapes. La première étape c'était où il y avait énormément d'initiatives, de liberté d'action pour les éducateurs. Après est arrivée la loi de 2002 qui était nécessaire et qui a permis d'encadrer encore plus

²¹⁵ Extrait d'entretien d'un éducateur spécialisé, série des entretiens à partir de la question de recherche.

²¹⁶ Extrait d'entretien d'une éducatrice spécialisée, série des entretiens à partir de la question de recherche.

²¹⁷ Ibid. cité plus haut

l'orientation et l'accompagnement des jeunes, ça c'était un plus parce que ça a permis de davantage préciser le projet d'un jeune, permettre à la famille d'être acteur, de donner leur avis, au jeune de donner également son avis. Ça a incité le professionnel à développer davantage de compétences, d'aller un peu plus près du terrain et plus en accord avec le choix du jeune, de la famille et de ses compétences. Il a ouvert son accompagnement vers l'extérieur, il est devenu quelqu'un de plus technique, plus précis dans son travail parce qu'il y avait une ligne directrice avec la loi de 2002. C'est la deuxième étape.

Et la troisième étape, une étape très administrative. On est passé à une étape plus administrative. La première était très libre et en fonction de la personnalité de l'éducateur ».

« Le public a changé et les directions voyant que la population changeait, que les places se restreignaient dans le secteur adulte, se sont dit on va demander davantage aux professionnels d'être efficaces et efficaces sur leurs accompagnements pour arriver à baliser davantage le projet d'accompagnement personnalisé d'un jeune et son parcours préprofessionnel pour qu'il y ait une possibilité pour ces jeunes d'avoir une place »²¹⁸.

« On peut parler de transformation ou d'évolution plutôt de nos pratiques au regard des nouvelles lois de 2002, 2005 et 2006 et qui régissent les accompagnements des projets personnalisés, plus en lien avec les enfants concernés où effectivement on donne la parole aux familles, le travail plus en lien avec les familles »²¹⁹.

« Une des interrogations les plus flagrantes reste le lissage qui est envisagé par le ministère de tutelle de regrouper sur un socle commun les formations des professionnels. Ça reste quelque chose qui interroge les professionnels puisqu'ils perdraient une partie de leurs spécificités au regard notamment des accompagnements »²²⁰.

« Moi je le considère comme une évolution de mon métier, une déshumanisation et surtout une plus grande hiérarchisation sans que les personnels éducatifs puissent avoir un regard plus affiné sur l'organisation des P.E.C des jeunes, les choses sont beaucoup plus cloisonnées »²²¹.

« On dirait qu'il y a un manque de confiance dans le regard que pourrait apporter ces professionnels ».

La question de la nature même des missions propres à une profession est interrogée.

²¹⁸ Extraits d'entretien d'une éducatrice spécialisée, série des entretiens à partir de la question de recherche.

²¹⁹ Extraits d'entretien d'un éducateur spécialisé, série des entretiens à partir de la question de recherche.

²²⁰ Ibid. cité plus haut

²²¹ Extraits d'entretien d'un éducateur spécialisé, série des entretiens à partir de la question de recherche.

« On ne peut pas demander à un A.M.P²²² de faire le travail d'un E.S²²³ et c'est pourtant une réalité de terrain. De plus en plus, le travail de l'E.S devient celui d'un coordonnateur d'équipe. Il n'est plus au cœur de l'accompagnement éducatif comme on le concevait quelques années en arrière ».

« Le public est accompagné par des gens qui n'ont pas forcément les qualités requises pour occuper des postes qui demanderaient plus de technicité au regard des accompagnements. C'est un danger. Il ne s'agit pas de dévaloriser une profession par rapport à une autre, mais la formation n'est pas la même, la P.E.C n'est pas la même et un certain nombre de facteurs font qu'il y a un peut-être même de l'incompréhension dans les réunions des équipes pluri disciplinaires pour faire passer un message cohérent et en cohésion dans le cadre d'un projet pour un enfant »²²⁴.

Et la disqualification des personnes est vécue comme une relégation dans la profession. Il est nécessaire lors de resituer la personne derrière le professionnel. « Il y a une personne derrière chaque professionnel »²²⁵.

« Je vais être brutal dans mon propos, de plus en plus l'E.S devient un animateur, un gardien des jeunes qu'il accompagne. Il arrive malgré tout à faire des accompagnements parce que c'est un professionnel. Sur une échelle de 100%, de son temps, il y a au moins 50% de temps passer à garder les jeunes avec des activités, donc de faire de l'animation parce qu'il faut qu'ils soient à tout prix actifs ».

« Alors il y a une substitution, il y a un glissement des tâches chez les éducateurs... »

« Les E.S deviennent des gardiens. Ils deviennent les gardiens du temple. Nous sommes là pour faire la paix sociale, nous sommes les garants d'une certaine forme de paix sociale ».

« Les métiers sociaux sont en constante évolution et de façon paradoxale et c'est presque pathétique. On veut réduire les métiers sociaux à une entité unique c'est-à-dire annihiler toute forme de pensée intellectuelle pour en faire une sorte de tronc commun où tout le monde serait mélangé sans tenir compte des différenciations intellectuelles des uns et des autres et ça c'est extrêmement grave pour l'accompagnement éducatif dans sa globalité »²²⁶.

[...] « Parce qu'on sort du cœur métier, alors pourquoi pas, mais on n'est pas non plus des

²²² Et ²²³ Aide médico-psychologique, Educateur spécialisé

²²⁴ Extraits d'entretien d'un éducateur spécialisé, série des entretiens à partir de la question de recherche.

²²⁵ Extrait d'entretien d'une éducatrice spécialisée en formation CAFERIUS, série des entretiens complémentaires

²²⁶ Extraits d'entretien d'un éducateur spécialisé, série des entretiens à partir de la question de recherche

exécutants. Moi je suis désolé mais sur le terrain je ne vais pas emmerder l'autre en lui disant j'ai des contraintes. J'apprécie à juste titre ce que moi je mets en place, ce n'est pas pour mettre en défaut ma hiérarchie, ou mes collègues ou mon financeur, c'est pour dire, mais attends, moi je peux entendre qu'il faut contracter et passer moins de temps mais si derrière ça ne suit pas, moi mon gars, il va péter un câble et on passera plus de temps à le reconstruire et ça sera plus compliqué»²²⁷.

Le changement dans une profession est aussi une donnée à intégrer et elle est nécessaire à l'évolution d'un métier.

Les extraits d'entretiens suivants en seront la démonstration.

« Moi personnellement en tant que travailleur social qui fait de moi un simple prestataire, je trouve ça juste au sens de l'humain »²²⁸.

« A un moment donné, pendant des années, on se disait, un enfant arrive dans un établissement, on se disait comment il va s'adapter. Aujourd'hui cela nous oblige et c'est tant mieux, à se dire cet enfant arrive, comment on va s'adapter, nous l'établissement à ce qu'il est et ce dont il a besoin. [...] C'est ça la mission aujourd'hui »²²⁹.

Ainsi, à travers les différents entretiens plusieurs domaines ressortent. Comme on l'a vu précédemment, nous pourrions parler de la perte de sens, de la perte d'identité professionnelle et « de transformations ou encore d'évolution des pratiques », et dans une certaine mesure des fonctions.

4.2 L'éducateur, entre questions et quête de sens

« Ainsi, les institutions publiques et privées n'auraient d'autre réalité que leur organisation, au sens d'un ensemble humain ordonné et hiérarchisé, assurant la coopération de leurs membres en combinant légitimité, autorité et contraintes pour atteindre certains buts, selon les définitions les plus classiques »²³⁰. Cependant les professionnels de terrain ne se reconnaissent pas dans la réalisation de leurs missions. Pour certains, les choses sont imposées et ne sont pas comprises. Pour d'autres, il y a une perte de sens dans le faire.

« Or, le terrain de l'action éducative et sociale est aujourd'hui un terrain aux frontières mouvantes, traversé par les mutations de la société et marqué par une crise des valeurs. Ses

²²⁷ Extraits d'entretien d'un éducateur spécialisé, série des entretiens à partir de la question de recherche

²²⁸ Extrait d'entretien d'une éducatrice spécialisée en formation CAFERIUS, série des entretiens complémentaires

²²⁹ Extrait d'entretien d'une éducatrice spécialisée en formation CAFERIUS, série des entretiens complémentaires

²³⁰ Chauvière Michel, qu'est-ce que la chalandisation .p.131 information sociale n°152.

réactions sont très diverses et vont de l'impuissance à des dynamiques nouvelles »²³¹.

Les professionnels sont face à des situations qu'ils semblent parfois subir ou se sentir ne pas pouvoir apporter de réponse. Ils considèrent parfois être en difficulté face à certains usagers « Avec 2005, il y a eu cette ouverture, par contre ce n'est pas évident à gérer ; eux ils ne s'identifient pas par rapport au reste de la population qu'on a, on voit qu'il y a un décalage, ça renvoie sans arrêt au handicap de chacun. [...]C'est plus compliqué à gérer dans le sens où intellectuellement, je veux dire, à nous aussi d'être extrêmement vigilant, de ne pas s'y prendre de la même manière »²³².

L'identité professionnelle est questionnée par ces nouveaux publics et les professionnels se trouvent face à des situations qui demandent d'autres formes d'interventions. Les missions auxquelles ils faisaient référence et auxquelles ils étaient attachés deviennent plurielles et les questionnements nombreux.

La question de l'évolution de la profession se pose du fait de l'évolution du public. Une profession perdure lorsqu'elle inclut dans ses pratiques la question de l'évolution, de l'adaptation à l'environnement. Cette idée de la modification qui passe par celle du changement se fait jour. Le changement lorsqu'il est perçu nécessaire mais déroutant, s'apparente alors à un processus complexe.

4.3 L'identité sociale et professionnelle selon C. Dubar

L'identité professionnelle commence avec sa propre identité. Pour C. Dubar, l'identité professionnelle est la marque d'appartenance qui permet aux individus d'être identifiés par les autres mais aussi, de s'identifier face aux autres. « L'identité n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui conjointement, construisent les individus et définissent les institutions »²³³.

Il associe à la fois les processus biographiques de construction d'une « identité pour soi » et les mécanismes structurels de reconnaissance des « identités pour autrui ». Elle est un processus de construction et le fruit de l'interaction de trois paramètres. C'est l'identité pour soi dans un premier temps avec l'image que l'on se construit de soi-même. L'identité pour autrui, avec l'image que nous souhaitons renvoyer aux autres. Enfin, l'identité se construit à travers l'image que nous renvoient les autres.

²³¹ Bouquet Brigitte, « Le travail social à l'épreuve » Face aux défis, dynamiques et reconquête de sens..., Empan, 2007/4 n° 68, p. 35-42.

²³² Extrait d'entretien d'une E.T.S, série des entretiens la question de recherche.

²³³ DUBAR Claude, «La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. »A. Colin, 3eme édition, Paris, 2000 p. 109

« Pour réaliser la construction biographique d'une identité professionnelle et donc sociale, les individus doivent entrer dans des relations de travail, participer sous une forme ou une autre à des activités collectives dans des organisations, intervenir d'une manière ou d'une autre dans des jeux d'acteurs »²³⁴.

C'est une composante de l'identité globale de la personne. L'identité professionnelle renvoie à trois éléments, le monde vécu au travail, les relations au travail et les trajectoires professionnelles et enfin la perception de l'avenir²³⁵. Elle n'est pas une construction intrinsèque à la personne, elle se construit et évolue dans le temps. Le travail actuel amène à autre chose que la rémunération. Il amène à la reconnaissance, de la société, d'autrui, de soi-même. Aussi, lorsque la reconnaissance n'est plus dans ces sphères, provient un décalage. A travers l'enquête, les professionnels de terrain ont été nombreux à définir ce décalage. La construction de l'identité professionnelle est le sentiment d'appartenir à un groupe de professionnels, de concevoir sa vie future comme ancrée dans un contexte de travail, devenir un acteur social productif. Les changements qui s'opèrent dans les accompagnements et notamment l'adaptation des activités et des compétences aux spécificités des publics accueillis, interrogent les missions des professionnels. Les métiers ne changent pas mais c'est l'environnement et le contexte qui évoluent et cela implique que le professionnel interroge sa posture professionnelle pour répondre aux besoins des usagers et être à même d'identifier les interventions spécialisées qui font appel aux expertises extérieures et aux missions d'autres services.

L'éducateur n'est plus reconnu par ses pairs et par l'organisation. Il y a une perte de sens dans son identité professionnelle. Les missions qui sont propres à son métier semblent alors affectées. Le rôle des professionnels est ressenti comme en décalage au regard de leur formation initiale et aux représentations qu'ils en ont. Comment dès lors, ces notions d'accompagnement, de parcours et de continuité de parcours seront-elles abordées ?

Il est évident que l'évolution des publics modifie les besoins en accompagnements et les prestations qui en découlent au regard de la formation initiale qui est souvent généraliste.

Nous nous intéresserons plus particulièrement à cet aspect de l'identité professionnelle qui est de l'ordre de la mission d'accompagnement. Il semble important de la définir afin d'en déterminer les limites. Dans ces limites nous parlerons également de cette notion de parcours et de continuité de parcours.

²³⁴ DUBAR Claude, Ibid., p. 118

²³⁵ FRAY Anne Marie, PICOULEAU Sterenn, « Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail », Management et Avenir, 2010/8, n°38, p.72-88.

4.4 Accompagnement et parcours : en question, l'identité professionnelle

Dans cette partie nous nous sommes intéressés à la notion de parcours, de continuité de parcours et d'accompagnement. La plupart des professionnels ont au travers des différents entretiens exprimés leurs ressentis et leurs sentiments de ne pas se retrouver dans leurs fonctions et l'exercice de leur profession.

Afin, de comprendre le parallèle qui est fait entre ces notions, nous allons en donner des définitions qui correspondent le mieux à notre propos.

4.4.1 La notion d'accompagnement

Le verbe accompagner a deux significations celle d'être avec et celle de déplacement en commun. Accompagner c'est partager le pain avec, c'est en quelque sorte revenir au contrat idéal. La notion d'accompagnement a vu son développement conceptuel depuis la fin des années 1990. On parle alors de maïeutique (Desroche), de lien d'accompagnement entre don et service contractualisé (P. Fustier), d'art des mouvements solidaires (Pineau). Au cours des années 1990, on note une orientation différente de ce terme. Il devient progressivement un objet de recherche. On parle de « counseling, coaching, mentoring », termes que l'on pourrait mettre en lien avec ceux de parrainage ou de tutorat.

Pour J.M Barreyre, la relation d'accompagnement se situe à la fois « en interface et dans un espace subjectif »²³⁶. C'est en ce sens qu'elle est complexe. C'est un processus qui dynamise trois logiques²³⁷ :

- La logique relationnelle établie entre deux personnes d'inégale puissance
- La logique de déplacement par rapport à soi et aux autres
- La logique de synchronicité entre éléments distincts

Ces logiques renvoient à trois principes :

- Le principe de similitude
- Le principe dynamique de changement
- Le principe d'altérité

L'accompagnement, au-delà d'une pratique correspond aussi à une mission générale, une mesure intégrée à un dispositif, un programme ou un plan.

La notion d'accompagnement est inscrite dans la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances, de la participation et de la citoyenneté des personnes handicapées. Elle se conçoit

²³⁶ BARREYRE J.M, BOUQUET B., Nouveau dictionnaire critique d'action sociale, édition Bayard, Paris, 2006, P. 23-26

²³⁷ PAULE M. cité par BARREYRE J.M, ibid. cit.p23-26

dans une relation contractuelle, où la place et le rôle de chacun, comme l'objet de la relation et sa durée sont clairement définis. Il nécessite un accord formalisé ou implicite entre deux personnes : l'accompagné ou son représentant et l'accompagnateur. Selon le type d'accompagnement (social, socio-éducatif...) les enjeux, les contraintes et la durée sont différents.

4.4.2 La notion de parcours et de continuité de parcours

Nous définirons le terme de parcours comme le cheminement à accomplir par une personne d'un point à un autre. Afin d'être le mieux déterminé, celui-ci doit être jalonné d'étapes. Le parcours tient compte de l'histoire personnelle de chacun, de ses compétences acquises et de celles développées tout au long du chemin parcouru. Les étapes seront mises en place en fonction des capacités et des compétences de chacun. Celles-ci seront déterminées afin que la personne soit en mesure de s'impliquer, en tenant compte de ses possibilités personnelles et des possibilités qui lui sont offertes.

La notion de parcours de vie « recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle, relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne »²³⁸. Il est en lien avec l'environnement de la personne. L'idée de parcours implique une nécessaire dynamique. « Bien plus, l'accélération tend à devenir une valeur qui justifie l'injonction à se projeter dans l'avenir en s'adaptant aux évolutions du contexte »²³⁹.

Pour l'ADF le parcours de vie d'une personne en situation de handicap ne doit plus s'identifier à son séjour dans un établissement. Ce parcours est constitué, comme pour nos concitoyens, d'une série d'étapes et de changements en termes notamment de mode de vie, de lieu de vie, de mobilité résidentielle, d'activités et de situations relationnelles²⁴⁰.

Optimiser le parcours de la personne passe donc par « la prévention et l'anticipation des moments charnières, des risques de ruptures et de dégradation de l'état de santé, à l'agencement des différents accompagnements entre eux et leur capacité à évoluer »²⁴¹. C'est prendre l'ensemble des besoins et y apporter les réponses adéquates.

Pour le sociologue Nicolas Duvoux, on assiste depuis bientôt 30 ans à une transformation profonde des politiques publiques qui marque le retour de « l'individu concret ». L'individu des institutions était auparavant un « individu-hors-du-monde » (Dumont, 1983).

²³⁸ CNSA, rapport 2012, p. 33

²³⁹ JAEGER Marcel, « Quand le législateur découvre la notion de projet de vie » Caisse nationale d'allocations familiales, « Informations sociales », 2009/6 n° 156, p.142

²⁴⁰ ADF/Organisations du secteur du handicap (2012) « Parcours résidentiel et parcours de vie des adultes handicapés : vers une refondation », Protocole d'accord et déclaration commune.

²⁴¹ CNSA, rapport 2012, p. 33

Il devient sujet participant, responsable et surtout capable. « Ce retour d'une dimension subjective dans les politiques sociales ne peut ni ne doit être interprété comme le signe d'un démantèlement de l'État social mais comme celui d'un redéploiement, porteur de nouvelles potentialités pour les populations vulnérables (Donzelot, 2008) mais également porteur de nouvelles inégalités, insuffisamment analysées à ce jour. Cette tendance confronte les individus les plus défavorisés de notre société à une norme et à des exigences qu'ils n'ont souvent pas les moyens d'atteindre. En ce sens, on peut dire qu'ils sont confrontés à une injonction biographique : la société exige d'eux qu'ils construisent leur parcours social alors qu'elle ne les dote pas des moyens qui leur permettraient de le faire »²⁴².

Pour Marcel Jaeger, la loi pose timidement cette notion de parcours au travers du projet individuel notamment avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Concernant la notion de projet, l'article 7 de cette même loi mentionne « la participation directe »²⁴³ de la personne ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement. Ce projet correspond au contrat de séjour ou, selon les cas, le document individuel de prise en charge.

Il faudra attendre la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, à la participation et à la citoyenneté des personnes handicapées pour que les deux mots soient associés : projet et vie. Marcel Jaeger ajoute « qu'à travers l'affirmation de la priorité du projet de vie se manifeste aussi une volonté de reconnaissance des compétences que la perte d'autonomie ne doit pas faire perdre de vue, au sens où l'on parle aujourd'hui de personnes à compétences spécifiques plutôt que de personnes déficientes »²⁴⁴.

Cependant, le législateur n'a pas déterminé cette notion de projet de vie dans un sens plus large. On ne l'entend pas comme tout au long de la vie mais comme un projet de vie au sein de l'établissement. La conception d'un parcours de vie est alors annihilée car pour la personne la conception du projet de vie relève plus d'un document administratif que de la mise en forme des aspirations et des attentes de chacun.

Un accompagnement nuancé est donc nécessaire, la personne est actrice et auteure de son projet de vie et donc de son parcours ce qui est en résonance avec la loi de 2005. Cet échange permet de valoriser la personne en situation de handicap dans ses actes quotidiens, de façon à ce qu'elle-même porte un jugement sur ses propres capacités.

Le projet de vie sera alors l'expression de ses aspirations, de ces choix. Cela donnera du

²⁴² DUVOUX Nicolas, L'injonction biographique dans les politiques sociales, Caisse nationale d'allocations familiales « Informations sociales » 2009, n° 156, p. 114

²⁴³ JAEGER Marcel, Caisse nationale d'allocations familiales « Informations sociales » 2009, n° 156, p. 143

²⁴⁴ Ibid, p.144

sens à ce qu'elle vit. Il est par définition personnel et singulier. Il doit être évolutif. Il ne peut être figé et peut recouvrir les différents aspects de la vie : vie personnelle, lieu de vie, parcours médical, vie professionnelle. Il reste néanmoins le reflet d'un moment de l'existence. C'est une étape dans une vie. La continuité du parcours, comme définit plus en avant dans le mémoire, est une réelle préoccupation, et le professionnel qui est en charge de l'accompagnement œuvre pour permettre à l'utilisateur de le réaliser.

Aussi, entre ces deux termes, parcours et accompagnements, il existe bien un lien. C'est ce lien commun qui nous intéresse. Au travers de l'enquête, nous avons pu voir que les différents acteurs ont en commun cette finalité dans l'accompagnement des parcours mais semblent ne pas toujours avoir un vocabulaire commun pour qu'il puisse se faire dans une continuité. De même, selon qu'elle soit comprise comme une injonction, un contrôle ou des recommandations, l'interprétation ne sera pas la même. Ainsi, les recommandations des bonnes pratiques de l'A.N.E.S.M, peuvent être mal perçues par les professionnels et peuvent être non comprises à leurs justes valeurs. « Je pense que les directions d'établissement ont voulu baliser le champ d'action des équipes en s'appropriant le travail d'accompagnement des équipes, en surveillant d'une certaine manière le travail d'accompagnement des équipes »²⁴⁵.

Nous nous pencherons plus précisément sur ce dernier point et parlerons des outils de référence que constituent ces recommandations. « Les recommandations des bonnes pratiques professionnelles, déjà en soi, ça permet une évolution des pratiques professionnelles car cela génère un questionnement éthique par rapport à la demande engagée [...] idéalement construites, les pratiques en parallèle des recommandations des bonnes pratiques professionnelles est une démarche qui dans le secteur maintenant est d'une part fortement attendue et donc incité et d'autre part c'est positif pour les équipes parce que l'accompagnement est porté par autre chose que la simple volonté d'un chef de service, d'une direction. »²⁴⁶

Ainsi, le point d'ancrage que suscitent ces recommandations, met en lumière la complexité des professionnels à être dans des démarches de changement. En effet, ces « recommandations se situent à l'interface d'une logique d'évaluation et d'une logique d'amélioration continue de la qualité, dans le droit fil des principes de la loi du 2 janvier 2002 »²⁴⁷.

²⁴⁵ Extrait de l'entretien d'un éducateur spécialisé intervenant en I.M.E.

²⁴⁶ Extrait de l'entretien d'un cadre socio-éducatif intervenant en I.M.E.

²⁴⁷ Site de l'ANESM : Elles s'inscrivent au sein de 7 programmes :

- les fondamentaux,
- l'expression et la participation,

Elles sont des repères, des orientations, des pistes pour l'action destinées à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques pour améliorer la qualité des prestations rendues aux usagers et de mettre en œuvre la démarche d'évaluation interne ²⁴⁸. Ces documents sont un outil de référence pour les professionnels. Ils sont à la fois des principes et des modalités pratiques. Elles sont un outil de référence pour la réflexion, l'action et l'évaluation, au bénéfice des usagers, en ce qu'ils permettent de prendre en considération à la fois les problématiques organisationnelles et les objectifs des interventions. En cela, ces recommandations permettent de dessiner les contours d'une véritable culture professionnelle du secteur et donnent à chaque établissement les moyens d'élaborer sa culture institutionnelle, en fonction de ses réalités propres.

La recommandation « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » (décembre 2008) vise à rendre effectives l'expression et la participation de l'utilisateur dans la conception et la mise en œuvre du projet qui le concerne. L'A.N.E.S.M. invite à sortir d'une logique de « Prise en charge » de la personne considérée au regard de sa seule vulnérabilité, pour adopter une approche globalisante de l'accompagnement qui tient compte de l'individu dans sa complexité et sa singularité. Il s'agit de considérer l'utilisateur comme « une personne en situation de fragilité certes, mais dotée également de capacités, un être social aux multiples appartenances (environnement, parcours...), un proche mais aussi un autre avec sa part de mystère... ». Pour cela, l'A.N.E.S.M. met en avant le projet personnalisé, envisagé comme une « démarche dynamique » et une « co-construction ».

Cela permet de conduire un changement dans les pratiques professionnelles et de trouver les systèmes d'organisation adaptés, pour une prestation au bénéfice des usagers.

4.4.3 Le changement est un processus complexe et parfois difficile à mener

Pour Jean Marie Miramon, « le changement est un concept flou ». ²⁴⁹ Afin d'éclairer notre propos, nous nous appuyons sur la définition du dictionnaire. Selon le Petit Robert le terme « changement » désigne plusieurs choses :

-
- les points de vigilance, la prévention des risques,
 - le soutien aux professionnels,
 - les relations avec l'environnement,
 - les relations avec la famille et les proches,
 - la qualité de vie.

²⁴⁸ Évaluation interne et recommandations de bonnes pratiques professionnelles : inscrire la démarche dans un processus d'amélioration continue de la qualité, site de l'A.N.E.S.M.

²⁴⁹ MIRAMON Jean-Marie, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico sociaux*, Presses de l'E.H.E.S.P, Paris 2009, p 84.

- ✓ L'état de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique,
- ✓ Le fait de quitter une chose pour une autre,
- ✓ Le fait de ne plus être le même²⁵⁰.

On pourrait l'aborder sous la forme d'un état, d'un processus et d'un résultat. Le processus de transformation est lent et global. Lent, parce qu'il « suppose une « conversion, c'est-à-dire l'abandon de certaines croyances jusque-là impossibles à remettre en question »²⁵¹. Global parce qu'il « concerne à la fois les personnes (formation, fonctions, rôles, mentalités, culture d'entreprise), les structures (organisation du travail, outils de suivi, management) et les techniques (modalités de prise en charge) »²⁵². Il peut être humble et pragmatique, ne pas être synonyme de révolution, parce qu'« au moyen de petits effets, ponctuels ou durables, il modifie peu à peu les mentalités, les habitudes, qu'elles soient individuelles ou collectives »²⁵³.

Le changement est généralement provoqué par une confrontation entre un acteur et son environnement qui met en évidence une inadéquation, un décalage ou un retard. Aussi, pour cette raison, le changement « va trop souvent de pair avec l'idée qu'il existerait un état idéal, ou en tout cas meilleur, qu'il faut s'efforcer d'atteindre en modifiant perpétuellement l'organisation et les structures »²⁵⁴.

Cependant, il peut être source de progrès dans la mesure où il possède une connotation positive et la mise en place d'une dynamique de transformation est perçue comme étant le signe d'une institution vivante, capable de se questionner et d'agir pour se mettre en conformité.

Mais le changement ne va pas de soi et il est important de tenir compte des mécanismes qui sont mis en œuvre dans ce processus, notamment celui de la résistance au changement.

4.4.4 Les résistances au changement alors qu'il est de l'ordre du apprendre pour faire autrement

Il n'y a pas de changement sans résistance. La psychologie sociale a identifié les potentialités de changement chez l'individu, en montrant que les comportements reposent sur des éléments stables (la mentalité, la culture,) mais aussi sur des éléments contingents, relatifs au contexte et à la situation interactionnelle dans lesquels l'individu est placé.

²⁵⁰ Le Petit Robert, Paris, p.343

²⁵¹ MALAREWITZ J. A, cité par DIGAUD-CLAVEL, J.M, « Conduire un changement de culture institutionnelle en foyer de vie pour accompagner le résident dans son parcours de vie », mémoire de CAFDES, 2011, p.49

²⁵² MIRAMON Jean Marie, op.cit. , p.87

²⁵³ MIRAMON Jean-Marie, Manager le changement, Presses de l'E.H.E.S.P., 2009, p 150.

²⁵⁴ MIRAMON Jean-Marie, ibid. p 84.

Le changement provoque donc des résistances, car il s'agit du passage d'un monde connu et stabilisant à un monde nouveau et non maîtrisé, « du dur et du sûr au souple et à l'incertain »²⁵⁵. Ce déplacement d'une « zone de confort » vers une « zone inconnue », selon Jean-Marie Miramon, constitue donc une source de perturbation, de questionnement et donc d'inquiétude.

Afin d'éclairer les mécanismes mis en œuvre dans la résistance au changement, il est intéressant de se pencher sur l'analyse que fait M. Crozier concernant la théorie des organisations. Il définit l'« organisation » comme « l'instrument que des acteurs sociaux se sont forgés pour « régler » leurs interactions de façon à obtenir le minimum de coopération nécessaire à la poursuite d'objectifs collectifs, tout en maintenant leur autonomie d'agents relativement libres »²⁵⁶. Cela vise à expliquer les comportements et les relations des acteurs conformes ou inattendus par rapport aux règles prescriptives et entre eux.

On peut en retenir les notions suivantes :

- Les rôles et jeux d'acteurs²⁵⁷:

- Dans une organisation, chaque individu a bien sûr une fonction formelle, mais celle-ci ne le détermine pas entièrement : il est en effet acteur et dispose d'une « marge de manœuvre ».
- La marge de manœuvre de chaque acteur est limitée non seulement par le cadre institutionnel, mais aussi par les jeux des autres acteurs du dispositif.
- L'acteur évolue en utilisant sa marge de manœuvre plus ou moins inconsciemment et efficacement.

- La règle de jeu (non officielle) est un compromis où chacun des acteurs concernés trouve une solution acceptable pour lui. Elle correspond aux arrangements qui stabilisent les jeux entre les acteurs puisque elle établit entre eux « une sorte d'équilibre dans leurs échanges (les relations de pouvoir) que chacun considère comme le moins mauvais compte tenu des caractéristiques du contexte d'action »

Si le changement provoque de la résistance, c'est parce qu'il bouleverse le jeu des acteurs en venant modifier l'équilibre en cours par la redistribution des atouts et des moyens de marchandage qu'ils avaient mobilisés pour y parvenir. Pour autant, le changement peut être accepté s'il tient compte de ce jeu et s'il est explicité et accompagné. Michel Foudriat

²⁵⁵ MIRAMON Jean-Marie, *ibid.*, p 86

²⁵⁶ CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, « *L'acteur et le système, Les contraintes de l'action collective* », Editions du Seuil, Collection Points essais, 2001, p 196 et 197.

²⁵⁷ MIRAMON Jean-Marie, DENIS Couet et PATURET Jean-Bernard, « *Le métier de directeur, Techniques et fictions* », Editions E.N.S.P., 2002, p 194 et 195

signale que pour les différents acteurs d'une même organisation, un même changement n'a pas les mêmes conséquences, n'a pas la même signification et n'est pas anticipé de la même façon, car ces acteurs ne sont pas soumis aux mêmes contraintes et ne disposent pas des mêmes ressources et marges de manœuvres. Pour lui, il existe un décalage entre le changement planifié et décidé par les dirigeants et le changement réel, en effet « les acteurs adaptant toujours les nouvelles règles pour leur donner sens dans le contexte où ils sont »²⁵⁸

Pour Kurt Lewin le processus évolutif du changement suit un cheminement caractérisé par trois phases, plus ou moins longues, difficiles et intenses, selon les personnes ou les groupes concernés. Ce sont :

- **La dé cristallisation** : période où l'institution commence à remettre en question, volontairement ou non, ses perceptions, ses habitudes ou ses comportements et à prendre conscience de la nécessité de les modifier, adapter ou abandonner. Cependant, même si la phase est commencée, le changement n'est pas acquis pour autant : il reste à lui donner une direction et à le consolider.

- **La transition** : période marquée par des comportements ou attitudes plus ou moins instables et contradictoires. Les acteurs s'initient à de nouveaux modes de fonctionnement et expérimentent les « nouvelles façons » de faire et d'agir. Le changement ne suppose donc pas uniquement l'abandon de comportements ou d'attitudes, mais surtout l'acquisition de nouvelles façons de penser et de faire.

- **La recristallisation**: période lors de laquelle les nouvelles pratiques se renforcent, « s'harmonisent » avec les autres dimensions du quotidien et s'ancrent dans l'action, en devenant de plus en plus « spontanées »²⁵⁹.

Le changement n'est donc pérenne que si cette phase est réussie, autrement dit, si les nouvelles logiques font culture.

Conclusion partie 2

A travers l'enquête de terrain, nous avons pu voir que les établissements et services du secteur médico-social sont en proie à de multiples enjeux. Ils possèdent des modes d'organisation assez différents d'un établissement à l'autre. Cependant, nous retrouvons certaines constantes, à savoir, le type de stratégie qui est mis en jeu. Pour certains, cela peut être développement en intra des structures ou bien de services, cela peut être un regroupement de structures (une grosse structure englobe un petite) pour ne former plus

²⁵⁸ FOU DRIAT Michel, cité par MIRAMON Jean Marie, *ibid.* p 242.

²⁵⁹ KURT Lewin, *Resolving social conflicts*, A.P.A., New York, Editions Harper, 1968, 422 pages.

qu'une seule grande structure avec un déploiement plus important sur le territoire. Le développement du partenariat plus que celui de la coopération est aussi une réponse qui est dans la majeure partie des cas celle retenue par les organisations, avec pour bénéficiaire l'intérêt d'être une force de propositions dans les accompagnements des personnes en situation de handicap. Le partenariat « entraîne une double coopération : au plan financier et au plan de l'action »²⁶⁰. Cependant, ce secteur reste à la fois vaste et relativement cloisonné. La coordination s'avère difficile et complexe.

Les structures correspondent à des typologies. Elles peuvent être de l'entre soi, et on s'aperçoit que le travail en coopération ne va pas de soi. Le partenariat que l'on définira comme une économie de moyens et une mutualisation des ressources n'est pas la coopération. La poursuite d'un but commun est encore fragile même si l'utilisateur est au centre du dispositif. Les structures sont dans une réflexion de mise en conformité, une réglementation toujours plus stricte, qui laisse parfois moins de place à l'initiative et à la création innovante. Cette mise en conformité impacte le travail du professionnel et la question de l'identité professionnelle. En effet, le professionnel est en questionnement car l'évolution du public implique une évolution de et dans son travail, mais selon le type de structure l'accompagnement au changement est vécu différemment. Il devient nécessaire d'accompagner dans le changement. Identité sociale et professionnelle sont liées et la résistance trouve sa source là-dedans. Les stratégies mises en place par les structures sont sur la voie de la coopération. Elles sont encore dans un modèle de partenariat. La coopération implique un but commun. Les acteurs conservent leurs propres outils et leur champ de responsabilités. Cependant, elle doit être accompagnée d'une coordination des acteurs à tous les niveaux.

Le raisonnement se fait en termes de logique de parcours. L'accompagnement des parcours, régi par les différentes lois qui impactent le secteur du médico-social, est face à des référentiels d'actions qui sont contraignants et qui donnent une certaine lisibilité. Cette notion d'inclusion a toute son importance. Cependant, penser le parcours ne doit plus se penser en termes de place. C'est le repérage des besoins plus que la question de la place qui est portée. L'institution est devenue l'établissement. Ce changement de paradigme est introduit par la désinstitutionnalisation, qui amène au changement. Le concept de désinstitutionnalisation renforce l'idée de penser logique de parcours. Le modèle institutionnel vole en éclat. Nous présumons alors la question de la coordination par rapport à celle du parcours et de sa continuité. Les logiques coordonnées de parcours sont inhérentes à la question de la coordination.

²⁶⁰ BARREYRE J.Y, BOUQUET Brigitte, « Nouveau dictionnaire critique de l'action sociale », Edition Bayard, Travail social, Paris, 2006, p.411.

5 RETOUR SUR HYPOTHESE ET PRECONISATIONS

5.1 Retour sur hypothèse

L'hypothèse que nous avançons plus haut est partiellement validée. En effet, nous définissons l'hypothèse de travail ainsi : l'organisation se situe plus dans une recherche de mise en conformité au regard du cadre législatif de référence et s'oriente progressivement dans un travail de coopération, travail qui participera au développement d'actions communes. Ainsi, la prise en compte des changements dans l'organisation, rendra pérenne le parcours des usagers en évitant les ruptures.

La sous hypothèse que nous avons retenu était la suivante : les changements impactent la question de la culture du secteur médico-social et de l'identité professionnelle. Ils nécessitent l'implication des acteurs et leur accompagnement dans ces démarches.

L'hypothèse et la sous hypothèse sont donc partiellement validées dans la mesure où les résultats obtenus, montrent que pour certaines organisations, les stratégies employées relèvent de stratégies de développement ou d'extension au regard des populations qu'elles accueillent, de fusion d'association (afin d'acquérir une taille plus importante) et d'autres seraient sur le mode de l'entre soi, pour certaines on pourrait presque parler de stratégie de « survie ».

Ainsi, dans l'étude réalisée, nous pouvons remarquer que les structures afin de rester pérenne se positionnent sur du développement en interne par la création de services (SAVS, SAMSAH...), d'établissements (F.A.M, Foyer d'hébergement, foyer de vie en lien avec des EPHAD...) ou sont plus orientées vers la fusion d'associations (de structures de taille importante fusionnent avec des structures de plus petite taille), qui est aussi il faut le rappeler, un impératif formulé par les financeurs (nécessité d'avoir moins de structures mais plus importantes pour avoir moins d'interlocuteurs).

Les différents enjeux qui les traversent, mettent en avant la nécessité de proposer des accompagnements qui s'orientent vers de l'innovation. Plusieurs expérimentations sont présentes sur le territoire. Pour les ARS, certains départements sont choisis pour expérimenter des actions. Le changement se travaille en amont et plusieurs établissements depuis les lois propres à ce secteur, travaillent en commun. Les groupements, que ce soit dans le secteur public ou privé en sont les exemples. Le partenariat se développe et occupe une place plus importante malgré les injonctions de coopération. La question du changement est cruciale. Changement dans la façon de travailler, de dispositifs répondant au mieux aux besoins et attentes des publics, la mise en place d'expérimentations. Celles-ci sont de natures diverses. Nous pourrions parler des expérimentations liés au logement en milieu ordinaire avec accompagnement à l'extérieur (qui relève du droit commun). L'a

nouvelle tarification qui permet une adéquation des besoins et de l'existant sur le territoire. Le Plan d'Accompagnement Global (P.A.G) permet de travailler en coordination en utilisant différentes modalités. C'est casser le cloisonnement des secteurs. Les organisations ainsi que les équipes se forment et participent aux démarches de qualité d'amélioration. Les indicateurs proposés par l'ANAP donnent une vision plus précise. Les services adossés aux structures sont plus à même d'être en mesure de proposer des accompagnements plus en lien avec le milieu ordinaire et l'accès au droit commun en est facilité. La citoyenneté est mise en avant. La désinstitutionnalisation est bien présente dans les organisations, et ce depuis de nombreuses années. Pour rappel, elle est déjà en marche depuis de nombreuses années au travers du développement de services d'accompagnement ou de soin de types: SEESSAD, SAVS, SAMSAH. Elle ne consiste pas seulement à remplacer les établissements par d'autres services extérieurs mais à reconfigurer les dispositifs. Nous sommes alors face à une nouvelle organisation.

Cependant, la désinstitutionnalisation ne doit pas se comprendre comme être « hors les murs » et sortir de l'établissement sans que ne soit pris en compte les obstacles qui se dressent devant les personnes en situation de handicap. Il ne s'agit pas de mettre en difficulté l'utilisateur et son entourage. Il faut que cela soit un choix librement consenti et non un choix imposé. Les familles doivent être associées dans ce parcours pour accompagner au mieux.

Nous pourrions aussi parler de la temporalité des organisations. Celui-ci est long, c'est ce qui le fait apparaître pérenne. J. Y. Barreyre dans un article paru dans la revue « Vie sociale » de 2010²⁶¹, parle de l'utilisateur comme un sujet de droit. Le champ lexical autour de la personne en situation de handicap évolue régulièrement. Ainsi, nous sommes passés de l'utilisateur au sujet de droits. Le statut est conféré par la loi. « Faire reposer l'action sociale publique sur l'évaluation des besoins des personnes, suppose de les considérer dans leur statut de sujet de droits, c'est-à-dire de les inscrire dans des environnements de droit commun. Ainsi, cela interroge non seulement les structures spécialisées, mais également les sectorisations multiples et non coordonnées des politiques publiques ».²⁶²

« L'intérêt de s'engager dans des démarches d'évaluations permet aux organisations de faire le point sur le déploiement de leurs activités, les processus mis en place, ainsi que les effets sur le parcours des usagers »²⁶³. C'est repérer collectivement quels sont les points forts et les points faibles, les améliorations à poursuivre et le niveau d'organisation à

²⁶¹ Vie sociale n°1, 2010, p. 8

²⁶² BARREYRE J.Y., vie sociale n°1, p. 8

²⁶³ www.anesm.sante.gouv.fr

interroger au regard des effets sur les personnes destinataires de ces démarches.

Nonobstant, l'évaluation ne doit pas se réduire à « des normes prescriptives et des tentatives d'unification »²⁶⁴. Pour cet auteur, le travail sur autrui que porte le travail social permet de rappeler que la dimension humaine est primordiale, la personne étant première.

Pour le travail social, il s'agit de remettre la personne au centre des préoccupations, dans une approche globale et un abord sociétal. « Il est primordial de considérer la personne dans sa dimension citoyenne et de viser son accession ou son retour à l'autonomie ; de lui apporter une aide à la réalisation de ses projets et à la construction de son avenir, en la plaçant au cœur de l'action, c'est-à-dire en privilégiant le faire avec au détriment du faire pour et à la place de ; de l'entraîner dans une dynamique interactive et contractuelle, co-auteur et co-réalisateur ; de favoriser ses initiatives et sa participation dans l'élaboration de tout projet la concernant dans les dimensions aussi bien individuelles, qu'institutionnelles et politiques »²⁶⁵.

La participation de l'utilisateur est impulsée depuis quelques années dans le champ du travail social par les politiques publiques. Cependant, celle-ci est loin d'être une évidence « que ce soit dans la culture des organismes gestionnaires, des établissements ou services ou des travailleurs sociaux ». Cette implication ne peut se faire sans penser les conditions d'un mouvement des personnes mais aussi les moyens d'une vraie culture participative. « il s'agit de mettre en place une organisation qui reconnaisse une place déterminante à la personne aidée dans l'organisme susceptible de lui venir en aide, de donner les moyens à la personne aidée de prendre cette place et de développer une culture de co-construction avec les professionnels du travail social et de l'intervention sociale »²⁶⁶.

Les résultats obtenus dans cette recherche montrent que les organisations ne permettent pas de penser la logique de parcours car la coordination ne fonctionne pas suffisamment. Les logiques coordonnées qui permettraient donc la réussite de la continuité des parcours est encore à un stade d'expérimentation. Tous les territoires ne sont pas similaires et les disparités sont réelles. Les acteurs sont parfois en décalage car il est difficile de fédérer des organisations. Comme cité précédemment, les stratégies mises en place par les différents acteurs n'œuvrent pas toujours avec un but commun. Même si les référentiels sont les mêmes, il y a un impact sur les organisations, sur les modèles de prise en charge. La question de la coordination suppose une coopération. Pour conclure cette partie nous

²⁶⁴ BOUQUET B., « Le travail social à l'épreuve, face aux défis, dynamiques et reconquête de sens », EMPAN, 2007/4, n°68, p.39

²⁶⁵ BOUQUET B., « Le travail social à l'épreuve, face aux défis, dynamiques et reconquête de sens », EMPAN, 2007/4, n°68, p.40

²⁶⁶ Rapport du Conseil Supérieur du Travail Social (remplacé par le Haut Conseil du Travail Social), « Refonder le rapport aux personnes ; merci de ne plus nous appeler usagers », 2015, p. 118-119.

pourrions dire que les organisations sont confrontées à leur histoire, à un fonctionnement mais également à des habitudes.

L'hypothèse et la sous-hypothèse sont donc partiellement validées car les organisations se situent dans un premier temps de cette évolution du secteur. Le respect du cadre réglementaire, de la mise en place des outils, des recommandations et des adaptations au niveau des interventions qu'elles proposent sont relativement présents dans l'ensemble des structures interrogées. C'est sur cet aspect que l'hypothèse est validée. Toutefois, il est difficile de parler de réelle coopération dans le sens où les stratégies qu'elles mettent en place restent encore de « l'entre soi ». Elles sont dans un développement ou une extension qui laisse moins de place à la coopération. Il est plus question d'un travail en partenariat plutôt que d'un travail en coopération. Cependant, ce dernier commence à se faire jour parce qu'il est nécessaire à la continuité des parcours. L'hypothèse est donc invalidée au regard de cet élément.

La sous hypothèse est aussi validée partiellement au regard de nos résultats car si les changements impactent la question de la culture du secteur médico-social et de l'identité professionnelle, les structures commencent à s'en saisir et mettent progressivement en place des actions pour permettre l'accompagnement au changement.

5.2 Préconisations

Les IME comme nous avons pu le voir tout au long de cette recherche, sont face à des enjeux et des défis permanents pour répondre aux besoins multiples. L'utilisateur au cœur du dispositif paraît être une formule évidente. Sa place n'est pas seulement centrale, elle doit être celle de sa fonction de co-acteur et co-auteur de son parcours.

La notion d'hybridation est une donnée cruciale. En effet, les IME tels qu'ils ont été conçus et tels qu'ils sont aujourd'hui permettent une certaine porosité des interventions et des accompagnements. C'est cette « *perméabilité* » qui fait de ces structures leur utilité sociale. Si les IME ont connu divers bouleversements, leur rôle nous paraît toujours « d'actualité » même si de nos jours, ces établissements restent partiellement cloisonnés. La prise en charge de la personne et de son environnement apparaît comme manifeste, même si, pour autant, elle nécessite l'implication d'autres spécialistes aux champs d'intervention plus étendus. Le but est avant tout de faciliter la continuité des parcours par l'intermédiaire d'une pluridisciplinarité des actions, des dispositifs adéquats et des professionnels qui en assurent la mise en œuvre.

Les IME participent à l'ouverture à la société aux personnes qu'ils accompagnent. « Par leur capacité d'adaptation au public ils font preuve d'innovation. Ils s'ouvrent vers la société en faisant participer les enfants handicapés à la vie de la cité. Le milieu spécialisé

s'ouvre davantage sur l'extérieur. Faire sortir le handicap du système spécialisé c'est déjà le faire participer à la société.»²⁶⁷.

Le parcours implique les notions d'étapes et de d'allers retours. Il sollicite « une capacité d'adaptation et de réactivité »²⁶⁸

Au terme de notre étude, des constats repérés et au regard des résultats obtenus, les préconisations se situent à trois niveaux : pour l'utilisateur et sa famille, pour les établissements et services et pour les professionnels.

L'utilisateur doit être co-acteur et co-auteur de son projet de vie qui est la pierre angulaire de son parcours. Ce dernier a du mal à se mettre en place. Il suppose des objectifs et des étapes à formuler. Ainsi, si la personne n'est pas en mesure de le formuler concrètement, elle est accompagnée et guidée pour certains dans le respect de ses choix et de ses possibilités. Et comme le souligne J.R. LOUBAT, c'est précisément le rôle du professionnel d'accompagnement que d'aider la personne à structurer sa pensée et son expression.

5.2.1 Le Case Management

Le Case management est une méthode d'accompagnement spécifique permettant de gérer les questions complexes relevant de l'action sociale, de la santé et de l'éducation. Dans un processus coopératif, il propose des prestations de qualité répondant aux besoins individuels. La personne en situation de handicap sollicite la MDPH pour élaborer un projet de vie, le Case Manager sera lui chargé de réaliser avec elle le projet d'accompagnement personnalisé. C'est ajuster les prestations proposées aux attentes et besoins de la personne. Le Case Manager va aider à la mise en œuvre et coordonner les différentes actions nécessaires à l'atteinte des objectifs du projet. Le case management travaille le projet sous un autre angle à savoir celui de la situation personnelle d'une personne dans un environnement donné, en s'appuyant sur ces ressources propres et en bâtissant un plan d'action doté d'objectifs et s'inscrivant dans une durée déterminée, selon J.R. LOUBAT. Le Case management met en avant « la personnalisation, la participation de la personne, une coordination de partenaires et de ressources, l'assurance d'une continuité autour de la poursuite d'objectifs définis, une co-évaluation des effets obtenus et une posture de coach »²⁶⁹. Cependant la coordination de parcours et les projets personnalisés ne

²⁶⁷ PETITE Laure, « Nouvelles interventions sociales en établissements médico-sociaux : Quels leviers pour les IME ? » mémoire de DEIS, 2016.

²⁶⁸ LOUBAT Jean René « Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action médico-sociale », les cahiers de l'Actif, n°446/447, Juillet/Aout 2013

²⁶⁹ LOUBAT, J.R, Les Cahiers de l'Actif, n°446/447, p.9.

sont pas nouveaux. Mais cela interroge l'organisation historique de la prise en charge avec une autre logique.

La personnalisation peut devenir « incompatible avec des formes d'organisations institutionnelles traditionnelles, qui fonctionnent avec des horaires et des murs qui constituent les principaux cadres de l'action D'où ce lien logique entre personnalisation et désinstitutionnalisation »²⁷⁰.

Dans cette même logique, une expérimentation est menée dans cinq départements en France depuis 2016. Il s'agit de l'intervention d'un « assistant au projet de vie »²⁷¹. Ce projet est ouvert à toutes les situations de handicap. Le professionnel aide la personne à réfléchir à son orientation, l'informe sur ses droits, l'encourage à solliciter des acteurs spécialisés ou du droit commun suivant son projet. Les personnes et la famille décident et font les démarches. Il n'y a pas de limite de temps et un simple entretien suffit à la personne pour décider de son parcours. Les professionnels intervenant ont des profils divers. Savoir développer un réseau, s'avoir s'adapter à chaque famille tout en gardant du recul, sont les principales compétences. Les familles sont satisfaites des résultats et des solutions ont pu être apportées. Ce dispositif devra être évalué pour pouvoir être généralisé.

D'autres types d'expérimentations sont aussi proposés et concernent le logement. En effet, la question de l'hébergement est un problème qui occupe l'attention. Certains IME, travaillent là-dessus et développent des formes innovantes et adaptées. En lien avec des structures qui proposent des logements où cohabitent à la fois des personnes travaillant en ESAT (jeunes et moins jeunes) et des seniors en sont un exemple. Pour d'autres, ce sont des appartements gérés par des IME où des professionnels interviennent et permettent à ces jeunes de vivre en milieu ordinaire. Ce sont des modes d'accueils alternatifs à l'internat. Tout un travail sur l'habitat inclusif est actuellement en cours.

Pour les structures, la nouvelle tarification devrait permettre le déploiement d'une réponse territorialisée pour tous. L'objectif est d'agir sur l'offre afin d'accompagner son adaptation continue pour mieux répondre aux besoins.

Il faut alors dépasser le clivage milieu spécialisé et milieu ordinaire. La prise en compte des besoins spécifiques et complexes, passe alors par un diagnostic qui met en lumière les réels besoins et les attentes des personnes.

5.2.2 Les plateformes d'appui territoriales

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la mise en place de

²⁷⁰ Ibid., p.11

²⁷¹ A.S.H, n°3019, 1^{er} juillet 2017, « Aider la personne à bâtir son projet de vie, sans agir à sa place », p.17

« fonction d'appui » aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la coordination des parcours de santé complexe. Elles peuvent être organisées sous forme de « plateformes territoriales d'appui (PTA) »²⁷². Elles ont pour missions principales l'information et l'orientation vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire, l'appui à l'organisation de parcours complexes, l'appui aux pratiques et initiatives professionnelles. Ce dispositif est propre à chaque territoire. Il est organisé par l'ensemble des acteurs locaux (professionnels libéraux, acteurs du domicile, réseaux, MAIA, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, représentants des usagers, collectivités locales). Ce dispositif s'inscrit dans une démarche d'organisation territoriale de santé qui permettra le décloisonnement entre sanitaire, médico-sociale et sociale au bénéfice de l'utilisateur et de son parcours. Les plateformes territoriales d'appui seront une palette d'intervention dans une logique de proximité.

A travers ces plateformes territoriales d'appui, on pourrait penser un dispositif à l'image des MAIA qui serait un guichet unique pour les personnes en situation de handicap. La MDPH si elle est ce guichet unique est axée sur l'évaluation des besoins et les prestations sont assurées par d'autres services ou structures. Ce dispositif associerait tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap et leurs aidants. La démarche serait celle de l'intégration de services d'aides et de soins pour travailler à des réponses disponibles sur le territoire.

La prise en compte des attentes des personnes ne coïncident pas nécessairement avec l'organisation institutionnelle et de ses professionnels (ce qu'elle attend ne va pas avec ce qui lui est proposé). La fonction de coordinateur de parcours et de projets est amenée à se développer. Des formations dans le case management ont vu le jour en France dans plusieurs universités.

Les plateformes de services sont aussi des dispositifs qu'il faut développer et comme le souligne J.R. Loubat, « elles représentent de nouvelles organisations intelligentes ».

5.2.3 Développer et renforcer les qualifications des professionnels dans le cadre de la formation continue

Pour les professionnels, les différents changements opérés dans le secteur, bouleversent les pratiques. Aussi, l'identité professionnelle s'en trouve impactée, un manque de reconnaissance apparaît et un décalage s'installe. Il y a bien longtemps que les « murs ont explosé » (réseaux, MAIA...) les métiers sont donc à revisiter.

L'évolution des publics, des référentiels d'action, des cadres réglementaires sont autant

²⁷² www.nouvelle-aquitaine.ars.santé.fr

d'éléments qui amènent poser le travail d'accompagnement différent. Pour cela, les qualifications des professionnels sont à développer et renforcer. Travailler avec un public autiste ne requiert pas les mêmes connaissances et compétences que le travail avec des personnes déficientes intellectuelles ou polyhandicapées. Aussi, la formation devient un atout indispensable à développer pour les structures dans la transition vers l'évolution des métiers au regard des changements qui s'opèrent.

Les corporatismes dans les professions d'accompagnement ne pourront plus demeurer en l'état mais devront « se centrer sur un ensemble des compétences détenues »²⁷³. Preuve en est, la gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) qui est un des outils de management.

A cela nous pourrions rajouter que la formation des aidants est aussi un donnée importante. En effet, l'hybridation qui est recherchée pour la continuité des parcours entre le milieu ordinaire, le droit commun, le milieu spécialisé et le domicile, nécessite la formation des aidants. Ils sont au cœur de cet accompagnement et leur participation ne doit pas en être réduite. Ils sont parents-experts. Et cette expertise est à partager. Elle est également à rechercher dans la collaboration et à l'élaboration des projets d'établissements.

²⁷³ LOUBAT J.R, Les cahiers de l'Actif, n°446 :447, p. 13
Touta ABED – Mémoire DEIS
Parcours et accompagnement :Les IME en (-) quête de réorganisation

CONCLUSION

Le champ du handicap a connu beaucoup de bouleversements. Le vocabulaire utilisé pour qualifier la personne a également été en constante évolution ; de l'infirmes nous sommes passés à la personne en situation de handicap. Nous avons suggéré qu'on pourrait le définir ainsi : aller à la rencontre d'une personne en situation de handicap ne signifie plus voir les déficiences mais plutôt voir les compétences.

Le secteur du médico-social et son mode de fonctionnement auquel il s'était habitué « vole en éclat ». La notion de secteur change. Les frontières des secteurs sanitaire, médico-social et social deviennent poreuses. Les changements s'effectuent à plusieurs niveaux. Les contraintes budgétaires amènent à repenser le secteur, à réinventer des modes de fonctionnement. Les organisations voient leurs rôles interrogés et leurs frontières se réduire.

Les notions de parcours et de projet de vie viennent percuter les organisations et remettre en question leur fonctionnement, leur place et leur utilité. Parler de la personne permet d'enlever le terme d'institution. Parler du parcours suggère de le penser à plusieurs niveaux : on parle de parcours santé, de parcours vers l'autonomie et de parcours à la participation sociale.

Les IME sont encore parfois dans des modes de fonctionnement partiellement cloisonnés même si la mise en place des recommandations des bonnes pratiques vient les interpeller. Les interventions se diversifient et l'ouverture à et sur l'environnement permet d'une certaine façon l'innovation en matière d'accompagnement. L'évolution des publics vient interroger non seulement les prises en charge mais également les différents professionnels. Les changements impactent la question de la prise en compte de la personne. L'usager au centre du dispositif signifie la co-construction du projet mais également la place de l'usager et sa capacité à être acteur de son parcours.

Les organisations doivent s'adapter à la personne et non pas le contraire. D'une logique de place avec les lois de 1975, on est passé à une logique de parcours. La rupture qui s'établit entre la loi de 1975 et de 2005, met en lumière cette notion d'inclusion. La personne est devenue sujet de droit et non plus usager.

La prise en charge doit s'adapter aux besoins et attentes des personnes. Cela passe par des interventions hybrides qu'il faut alors coordonner. Les établissements et services ne sont plus dans une logique où une personne est associée à une place. Maintenant, l'association devient multiple. La personne relève de plusieurs services, plusieurs interlocuteurs, plusieurs interventions... et plusieurs modalités.

Il est question de coordination et de coopération et celles-ci deviennent alors des éléments

déterminants pour mener à bien les nouvelles interventions. Le tout institutionnel ne semble plus adapté en l'état et les organisations se doivent de penser différemment leur place et leurs actions.

Concernant les IME, leur devenir pourrait être celui d'une plateforme collaborative. Dans cette nouvelle organisation un ensemble de prestations serait proposé. Une certaine souplesse des autorisations permettrait notamment la fluidité des parcours avec des entrées et des sorties plus simplifiées. Les services proposés répondraient aux problématiques liées à l'accessibilité au milieu ordinaire, un soutien aux aidants, à la formation professionnelle et à l'orientation des adolescents en situation de handicap.

Les IME ont un champ d'expertise qui n'est pas assez reconnu et il serait intéressant de développer la reconnaissance de leurs compétences. En effet, les IME à travers les équipes pluridisciplinaires sont des plateformes de ressources qu'il est impératif de mettre en lumière. Les rapports d'activité qu'ils établissent chaque année, ne devraient pas seulement être diffusés auprès des financeurs mais également auprès des partenaires, des familles et de tous les acteurs qui interviennent autour du champ du handicap. A l'heure du numérique et de la dématérialisation des données, cette diffusion à une plus grande échelle et à un moindre coût est possible.

La question de la formation professionnelle est aussi une question d'actualité à l'heure où le travail chez les jeunes est une préoccupation nationale. Les IME par leurs ressources en interne (éducateurs techniques spécialisés, professeurs des écoles, CFA-FA...) sont à même de proposer des accompagnements professionnels qualifiants. Déjà dans certains IME des chargés d'insertion professionnelle accompagnent les jeunes dans leur démarche d'insertion professionnelle. L'IME en tant qu'établissement spécialisé pourrait être conçu comme une structure d'accompagnement des publics vers un objectif professionnalisant, c'est-à-dire d'aide à la recherche de stage, de formation professionnelle et qualifiante et *in fine* de recherche d'emploi.

Les IME ont encore une offre innovante de services à proposer en matière d'actions et leur devenir pourrait passer par l'utilisation rationnelle de leurs potentialités (capacités d'adaptation, réactivité, connaissance des publics, ressources humaines et matérielles déployées, ...). Ils sont une source de compétences riches insuffisamment exploitée notamment pour ce qui est de la question de la formation professionnelle. A mon sens, celle-ci mérite d'être plus approfondie et pourrait s'inscrire dans la perspective d'un autre objet de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- BARREYRE J.Y, BOUQUET B., Nouveau dictionnaire critique d'action sociale, Ed. Bayard, Paris, 2006
- BARREYRE J. Y, Vie sociale n°1, 2010
- BEAUD S, WEBER F, Guide l'enquête de terrain, Ed. La découverte, quatrième édition augmentée, Paris, 2010
- BERTHOUX P., (2009), Sociologie des organisations : initiation théorique suivie de douze cas pratiques, 6ème édition, Seuil, Paris
- BLANC A., Sociologie du handicap, 2ème édition, Armand Colin, Paris, 2015
- BOUQUET Brigitte, Le travail social à l'épreuve, Face aux défis, dynamiques et reconquête de sens, Empan, 2007/4 n° 68
- BRICHAUX J, L'éducateur spécialisé en question(s), Edition ERES, Paris, 2005
- BRIENS J., «La désinstitutionnalisation : Rupture ou alternative à vivre ensemble ?, bulletin du Geps'info, n° 126, mars 2013
- CHAUVIÈRE M, La désinstitutionnalisation, Cahier du GEPSO n°127, 2014
- CHAUVIÈRE Michel, Qu'est-ce que la chalandisation, Information Sociale
- DEMAILLY L., Sociologie des troubles mentaux, La découverte, Paris, 2011
- DESAULLE M. S, Mission « une réponse accompagnée pour tous » 13 et 20 juin 2016
- DIDIER-COURBIN P, GILBERT P, Éléments d'information sur la législation des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005, La Documentation française, Revue française des affaires sociales, 2005/2.
- DORTIER J-F., Un nouveau mythe de la création, les grands dossiers des sciences humaines, n°38, avril mai 2015
- DORVIL H. et UTTMAN H., 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1962-1996, les défis de la reconfiguration des services de santé mentale, avril 1999
- DUBET F., (2002), Le déclin de l'institution, Seuil, Paris, 2002
- DUBAR C., TRIPIER P., Sociologie des professions, Armand Colin, Paris, 1998.
- GABERAN P., IME : à nouveau public, nouvelles méthodes, Lien Social, n°914, 29 janvier 2009
- GARDOU C., Handicaps, handicapés : le regard interrogé, Erès, Toulouse, 1991
- GOFFMAN E., Stigmate, les usages sociaux des handicaps, Minit, Paris, 1975
- JAEGER M., L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie, 2ème édition, Dunod, Paris, 2006
- JAEGER M, Psychiatrie Versus médico-social : Comment sortir des logiques de territoires ?, santé mentale au Québec, volume XXX, n°1, 2005
- JAEGER M, Quand le législateur découvre la notion de projet de vie, Informations sociales, 2009/6, n°156
- JANVIER R., Désinstitutionnalisation danger ou opportunité, www.rolandjanvier.org,
- JOUBE B., Politique publique et empowerment l'exception française, Economie et Humanisme, n° 379, décembre 2006
- KAES René, L'institution et les institutions, Études psychanalytiques, Edition DUNOD, Paris, 2012
- LAFORE R., DIMBOUR T., LAFORCADE M. « Après les lois de 2002, 2005, 2009, les IME... Que sont-ils devenus ? Que vont-ils devenir ? », Les cahiers de l'actif, n°444-445, mai-juin 2013

LECOMTE Y., La dynamique de politique de désinstitutionnalisation au Québec, Santé mentale au Québec, volume XXII, n°2, 1997

LÖCHEN V, « Comprendre les politiques d'action sociale », Editions DUNOD, 2eme édition

LOISEAU M., Lettre de l'enfance et l'adolescence, n°63, 2006

LOISEAU M, Rupture et continuité : la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ERES, 2006/1 n°63

LOUBAT J.-R, Promouvoir la relation de service en action sociale et médicosociale, 2ème édition, Dunod, Paris, 2007

LOUBAT J. R., ASH n°2847 du 14/02/2014

LOUBAT J.R., Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale, Ed. Dunod, Paris, 1^{ère} édition, 2012

MILANO S, Revue de droit social, mai/juin 2005.

PERRIER M., « Petite histoire d'IME de l'âge d'or à la décadence », Vie Sociale et Traitement, n°75, 2002

PETITE L, Mémoire DEIS, Nouvelles interventions sociales en établissements médico-sociaux : Quels leviers pour les IME ?, 2016

POULARD, Dynamiser la coopération interservices pour favoriser l'employabilité des personnes en situation de handicap psychique, mémoire de CAFDES, 2012.

PRIOU J., Les nouveaux enjeux des politiques d'action sociale et médico-sociale : projet de vie et participation sociale, Dunod, Paris, 2007

ROBERT P, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Ed. Le Robert, Seconde édition, Paris, 1980

ROSSIGNOL C., revue interaction, vol.2, 2010

SAVIGNAT P., (2012), L'action sociale a-t-elle encore un avenir ?, Dunod, Paris

SMYRL M., Politics et policy dans les approches américaines des politiques publiques : effet institutionnel et dynamique du changement, Revue Française de Science Politique, n°1, février 2002

STIKER H.-J., Les métamorphoses du handicap de 1970 à nos jours, soi-même avec les autres, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 2009

STIKER H.J, Handicap handicapé, fragments pour une histoire: notions et acteurs, Paris, Alter 1996

VINANCE M., Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions, Politix, n°66, deuxième trimestre 2004

Rapports :

Accueil des enfants handicapés dans les établissements et services médico-sociaux, Études et résultats (L'), (2013), DREES document de travail série statistique n°832

Activités et compétences autour du parcours de vie de l'utilisateur : personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de maladie chronique, Etude réalisée par MARTIN C, PENSO A, LOUIS P, LAMY C, ROLLET D, septembre 2016

Analyse comparée des schémas départementaux « handicaps » de la région PACA en cours de validité au 1er mars 2012, (mars 2012), CREA PACA et Corse

Aspects essentiels de la loi du 11 février 2005, dite loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Reliance 4/2006 (n° 22)

Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, novembre 2008, ANESM

Coordination dans le champ sanitaire et médico-social, étude réalisée pour la Fondation Paul Bennetot, février 2010

Devenir des IME, Étude régionale (Le) (2006, 2007), CREAI Pays de la Loire

Document de travail série statistiques n° 177 mars 2013, Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés, résultats de l'enquête ES 2010, MAKDESSI Y, MORDIER B, DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Données chiffrées sur le handicap en région 2014, (2014), CREAI PACA et Corse

Éthique des établissements et services médico-sociaux (L'), (2012), recommandations ANESM

Évaluation des publics, adaptation des dispositifs : l'exemple des IME, IEM et IEAP n°34, (2010), CREAI Bretagne

Institution, désinstitutionalisation, (2008), Conseil Français des personnes Handicapées pour les questions Européennes

La recommandation CM/Rec. (2010) 2 du Conseil de l'Europe

Les attentes de la personne et le projet personnalisé, décembre 2008, ANESM

Lettre du CREAI PACA et Corse (La) n° 23, (janvier 2015), CREAI PACA et Corse MDPH : au carrefour des politiques publiques, synthèse des rapports d'activité 2011 des MDPH, (2012), CNSA.

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, juillet 2008, ANESM

Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux, octobre 2010, ANESM

Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, décembre 2008, ANESM

Pour l'égalité des chances des jeunes en situation de handicap dans notre région, (2010), CREAI PACA et Corse

Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie 2014-2017, (2014), ARS

Programme pluri annuel de création de places en établissement et services pour un accompagnement du handicap tout au long de la vie, (2011), CNSA

Rapport triennal de l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap, (2011), La documentation Française

Rapport sur l'évolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées. Passer de la prise en charge... à la prise en compte, (2011), CHOSSY J-F

Secteur médico-social comprendre pour agir mieux (Le), (2013), CNSA et ANAP

Transition des institutions vers les services à base communautaire (la), (2014), déclaration du groupe Européens d'Experts

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, (2014), PIVETEAU D

Conférences et séminaires :

Parent-enfant—professionnel : comment construire ensemble avec le handicap ? Des approches et des outils au service de la coopération, 17 et 18 mars 2017, Bron, R4P, Rhône Alpes

Enfance en situation de handicap, 30 janvier 2015, journée technique du GEPSO, Paris

Enfants en situation de handicap et protection de l'enfance, 2 décembre 2016, journée technique du GEPSO, Paris.

Sites Internet :

<http://www.cnrtl.fr/definition/institution>,

<http://www.creai-aquitaine.org>, <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau>

<http://www.gazette-sante-social.fr>

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.persee.fr>, <http://www.psychologies.com>,

<http://www.rolandjanvier.org>, <http://www.udsmmed.ustrasb.fr>, <https://fr.wikipedia.org/>,

TABLE DES MATIERES

TABLE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

PREAMBULE

INTRODUCTION	1
PARTIE I	5
1 LE CONTEXTE DE L'ETUDE	5
2 LE SECTEUR DU MEDICO-SOCIAL	5
2.1 Présentation	5
2.2 Historique	6
2.3 Les lois importantes qui ont fait le secteur médico-social	7
2.3.1 Les points principaux de la Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées	7
2.3.2 Les points principaux de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale	9
2.3.3 Les points principaux de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées	10
2.3.4 Les points principaux de la loi n° 2009-879, du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires	12
3 LA NOTION D'ETABLISSEMENT	13
3.1 L'établissement	13
3.2 L'institution	14
3.3 La désinstitutionalisation	16
3.4 Les effets sur le secteur médico-social	17
4 LES OUTILS DE PILOTAGE	19
4.1 Le plan régional de santé	19
4.2 Présentation du S.R.O.M.S et S.D.O.M.S :	22
4.2.1 Le S.R.O.M.S	22
4.2.2 Le S.D.O.M.S	25
4.3 Le PRIAC	25
4.4 Le C.P.O.M	26
4.5 Les appels à projet	27

5	LES PRINCIPALES STRUCTURES ET ETABLISSEMENTS DU SECTEUR	27
6	LES INSTITUTS MEDICO-EDUCATIFS	28
6.1	Présentation et contexte d'apparition des I.M.E	28
6.2	Les IME en chiffres	31
7	LE PUBLIC DANS LE MEDICO-SOCIAL	33
7.1	Les personnes en situation de handicap	33
7.2	Norme et handicap	36
8	LES GLISSEMENTS SEMANTIQUES	40
8.1	Passage de la prise en charge à la prise en compte	40
8.2	Nouveaux paradigmes	41
8.2.1	Le paradigme de l'enfermement	41
8.2.2	Le paradigme de la place	42
8.2.3	Le paradigme du service	42
8.2.4	Le paradigme du réseau	43
9	LES ENJEUX DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL	45
10	ELABORATION DE LA PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE TRAVAIL	51
PARTIE II		56
1	METHODOLOGIE	56
1.1	Le corpus documentaire	56
1.2	Le dispositif d'enquête par entretiens	58
1.3	Les objectifs des entretiens	59
1.4	Les difficultés dans la réalisation des entretiens :	59
1.5	Les entretiens semi directifs	60
1.6	Le corpus des entretiens	61
1.7	Deux territoires comme terrain d'enquête	63
1.8	Les thématiques des entretiens	64
1.8.1	Pour les cadres et responsables de direction :	64
1.8.2	Pour les personnels éducatifs et techniques :	65
2	LE CADRE THEORIQUE DE REFERENCE	65
2.1	Les Concepts mobilisés	67
2.2	Les premiers éléments d'enquête	69
2.3	Principaux constats émergeant en première lecture du terrain d'enquête	72
2.3.1	L'évolution du public	72
Touta ABED – Mémoire DEIS		
Parcours et accompagnement :Les IME en (-) quête de réorganisation		

2.3.2	Les « nouveaux publics »	76
2.3.3	Le glissement du sanitaire vers le médico-social	77
2.3.4	L'augmentation des amendements Creton dans les I.M.E par manque de solutions	78
2.3.5	La reconnaissance du handicap psychique dans la loi 2005	79
3	L'ANALYSE AU REGARD DE NOTRE CADRE THEORIQUE	79
3.1	Modèle de la grille d'analyse :	79
3.2	Acteurs et stratégies	80
3.2.1	Acteurs : professionnel encadrant et professionnel de terrain ont une bonne connaissance des enjeux et une solide expérience dans le secteur.	81
3.2.2	Acteur institutionnel : une réponse qui reste encore dans de l'entre soi	83
3.2.3	La stratégie de développement se fait en fonction d'une adéquation à une typologie de structure	83
3.2.4	Typologie des organisations	85
3.2.5	Les enjeux des structures répondent aux exigences du cadre réglementaire	85
3.2.6	Les relations aux autres acteurs : le partenariat n'implique pas nécessairement la coopération	88
3.2.7	Le positionnement par rapport aux autres acteurs : la coopération suppose la coordination	89
3.2.8	Les stratégies prévisibles où coopération et coordination serait le faire ensemble pour de nouvelles perspectives	90
4	IMPACTS SUR LA QUESTION DE L'IDENTITE PROFESSIONNELLE	93
4.1	Les impacts sur une profession en « réorganisation »	93
4.2	L'éducateur, entre questions et quête de sens	98
4.3	L'identité sociale et professionnelle selon C. Dubar	99
4.4	Accompagnement et parcours : en question, l'identité professionnelle	101
4.4.1	La notion d'accompagnement	101
4.4.2	La notion de parcours et de continuité de parcours	102
4.4.3	Le changement est un processus complexe et parfois difficile à mener	105
4.4.4	Les résistances au changement alors qu'il est de l'ordre du apprendre pour faire autrement	106
5	RETOUR SUR HYPOTHESE ET PRECONISATIONS	110
5.1	Retour sur hypothèse	110

5.2 Préconisations	113
5.2.1 Le Case Management	114
5.2.2 Les plateformes d'appui territoriales	115
5.2.3 Développer et renforcer les qualifications des professionnels dans le cadre de la formation continue	116
CONCLUSION	118
BIBLIOGRAPHIE	120
ANNEXES	128

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Recommandation de l'Europe sur désinstitutionalisation
- Annexe 2 : Tableau de deux secteurs d'activité
- Annexe 3 : Grilles des entretiens (2)
- Annexe 4 : Grille d'analyse
- Annexe 5 : Tableau de répartition des jeunes en fonction de leur pathologie
- Annexe 6 : L'acteur
- Annexe 7 : Tableau des structures (parties 1 et 2)
- Annexe 8 : Acteur institutionnel
- Annexe 9 : Stratégie de développement
- Annexe 10 : Enjeux des structures
- Annexe 11 : Les relations aux autres acteurs
- Annexe 12 : Le positionnement par rapport aux autres acteurs
- Annexe 13 : Les stratégies prévisibles
- Annexe 14 : Entretiens réalisés lors de l'enquête (3)

ANNEXE 1 : RECOMMANDATION DU COMITE DES MINISTRES AUX ETATS MEMBRES RELATIVE A LA DESINSTITUTIONALISATION DES ENFANTS HANDICAPES ET LEUR VIE AU SEIN DE LA COLLECTIVITE

(Adoptée par le Comité des Ministres le 3 février 2010, lors de la 1076e réunion des Délégués des Ministres)

Le Comité des Ministres, conformément à l'article 15.b du Statut du Conseil de l'Europe, Considérant que le but du Conseil de l'Europe est de réaliser une union plus étroite entre ses membres, et que ce but peut être poursuivi, *inter alia*, en promouvant l'adoption de règles communes ;

Rappelant le Troisième Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement du Conseil de l'Europe (Varsovie, 16-17 mai 2005) et l'engagement pris par ces derniers de se conformer pleinement aux obligations de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, de promouvoir de manière effective ces droits et de prendre des mesures spéciales pour supprimer toute forme de violence à l'égard des enfants, ainsi que de consolider l'action menée par le Conseil de l'Europe sur les questions relatives au handicap et le soutien accordé à ses travaux sur l'accès équitable à une santé appropriée de qualité et à des services qui répondent aux besoins de la population ;

Tenant compte des initiatives prises par le Conseil de l'Europe dans le domaine des politiques relatives à l'enfance, à la famille et au handicap, et les dispositions des instruments juridiques suivants :

- la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (STE n° 5), qui protège les droits de tout être humain, y compris ceux de l'enfant ;
- la Charte sociale européenne révisée (STE n° 163), notamment le droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté (article 15) ; le droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique appropriée (article 16) ; le droit pour les enfants et les jeunes de grandir dans un milieu favorable à l'épanouissement de leur personnalité et au développement de leurs aptitudes physiques et mentales (article 17) ;
- la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (STE n° 126) ;
- la Convention européenne sur l'exercice des droits des enfants (STE n° 160) ;
- la Convention sur les relations personnelles concernant les enfants (STE n° 192) ;

Gardant à l'esprit la Recommandation du Comité des Ministres sur le Plan d'action du

Conseil de l'Europe pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société : améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe 2006-2015, dont le but est de réaliser des progrès décisifs dans l'égalité des droits en faveur des personnes handicapées et qui promeut une politique non discriminatoire, respectueuse des droits de l'homme, en vue d'améliorer la vie de toutes les personnes handicapées, y compris les enfants et les personnes handicapées ayant des besoins d'assistance permanents et/ou complexes ;

Rappelant la Stratégie de cohésion sociale révisée (2004), qui accorde une attention particulière aux groupes susceptibles de devenir vulnérables et prône une démarche inclusive, en mettant l'accent sur la réintégration active des citoyens et des groupes vulnérables ;

Faisant référence au « Rapport de la Task force de haut niveau sur la cohésion sociale au 21e siècle » (2007), qui accorde une place fondamentale aux droits de l'homme et les considère comme le pivot essentiel d'une société cohésive, au même titre que la dignité humaine et la considération, en se montrant particulièrement soucieux des intérêts des groupes vulnérables ou potentiellement vulnérables ;

Rappelant la Stratégie 2009-2011 « Construire une Europe pour et avec les enfants », qui poursuit et intensifie l'engagement du Conseil de l'Europe en faveur des droits de l'enfant et de la suppression de la violence à l'égard des enfants, avec une attention particulière accordée aux enfants vulnérables, sans protection parentale et/ou handicapés ;

Tenant compte des autres résolutions et recommandations du Comité des Ministres, et notamment de :

- la Résolution (77) 33 sur le placement des enfants, qui préconise d'éviter autant que possible le placement, grâce à des mesures préventives d'aide aux familles en fonction de leurs problèmes et de leurs besoins spécifiques ;
- la Recommandation n° R (79) 17 concernant la protection des enfants contre les mauvais traitements ;
- la Recommandation n° R (84) 4 sur les responsabilités parentales ;
- la Recommandation n° R (87) 6 sur les familles nourricières ;
- la Recommandation n° R (94) 14 concernant les politiques familiales cohérentes et intégrées ;
- la Recommandation n° R (98) 8 sur la participation des enfants à la vie familiale et sociale ;

- la Résolution sur la protection des adultes et enfants handicapés contre les abus ;
- la Recommandation relative aux droits des enfants vivant en institution ;
- la Recommandation relative aux politiques visant à soutenir une parentalité positive, qui invite les pouvoirs publics à réunir les conditions indispensables à une meilleure conciliation de la vie de famille et de la vie professionnelle au moyen de dispositions légales et autres, notamment pour permettre aux parents de s'occuper d'un enfant handicapé ainsi que d'un enfant malade ;

Soulignant l'importance des conventions suivantes des Nations Unies :

- la Convention relative aux droits de l'enfant (1989), dont sont parties tous les Etats membres du Conseil de l'Europe et dont les principes de base doivent systématiquement guider l'éducation des enfants ;
- la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006), qui souligne, d'une part, le droit des enfants handicapés à être traités à égalité avec les autres enfants, notamment lorsqu'ils sont confrontés à des désavantages supplémentaires, y compris le droit de s'exprimer sur les questions qui les concernent et, d'autre part, l'existence indispensable de services pleinement accessibles. Les Etats sont invités instamment à mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation du public pour nourrir la conscience de la nécessité d'intégrer les enfants handicapés et de la responsabilité collective de défense de leur droit de vivre au sein de la collectivité ;

Rappelant les recommandations de l'Assemblée parlementaire, notamment la Recommandation 1666 (2004)

« Interdire le châtement corporel des enfants en Europe », la Recommandation 1601 (2003) sur « L'amélioration du sort des enfants abandonnés en institutions » et la Recommandation 1698 (2005) sur « Les droits des enfants en institution : un suivi à la Recommandation 1601 (2003) » ;

Faisant référence à la Déclaration adoptée par les ministres européens chargés des affaires familiales lors de leur 28e session (Lisbonne, Portugal, 2006), qui souligne la nécessité d'adopter des programmes visant à offrir un soutien adapté aux familles ayant des enfants handicapés ;

Reconnaissant que, comme le prévoient les différents instruments juridiques internationaux du Conseil de l'Europe, ainsi que l'article 3 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, l'intérêt supérieur de l'enfant doit primer sur toute autre

considération ;

Reconnaissant que l'enfant est une personne jouissant de droits, y compris du droit d'être protégé, de participer, d'exprimer son point de vue, d'être écouté et entendu ;

Conscient du fait que le placement des enfants en institution augmente sérieusement les inquiétudes quant à sa compatibilité avec l'exercice des droits de l'enfant ;

Reconnaissant que le regard porté sur les personnes handicapées doit évoluer en profondeur pour conduire à des pratiques inclusives et non discriminatoires ;

Prenant acte de la nécessité d'une démarche transversale et coordonnée à tous les niveaux de gouvernement,

Recommande aux gouvernements des Etats membres de prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres adaptées à cette situation et respectueuses des principes énoncés en annexe de la présente recommandation, afin de remplacer l'offre institutionnelle par des services de proximité dans un délai raisonnable et grâce à une démarche globale.

ANNEXE 2 : TABLEAU DES DEUX SECTEURS D'ACTIVITE

Secteur public	Secteur associatif	
Etablissement public 1, dans le 84	Association 1, dans le 84	Association 5, dans le 84
IME EEAP SESSAD	IME SESSAD EEAP ESAT F.H Foyer de vie	ESAT F.H S.A.V.S C.A.J
		Association 6, dans le 84
		ESAT S.A.V.S Foyer de vie C.A.J F.H
Etablissement public 2, dans le 13	Association 2, dans le 13	Association 7, dans le 04 et le 84
IME CFA-FA SESSAD	IME SESSAD F.A.M ESAT/ Entreprise adaptée F.H Foyer de vie	ESAT F.H S.A.V.S
Etablissement public 3, dans le 84	Association 3, dans le 13	Association 8, dans le 13
IME EEAP CFA-FA F.A.M S.A.V.S S.A.M.S.A.H	IME SESSAD ESAT F.A.M S.A.V.S	IME ESAT Foyer de vie
	Association 4, dans le 84	Association 9, dans le 13
	IME SESSAD ITEP CFA-FA ESAT S.A.V.S /S.A.M.S.A.H M.A.S F.H (enfants adolescents)	IME EEAP SESSAD

Grille d'entretien n° 1

Présentation de la personne et de la structure

- 1- Présentation: âge, formation, parcours professionnel, date de prise de fonction
- 2- Présentation de votre structure (autorisation, public, nombres de groupe, territoire d'intervention et d'implantation)
- 3- Description des missions principales, quels changements depuis lois 2002-2/2005/HPST
- 5- Possédez-vous un projet d'établissement ou de service : Quelles en sont les principales orientations ?
- 6- Quelles relations avec le partenariat extérieur ?
- 7- Que pouvez-vous me dire des évolutions institutionnelles de ces dernières années concernant l'IME depuis les lois 2002-2, 205, HPST ?
- 8- Quelles questions principales se posent actuellement sur les populations accueillies en IME ?

Fonctionnement

- 1- Comment intervenez-vous sur la question de l'insertion sociale et professionnelle ?
- 2- Possédez-vous une SIPFP ?
- 3- Quelle est l'offre de service pour ce public ?
- 4- Pour vous de quelle manière ont évolué les questions relatives à l'insertion ?
- 5- Quelle place pour l'insertion professionnelle dans votre établissement ? Quels sont les professionnels présents ?

Définition du public

- 1- Pourriez-vous me définir le public accueilli dans votre établissement: âge, pathologie, provenance, parcours antérieur
- 2 - Comment le définiriez-vous notamment concernant la pathologie principale (DI, trouble du comportement, troubles associés) ?
- 3- Quel est l'âge moyen du public accueilli ?

Parcours antérieur du public

- 1- D'où viennent ces jeunes : l'E.N, Education spécialisée ?
- 2- Quel est l'âge moyen d'arrivée ?
- 4- Peut-on parler d'évolution des publics ?

Parcours et accompagnement à l'orientation et la sortie ?

- 1- Concernant l'orientation et la sortie des jeunes, qu'est ce qui est mis en place ?
- 2- Y a-t-il un service de suite ou est-ce une personne repérée qui le fait?
- 3- Parlez-vous de parcours pour le public accueilli ?

Grille d'entretien n° 2

I) STRUCTURE ET DIRECTION

Présentation de la personne :

- 1-présentation de la personne : présentation sommaire de la personne, son parcours, la date de sa prise de fonction dans cet établissement
- 2-description de votre fonction : que faites-vous ? en interne, en externe, dans les instances, le partenariat
- 3-l'activité principale de votre poste (missions principales) changements dans vos missions depuis loi 2002-2/2005/HPST ?

La structure :

- 1-présentation de votre structure : l'agrément, les publics accueillis, les groupes, le territoire d'intervention et d'implantation, les besoins repérés
- 2-le projet d'établissement : actualise ou en cours d'actualisation
- 3- quelles sont les principales orientations ?
- 4-les questions qui se posent actuellement à votre établissement ? Accueil du public, partenariat, travail d'orientation et sortie des jeunes

Le fonctionnement :

- 1-que pouvez-vous me dire des évolutions institutionnelles de ces dernières années concernant les Ime ?
- 2-quelles questions se posent actuellement sur les populations accueillies en Ime ? Avez-vous observé des changements depuis les lois du secteur pour les établissements médico-sociaux ?
- 3- la notion de changement de référentiel les RBPP de l'Anesm: à quoi cela fait-il référence ?

II) LE PUBLIC ACCUEILLI

- 1-pourriez- vous me définir le public accueilli dans votre établissement: âge, pathologie, provenance, parcours antérieur
- 2-quelle population est accueillie (notion d'hétérogénéité est questionnée)
- 3- Pathologie principale (di, trouble du comportement, troubles associés)
- 4-quel est l'âge moyen du public accueilli (à quel âge intègre-t-il votre structure)

Parcours antérieur du public

- 1-jeunes issus du l'E.N, éducation spécialisée
- 2-âge moyen d'arrivée
- 3-caractéristique de ce public
- 4-peut-on parler d'évolution de ces nouveaux publics ?

III) ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL/ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF

L'accompagnement éducatif

- 1-l'évolution des pratiques professionnelles : depuis les lois 2002-2/2005
- 2- quels changements dans votre pratique au quotidien
- 3-quelle formation est mise en place pour répondre aux besoins
- 4-le plan de formation : les axes principaux et les orientations du plan de formation

L'accompagnement professionnel

- 1-possédez-vous une SIPFP ?
- 2-quels sont les professionnels dans les SIPFP
- 3-sensibilisation au travail, atelier préprofessionnel, sensibilisation à l'Esat
- 4-préparation à l'inclusion par le travail

IV) LE PARCOURS

- 1- parlez-vous de parcours pour le public accueilli ?
- 2-comment définissez- vous cette notion (que pouvez-vous dire sur la notion de parcours)

V) INSERTION PROFESSIONNELLE

- 1-concernant l'orientation et la sortie des jeunes, qu'est ce qui est mis en place ?
- 2-qu'est-ce qui est mis en place dans le cadre de l'insertion des jeunes dans votre établissement ?
- 3- quelle est l'offre de service pour ce public
- 4- quels partenariats sont mis en place: quels sont vos principaux partenaires ?

ANNEXE 4 : GRILLE D'ANALYSE

	Acteur 1	Acteur 2	Acteur 3	Acteur 4...
<u>1 L'acteur</u>				
<u>Indicateur</u> : l'identité professionnelle <u>Variable</u> : diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions				
<u>2 Acteur institutionnel</u>				
<u>Indicateur</u> : type de structure <u>Variable</u> : taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association				
<u>3 Stratégie de développement</u>				
<u>Indicateur</u> : missions ou objectifs de la structure <u>Variable</u> : déploiement sur le territoire				
<u>4 Enjeux des structures</u>				
<u>Indicateur</u> : évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité <u>Variable</u> : mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire				
<u>5 Relations aux autres acteurs</u>				
<u>Indicateur</u> : nature des relations avec autres structures sur le territoire <u>Variable</u> : niveau de partenariat ou état du réseau partenariat				
<u>6 Positionnement par rapport aux autres acteurs</u>				
<u>Indicateur</u> : prestations proposées au niveau du territoire <u>Variable</u> : prestations/panier de service				
<u>7 Stratégies prévisibles</u>				
<u>Indice</u> : ouverture et stratégie de développement sur l'environnement <u>Variable</u> : adaptation en fonction des injonctions des financeurs, perspectives, collaboration et coopération				

ANNEXE 5 : PRINCIPALES PATHOLOGIES ET DEFICIENCES EN 2006 ET 2010

AGREMENT DE CLIENTELE	AU 31 DECEMBRE 2006		AU 31 DECEMBRE 2010	
	Nombre de places	Pourcentage	Nombre de places	Pourcentage
Déficients intellectuels avec ou sans troubles associés	68 406	48,8	69 247	46,3
Déficients psychiques (y compris troubles de la ou sans conduite et du comportement) avec troubles associés	18 418	13,1	21 535	14,4
Déficients intellectuels et déficients psychiques* avec ou sans troubles associés	10 811	7,7	10 501	7,0
Autisme et troubles envahissants du développement avec ou sans troubles associés	3 784	2,7	7 242	4,8
Déficients moteurs avec ou sans troubles associés	11 813	8,4	12 484	8,3
Traumatisés crâniens avec ou sans troubles associés	359	0,3	301	0,2
Déficients visuels avec ou sans troubles associés	5 338	3,8	5 528	3,7
Déficients auditifs avec ou sans troubles associés	10 089	7,2	10 020	6,7
Troubles sévères du langage (dysphasie, ...)**	- -	- -	2 362	1,6
Polyhandicapés	8 401	6,0	8 872	5,9
Autre agrément	2 777	2,0	1 546	1,0
Total répondants	140 196	100,0	149 638	100,0
Total places	140 478		150 470	

ANNEXE 6 : L'ACTEUR

ACTEUR 1						
L'acteur						
Indicateur : l'identité professionnelle						
Variable : Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions						
1	2	3	4	5	6	7
<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Directrice</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>Diplômée de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes</p> <p>4 ans 16 ans secteur médico-social</p>	<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Educateur spécialisé</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>Moniteur éducateur Educateur spécialisé 28 ans</p>	<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Directrice</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>CAFERUIS Educatrice spécialisée 5 ans 16 ans secteur médico-social</p>	<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Directeur adjoint</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>CAFDES, CAFERUIS, Educateur spécialisé 4 ans 18 ans</p>	<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>éducateur spécialisé.</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>Educateur spécialisé Moniteur éducateur, 17 ans.</p>	<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Directrice générale</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>Juriste, Diplômée de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes 12 ans secteur médico-social 16 ans secteur médico-social</p>	<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Chef de service</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>CAFERIUS en cours. VAE d'éducatrice spécialisée A.M.P 18 ans</p>

ACTEUR 1			
L'acteur			
Indicateur : l'identité professionnelle			
Variable : Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions			
5	6	7	8
<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Directeur</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>CAFDES, CAFERUIS, Educateur spécialisé 4 ans 23 ans secteur médico-social</p>	<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Directrice</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>Diplômée de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes 5 ans 27 ans secteur médico-social</p>	<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Educatrice spécialisée</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>Diplômée éducatrice spécialisée 18 ans 19 ans</p>	<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Directrice</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>CAFDES DESS neuropsychologie 5 ans 15 ans secteur médico-social</p>

ACTEUR 2

L'acteur

Indicateur : l'identité professionnelle

Variable : Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions

1		2	
<u>l'identité professionnelle :</u> Chef de service <u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u> Educatrice spécialisée Monitrice éducatrice 3 ans 14 ans	<u>l'identité professionnelle :</u> Monitrice d'atelier <u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u> Monitrice éducatrice 4 ans 4 ans d'ancienneté dans le secteur médico- social	<u>l'identité professionnelle :</u> Directeur <u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u> D'abord dans le secteur marchand 3 ans Dans le médico-social depuis 8 ans	<u>l'identité professionnelle :</u> ETS <u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u> E.T.S M.A 3 ans 10 ans 13 ans

ACTEUR 2

L'acteur

Indicateur : l'identité professionnelle

Variable : Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions

3	4
<u>l'identité professionnelle :</u> Directrice générale <u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u> CAFDES Educatrice spécialisée 24 ans Dans le médico-social depuis 37 ans	<u>l'identité professionnelle :</u> Responsable hébergement <u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u> Master 2 en sciences de l'éducation, mais un parcours qui a aussi été en dehors du médico-social quinzaine d'années dans le secteur agricole, avec un passage aussi par le secteur de l'insertion par l'activité économique développement local développement rural Ensuite le poste de responsable de l'hébergement, il concerne le foyer de vie créé en décembre 2012 et les foyers d'hébergement plus dans la gestion de projet En poste depuis 5 ans Dans le médico-social depuis 5 ans

ACTEUR 3			
L'acteur			
Indicateur : l'identité professionnelle			
Variable : Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions			
1	2	2	3
<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Chef de service du SAVS depuis 2009</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>Diplôme d'éducateur spécialisé 8 ans Dans le secteur médico-social depuis 15 ans</p>	<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Coordonnateur du SAVS depuis 2009.</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>Educateur spécialisé, diplôme obtenu par une VAE effectuée en 2010 8 ans 16 ans</p>	<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>ES</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>Educateur technique 2008 E.S depuis 2010 2 ans 17 ans</p>	<p><u>l'identité professionnelle :</u></p> <p>Directrice générale</p> <p><u>Diplôme, ancienneté, ancienneté dans le secteur médico-social, missions :</u></p> <p>Educatrice spécialisée pendant 7 ans Chef de service pendant 4 ans. CAFDES depuis 24 ans. Dans le médico-social depuis 35 ans</p>

ANNEXE 7 (PART 1) : TABLEAU RECAPITULATIF DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES DU SECTEUR PUBLIC ET ASSOCIATIF

Association 1	Association 2	Association 3	Association 4	Association 5
IME	IME	IME	IME	
SESSAD	SESSAD	SESSAD	SESSAD	
EEAP				
			ITEP	
			CFA-FA	
ESAT	ESAT	ESAT	ESAT 1	ESAT
	Entreprise adaptée			
F.H	F.H		F.H (enfants adolescents)	F.H
Foyer de vie	Foyer de vie			
	F.A.M	F.A.M		
			M.A.S	
				C.A.J
		S.A.V.S	S.A.V.S S.A.M.S.A.	S.A.V.S
			H	

ANNEXE 7 (PART 2) : TABLEAU RECAPITULATIF DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES DU SECTEUR PUBLIC ET ASSOCIATIF

Etablissement public 1	Etablissement public 2	Etablissement public 3	Association 6	Association 7	Association 8	Association 9
IME	IME	IME			IME	IME
SESSAD	SESSAD					SESSAD
EEAP		EEAP				EEAP
	CFA-FA	CFA-FA				
			ESAT	ESAT	ESAT	
			F.H	F.H		
			Foyer de vie		Foyer de vie	
		F.A.M				
			C.A.J			
		S.A.V.S S.A.M.S.A. H	S.A.V.S	S.A.V.S		
				S.A.C.A.T 274		

²⁷⁴ Service qui propose des activités de soutien, de développement des acquis
 Touta ABED – Mémoire DEIS
 Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

ANNEXE 8 : ACTEUR INSTITUTIONNEL

ACTEUR 1											
<u>Acteur institutionnel</u>											
Indicateur : type de structure ou service											
Variable : taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association											
1		2		3		4		5		6	
<u>type de structure ou service :</u>		<u>type de structure ou service :</u>		<u>type de structure ou service :</u>		<u>type de structure ou service :</u>		<u>type de structure ou service :</u>		<u>type de structure ou service :</u>	
Institut Médico Educatif		Institut Médico Educatif		Institut Médico Educatif		Institut Médico Educatif		Institut Médico Educatif		Institut Médico Educatif	
<u>taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association :</u>		<u>taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association :</u>		<u>taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association :</u>		<u>taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association :</u>		<u>taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association :</u>		<u>taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association :</u>	
Etablissement public 3 services Vaucluse		Etablissement public 3 services Vaucluse		Association de petite taille 3 établissements Bouches du Rhône		Association qui Possède plusieurs établissements et services Grosse association sur 2 départements (Vaucluse et Bouches du Rhône)		Association qui Possède plusieurs établissements et services Grosse association sur 2 départements (Vaucluse et Bouches du Rhône)		Etablissement public Plusieurs établissements et services Vaucluse	

ACTEUR 1

Acteur institutionnel

Indicateur : type de structure ou service

Variable : taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association

5	6	7	
<u>type de structure ou service :</u>			
Institut Médico Educatif	Institut Médico Educatif	Institut Médico Educatif	Institut Médico Educatif
<u>taille et appartenance (association grosse moyenne, petite)</u>			
<u>rayonnement de l'association :</u>			
Association Plusieurs établissements Bouches du Rhône	Etablissement public 3 services Bouches du Rhône	Etablissement public 3 services Bouches du Rhône	Association moyenne Plusieurs établissements et services Vaucluse

ACTEUR 2

Acteur institutionnel

Indicateur : type de structure ou service

Variable : taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association

1		2	
<u>type de structure ou service :</u>	<u>type de structure ou service :</u>	<u>type de structure ou service :</u>	<u>type de structure ou service :</u>
ESAT	ESAT	ESAT	ESAT
<u>taille et appartenance (association grosse moyenne, petite)</u>	<u>taille et appartenance (association grosse moyenne, petite)</u>	<u>taille et appartenance (association grosse moyenne, petite)</u>	<u>taille et appartenance (association grosse moyenne, petite)</u>
<u>rayonnement de l'association :</u>	<u>rayonnement de l'association :</u>	<u>rayonnement de l'association :</u>	<u>rayonnement de l'association :</u>
Association possédant plusieurs structures	Association possédant plusieurs structures.	Association de taille importante, Association possédant plusieurs structures	Association possédant plusieurs structures
Association de taille importante, plusieurs structures sur un département 84	Association de taille importante plusieurs structures sur un département 84	possédant plusieurs structures sur un département 13	Association de taille importante, possédant plusieurs structures sur un département 13

ACTEUR 2

Acteur institutionnel

Indicateur : type de structure ou service

Variable : taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association

3

4

type de structure ou service :

FOYER

type de structure ou service :

FOYER

taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association :

Association possédant plusieurs structures
Association de taille moyenne sur un département
Vaucluse.

taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association :

Association possédant plusieurs structures
Association de taille importante, plusieurs structures sur le plan régional.
Vaucluse et région PACA

ACTEUR 3

Acteur institutionnel

Indicateur : type de structure ou service

Variable : taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association

1

2

3

type de structure ou service :

SAVS

taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association :

Association importante sur 3 départements (04, 05, 84).
Rayonnement quasi régional

taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association :

Association possédant plusieurs structures.
Association de taille importante, plusieurs structures sur le plan régional (PACA)

taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association :

Association possédant plusieurs structures
Association de taille importante, plusieurs structures sur le plan régional (PACA)

taille et appartenance (association grosse moyenne, petite) rayonnement de l'association :

Association de taille moyenne, plusieurs établissements sur deux départements 84 et 13

ANNEXE 9 : STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT

ACTEUR 1						
Stratégie de développement						
Indicateur : Missions ou objectifs de la structure						
Variable : déploiement sur le territoire						
1	2	3	4	5	6	7
<p>Missions /objectifs:</p> <p>-accompagnement éducatif, thérapeutique et pédagogique</p> <p>- poursuite de finalités centrées sur l'insertion sociale, le développement de l'autonomie des personnes, la prévention des exclusions</p> <p>Déploiement sur le territoire :</p> <p>1 département 84</p>	<p>Missions /objectifs:</p> <p>- Accompagnement éducatif, thérapeutique, pédagogique d'enfants et de jeunes atteints de déficience intellectuelle et de trouble du comportement.</p> <p>Déploiement sur le territoire :</p> <p>- un département petit et assez éclaté au niveau des structures.</p> <p>- gros pôle sur Avignon puis des choses éparées</p>	<p>Missions /objectifs:</p> <p>- Prise en charge éducative, thérapeutique, pédagogique, avec activités extérieures, développement de l'autonomie</p> <p>Déploiement sur le territoire :</p> <p>1 département 13</p>	<p>Missions /objectifs:</p> <p>- accompagner des enfants déficients en développant au mieux leurs potentialités.</p> <p>Déploiement sur le territoire :</p> <p>2 départements (13/84)</p>	<p>Missions /objectifs:</p> <p>-accompagner les enfants, adolescentes et adolescents au travers de leur parcours en lien avec une future admission en secteur adulte.</p> <p>- travail plus éducatif, rythmé sur le temps des prises en charge à la fois des professionnels du paramédical, pédagogique et éducatif.</p> <p>- prises en charge en fonction des besoins -utilisation des ressources du territoire.</p> <p>Déploiement sur le territoire :</p> <p>Présence sur deux territoires (13/84)</p>	<p>Missions /objectifs:</p> <p>- Favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne sociale et professionnelle et des jeunes porteurs de déficience intellectuelle.</p> <p>-accompagnement tend à assurer l'intégration dans les différents domaines de la vie, la formation générale et professionnelle</p> <p>Déploiement sur le territoire :</p> <p>département 84</p>	<p>Missions /objectifs: -</p> <p>- Mettre en place un accompagnement le mieux adapté aux personnes accueillies.</p> <p>-évolution des publics flagrante, adaptation des professionnels à ce type de public.</p> <p>Déploiement sur le territoire :</p> <p>Département 84</p>

ACTEUR 1			
Stratégie de développement			
Indicateur : Missions ou objectifs de la structure			
Variable : déploiement sur le territoire			
5	6	7	8
<p>Missions /objectifs:</p> <p>- Accompagner les jeunes dans le cadre de leur projet individuel, dans différents domaines : éducatif, scolaire, thérapeutique, social et professionnel ; en tenant compte de leurs compétences, de leurs désirs et de leurs difficultés, en adaptant leur projet.</p> <p>Déploiement sur le territoire :</p> <p>1 département 84</p>	<p>Missions /objectifs:</p> <p>- prise en charge individuelle pour chaque enfant, basée sur des activités éducatives reposant sur des activités de vie en société, d'hygiène, des activités physiques, artistiques, des ateliers techniques et de préapprentissage ; des activités ; des activités thérapeutiques, un soutien psychologique et psychiatrique.</p> <p>Déploiement sur le territoire :</p> <p>1 département 13</p>	<p>Missions /objectifs:</p> <p>-accompagnement éducatif, thérapeutique et pédagogique des enfants, adolescent et jeunes adultes déficients intellectuels et troubles associés.</p> <p>Déploiement sur le territoire :</p> <p>1 département 84</p>	<p>Missions /objectifs:</p> <p>-Accompagner les jeunes dans le cadre de leur projet individuel dans différents domaines : éducatif, scolaire, thérapeutique, social et professionnel ; en tenant compte de leurs compétences, de leurs désirs et de leurs difficultés, en adaptant leur projet.</p> <p>Déploiement sur le territoire :</p> <p>1 département 84</p>

ACTEUR 2

Stratégie de développement

Indicateur : Missions ou objectifs de la structure

Variable : déploiement sur le territoire

1

2

Missions /objectifs:

-mettre de l'éducatif auprès des travailleurs et avec les nouvelles réformes, référent éducatif, référent qualité, référent bientraitance, suite aux recommandations de l'ANESM.
 - projet accompagnement personnalisé,
 - la réception du public dans le handicap
 - mise en place d'une organisation
 - une des premières missions de tous les CAT, intégrer les personnes en milieu ordinaire dans le cadre du travail
 - privilégie la piste hors les murs pour être confronté à du milieu ordinaire,.

Déploiement sur le territoire :

Notre territoire d'implantation c'est le Vaucluse et les Bouches du Rhône. Notre spécificité c'est qu'on est hors les murs.
 1 département 13

Missions /objectifs:

-Former aussi des gens en leur apportant ce qu'il leur faut matériellement
 - permettre de pouvoir accéder au travail.
 - production à gérer.
 - ESAT qui travaillent principalement sur l'extérieur, garage, espaces verts, ménage, un groupe en cuisine.
 - accompagnement social et professionnel des travailleurs.
 - ESAT hors les murs.
 -accueil des jeunes des IME, des stagiaires.
 -travail d'orientation en milieu ordinaire
 - accompagnement proposé correspond vraiment à un besoin.

Déploiement sur le territoire :

On est présent sur le Vaucluse et notre association comporte plusieurs établissements.

Missions /objectifs:

- Missions diverses et variées, il n'y a qu'à voir dans mon bureau et elles sont sur les deux volets, économique c'est-à-dire rentabiliser la structure, il y a un aspect commercial donc trouver du boulot, trouver des marchés pour les travailleurs puis parce qu'on est obligé d'équilibrer au minimum les budgets.
 - dégager du bénéfice, ne serait-ce que pour réinvestir.
 - accompagnement, des personnes à garantir de qualité et dans le respect à la fois du projet associatif et des recommandations de l'ANESM

Déploiement sur le territoire :

1 département 13

Missions /objectifs:

-accompagnement les usagers de différentes manières, pas seulement de la production, des activités de soutien,
 - garants des projets personnalisés
 -responsabilités par le biais de l'évaluation interne, comité de pilotage, interne, externe, plan action qualité. Je -travail avec les familles.

Déploiement sur le territoire :

1 département 13
 territoire d'intervention c'est Salon et les alentours aussi.

ACTEUR 2

Stratégie de développement

Indicateur : Missions ou objectifs de la structure

Variable : déploiement sur le territoire

3

4

Missions /objectifs:

- foyer d'hébergement et un accueil de jour de type occupationnel,
 - mise en place d'actions, d'objectifs pour qu'ils se développent au mieux, pour qu'ils acquièrent des niveaux d'autonomie
 - l'accession à la citoyenneté.

Déploiement sur le territoire :

déploiement principalement du Vaucluse mais aussi limitrophes avec les BDR puisqu'on a qu'à traverser la Durance pour être dans les BDR. Sénas, Plan d'Orgon, c'est un peu ces coins-là.
 1 département 84

Missions /objectifs:

- accompagnement au bien être des personnes puis vivre le projet de l'association.
 - questions liées à l'affectivité, la sexualité que des questions liées au vieillissement.

Déploiement sur le territoire :

1 département 84

ACTEUR 3

Stratégie de développement

Indicateur : Missions ou objectifs de la structure

Variable : déploiement sur le territoire

1	2	3
<p><u>Missions /objectifs:</u></p> <p>-missions classiques de SAVS, concourir à l'autonomisation et à l'insertion au sens large des personnes orientées par la MDPH en situation de handicap, service n'était pas adossé comme certains à un établissement et un ESAT</p> <p>- service généraliste, s'adressant à tous types de handicap.</p> <p><u>Déploiement sur le territoire :</u></p> <p>1 département 84</p>	<p><u>Missions /objectifs:</u></p> <p>-accompagnement au bien être des personnes puis vivre le projet de l'Association</p> <p>- dans le SAVS, on a envie qu'il y ait un dynamisme de socialisation</p> <p>-donner un maximum d'autonomie aux personnes en situation de handicap, tant au niveau professionnel, social, culturel, lien avec les familles.</p> <p><u>Déploiement sur le territoire :</u></p> <p>1 département 84</p>	<p><u>Missions /objectifs:</u></p> <p>-accompagnement au bien être des personnes puis vivre le projet de l'Association</p> <p>- coordination avec les services, CMPI, CMP...</p> <p>-accompagner les personnes sur leur autonomie.</p> <p>- accueillir ces gens-là dans un cadre très familial avec la possibilité et en fonction de leurs moyens pouvoir vivre une vie la plus proche possible de chacun</p> <p>- autonomie de la personne et avoir les moyens de cette autonomie.</p> <p><u>Déploiement sur le territoire :</u></p> <p>1 département 84</p>
		<p><u>Missions /objectifs:</u></p> <p>-aider, conseiller, accompagner des personnes qui, ponctuellement ou durablement, ont besoin d'un soutien plus ou moins important pour mener une vie la plus autonome possible.</p> <p><u>Déploiement sur le territoire :</u></p> <p>1 département 84</p>

ANNEXE 10 : ENJEUX DES STRUCTURES

ACTEUR 1						
Enjeux des structures						
Indicateur : évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité						
variable : mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire						
1	2	3	4			
<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - référent qualité interne - travail sur démarche d'amélioration de la qualité. - appui sur les RBPP de l'ANESM. <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - accueil est fait en fonction des annexes 24 et de la loi 2002-2 , le code de l'action sociale et des familles. -projet d'accompagnement en lien avec le projet d'établissement, dans le respect des évaluations qui ont été menée en interne et en externe dans le respect de la réglementation. P.E à réécrire. 1^{er} P.E participatif (personnel). -document descriptif pas très prospectif. -liens nombreux avec les partenaires sur le territoire 	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluation demande du contrôle et de l'efficacité. - beaucoup freiné les équipes. - Il y a quand même du contrôle <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - loi de 2002-2 était nécessaire et a permis d'encadrer encore plus l'orientation et l'accompagnement des jeunes. - permis aussi à la famille d'être actrice, de donner leur avis et également au jeune de donner le sien. - certaine pression pour qu'il y ait des résultats et de l'efficacité au détriment de l'initiative. - travail en lien avec le territoire 	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - personnel très peu été sollicité et les usagers non plus. - pour l'évaluation interne, ça a été compliqué pour les équipes mais on y est arrivé. - évaluation externe à jour et ça s'est bien passé. <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -on a fait les différents outils et je crois que ça fonctionne bien. Les parents s'y retrouvent. - Concernant le P.E, on a fait appel à un consultant extérieur ainsi que l'évaluation interne. - interaction avec le C.A, présent aux réunions. 	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - on essaie de construire la réflexion. On est dans le mouvement pas forcément dans le changement -évaluation interne et externe à jour <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - à jour dans les outils et le personnel s'en empare bien. - développement sur le territoire 	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -évaluation à jour.. -groupes de travail ont permis de resserrer les équipes - plus grande importance aux usagers et aux familles. -accompagnements plus en lien avec les enfants concernés - projets personnalisés mieux adaptés. <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - institution est à jour au niveau des outils-transformations ou d'évolutions plutôt de nos pratiques au regard des nouvelles lois 2002, 2005 et 2007 -textes qui sont les garants d'une certaine prise en charge et qui ne sont pas toujours en adéquation avec la réalité de terrain. 	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -avec le questionnaire de satisfaction apparait la question des besoins des familles et la question des attentes <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -avec les outils de la loi de 2002-2 on sait faire avec les usagers - plus en difficulté avec les familles 	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -.avec l'évaluation interne, on s'est rendu compte qu'il fallait un peu bouger et l'évaluation externe nous l'a confirmé. <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - P.E : Officiellement pas écrit. On est en train d'officialiser par services - très en retard sur la formalisation.

ACTEUR 1

Enjeux des structures

Indicateur : évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité

variable : mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement Sur le territoire

5	6	7
<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - référentiels qui sont là et qui sont bien présents -les politiques publiques qui sont là et qui sont présentes dans l'organisation <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - à jour mais on est plus sur une rencontre administrative avec les outils de la loi de 2002-2. - protocole d'admission - palette de prise en charge en lien avec ce que préconisent les lois du secteur. - ouverture à et sur l'environnement (RBPP). 	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -évaluation interne et l'externe se termineront dès décembre <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - on était en retard sur les outils (contrat de séjour, projet individualisé). -Néanmoins, ce n'est pas parce qu'il n'y avait pas de contrat de séjour que l'accueil ne se faisait pas dans la forme et tout était fait dans les règles. Il suffisait simplement de formaliser, il faut donner du sens. - résistances mais elles avaient du sens. je préfère que ça ait du sens et qu'on mette du temps, que de tout faire et être dans les clous et perdre notre âme. . accompagnement par un cabinet de consultants. On a fait le pré projet et ils sont venus par la suite. 	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -utilisation des RBPP de l'ANESM. -place des familles a évolué. -depuis l'évaluation externe, on commence à vraiment prendre en compte la notion de parcours et on parle de démarche qualité <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -le premier P.E a permis de mettre en place les outils de la loi de 2002-2. -loi de 2002-2 a apporté un cadre institutionnel et dont le personnel s'est emparé, on a vu apparaitre la gestion prévisionnelle des métiers et compétences donc l'évolution des métiers, l'évolution de la formation. - à jour dans les outils de la loi pour notre établissement. -évaluation des pratiques amène amélioration
	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluation interne a été prise comme un contrôle. Il n'y avait pas eu de pédagogie dans ce travail. - évaluation externe à jour avec le nouveau directeur qui a tout pris en main quand il est arrivé. <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -gros changement a été la loi de 2005. Les outils de 2002-2, le truc était déjà en route, -on avait un PPI qui s'est transformé en PAP livret d'accueil a été imposé à toutes les nouvelles entrées -P.E est à jour. 	

ACTEUR 2

Enjeux des structures

Indicateur : évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité

variable : mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement Sur le territoire

1	2
<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluations à jour - utilisation des RBPP de l'ANESM <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - On a dû se mettre dans les clous. - J'ai vu les choses se mettre en place. et je n'ai pas eu le temps de voir des évolutions. - - changements Au niveau bureaucratique. - il fallait déjà correspondre à ces lois. Il fallait réfléchir à ce qu'on allait mettre en place et comment on allait le mettre en place. 	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - on a fait quand même nos évaluations : interne et externe. L'évaluation externe a été faite en juin 2014. - comité de pilotage, qui continue. - évaluation externe qu'on a eue, il en est ressorti qu'on n'avait pas assez d'écrits, on est dans le rattrapage et aussi ça n'a pas pu être fait avant. - ça chemine doucement et aussi on a demandé aux établissements de ne plus être que dans l'oralité ; qu'il y ait plus de choses écrites <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - On n'était pas encore aux normes. - On a fait cet outil. C'est que depuis cette année qu'il est demandé aux moniteurs d'élaborer le projet personnalisé. on a pris du retard mais là on est en train de le rattraper. l y avait un projet pour chaque personne mais il n'avait pas été réactualisé. - Ça nous a été demandé cette année et on plusieurs références. On nous a fourni depuis peu une grille qui nous permet d'évaluer. - On a une trame de projet, petite avec les objectifs, les moyens. - on était un peu en retard, disons que ce n'était pas formalisé mais par exemple les projets personnalisés, ça existait déjà mais sous une autre forme. - ici on est sur une culture complètement de l'oralité.
<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - on a passé l'évaluation externe l'année dernière et c'est quelque chose qui a été pointé. <p><u>évaluation externe a dit que dans l'ensemble on était très bon, mais il n'y a pas que nous, sur l'accompagnement, sur le cœur de métier dans la prise en charge des personnes. En gros les évaluateurs ont même été étonnés du fait que tous cas sur l'ESAT, je sais que c'est pareil ailleurs, que les travailleurs arrivent le matin avec le sourire et qu'ils repartent le soir toujours aussi avec le sourire et qu'ils sont très, très libres de parler, il n'y a pas de frein, quand ils ont rencontré les personnes, elles se lâchent et parlent sans aucun problème. Je pense qu'on est plutôt bon là-dessus et sur la bienveillance.</u></p> <p><u>le projet qualité est suspendu pour l'instant.</u></p> <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <p>l'association des œuvres des P.B. de Salon-de-Provence et des environs</p> <ul style="list-style-type: none"> - la structure des P.B. on est en train de s'agrandir par le biais d'un regroupement avec l'association des C. d'Arles, - regroupement est une tendance depuis quelques années. - P.E pas à jour actuellement, l'ancien ce pas un projet d'établissement mais une photo, un état des lieux. - pas un truc réhibitoire, on ne va pas vous fermer d'établissement parce que vous n'avez pas de projet d'établissement - là on va essayer de pondre un vrai PE, - pour les outils de la loi de 2002 : Tout est mis en place, tout existe. - mais les projets sont individualisés mais pas assez personnalisés. - changement de terme implique le choix. - en terme d'accompagnement, les projets sont revus toutes les années, régulièrement questionné. - à travers le P.E on va retrouver les mêmes problématiques et on va les traiter à peu près de la même manière, avec des comités, des commissions de travail sur les différents sujets 	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - en fait on a fait l'évaluation interne, point positif, point négatif, l'évaluation externe, point positif, point négatif, à partir de là on a croisé les deux évaluations et on a fait le plan action qualité. On était en train de travailler dessus et il y a eu un changement de direction. Sur 3 ans on s'est pris 3 directeurs alors du coup, ça a un peu décalé. - c'était déjà pendant l'évaluation interne, qui a entraîné sur 2 directeurs, donc c'était un peu fastidieux à la fin. Après on a eu l'évaluation externe, ça fait 2 ans avec le directeur actuel, on avait repris le travail avec lui et puis on a eu un changement de direction générale. LE DG a pris ses fonctions en début d'année, il a dit stop on arrête tout <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - objectif c'est de vraiment travailler au niveau associatif. Parce qu'il y a des choses qui sont forcément communes et il nous dit vous n'allez pas tous faire votre truc de votre côté. Il y a des choses à travailler en commun puis après chacun sa partie. (FAM, foyer de vie, IME...). - tous les outils sont à jour.

ACTEUR 2

Enjeux des structures

Indicateur : évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité

variable : mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement Sur le territoire

3

4

évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :

-évaluations à jour

mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :

- plus gros mouvement qu'il y a eu c'est en 2002, avec la loi de 2002-2
- le contrat de séjour, c'était une nouveauté, maintenant l'utilisateur signe ou son représentant légal
- les projets d'accompagnement personnalisés, la charte, les contrats de séjour, parce que ça c'était quand même un terme nouveau qui arrivait dans notre vocabulaire.
- ça aussi ça a été un passage dans les années où c'était l'établissement qui décidait ce qui était bien pour la personne.
- aujourd'hui c'est fini et on a une loi pour s'appuyer dessus.

évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :

-évaluation interne avait surtout pointé le travail qui avait été mis en œuvre.
-pour l'hébergement, l'évaluation externe a été surtout sur la question du règlement, du fonctionnement de l'établissement. Il y a quand même la question des stages et des périodes d'essai.

mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :

- dans le fonctionnement, il y a cet engagement qui se fait d'abord au niveau des valeurs, plutôt que sur la qualification des personnes. En tant que responsable, j'accompagne aussi bien les équipes, les salariés, que les personnes accueillies. Même si on forme les gens petit à petit ça prend du temps
- cette exigence, elle est croissante, quand on doit évaluer les projets, préparer et valider les synthèses, réaliser les projets et les faire vivre, bien entendu, communiquer avec les familles et les responsables légaux.
- on a tout cet aspect, hygiène et sécurité qui est là qu'il n'y avait pas autant auparavant, avant tout le monde travaillait dans les ateliers la journée et rentrait le soir au foyer, maintenant il y a des externes et -on est dans une autre philosophie.
- il y a la notion de professionnalisme qui est normale pour un responsable.
- on répond au plus juste au cadre législatif même si ça implique pas mal de contraintes.

ACTEUR 3

Enjeux des structures

Indicateur : évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité

variable : mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement Sur le territoire

1	2	3
<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <p>. Nous ne sommes pas soumis aujourd'hui à l'évaluation externe même après 5 ans. -Notre évaluation interne si je ne dis pas de bêtise on devra la faire en 2020 et l'externe en 2022. -On peut quand même construire cette évaluation dans le filtre du référentiel qu'on construira, ça sera moins douloureux et on n'aura pas besoin de passer par une personne extérieure</p> <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <p>-On n'avait pas les outils mais en tous cas il n'y avait pas de résistance à travailler avec cela. -J'ai pu rapidement mettre en place les outils qui donnaient un cadre de référence et après ils se sont aiguisés à l'usage à l'utilisation des salariés et des personnes et donc ces outils se sont affinés. -La construction du règlement intérieur. On est sur la phase d'évaluation. -Certains outils ont évolué naturellement, on est dans la phase où on se pose et on va faire le bilan. -Le PE est fait et il va être réactualisé cette année. -Le problème ce n'est pas la 2002 le problème c'est comment on va bosser avec la personne. -J'ai vu ça sur d'autres services, il y a une vraie résistance qui s'opère parce qu'il y a beaucoup de déconstruction à opérer, travailler sur une posture ni trop haute ni trop biaisée avec l'usager</p>	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <p>-On a eu une évaluation externe l'année dernière qui s'est très bien passée.</p> <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <p>-Comme le service est neuf, il a 5 ans, il a fallu tout mettre en place au niveau de la loi de 2002 et la loi de 2005. - Donc là je dirais qu'on est dans une étape vraiment de construction. -Le PE a été fait</p>	<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <p>-Je pense que la question d'une évaluation faite par des organismes externe comme c'est prévu dans la loi pour toutes les institutions médico-sociales à mon avis c'est une très bonne chose parce que ça va permettre aux institutions et à leur rythme d'avancer, d'évoluer et de se remettre dans la demande de la société et dans la loi pour dire de réajuster pour être le plus ouvert possible.</p> <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <p>-Il y a un PE comme tout établissement médico-social. -Alors la loi de 2002 et 2005, c'est ça, c'est plus la personne elle-même dans son projet, dans sa participation, dans son autonomie, notamment dans la société.</p>
		<p><u>évaluation interne et externe, démarche continue d'amélioration de la qualité :</u></p> <p>-évaluations à jour</p> <p><u>mise en conformité au regard des lois en vigueur positionnement sur le territoire :</u></p> <p>-Avec la loi de 2002-2; mais on avait anticipé, j'avais anticipé, c'est-à-dire que j'avais déjà fait faire des formations les années d'avant sur le brouillon de la loi 2002-2 parce qu'en fait on s'était dit qu'il y allait pas avoir grand-chose qui allait changer et on avait fait des formations pour se préparer à qu'est-ce que c'était, les projets d'accompagnement personnalisés, la charte, les contrats de séjour, parce que ça c'était quand même un terme nouveau qui arrivait dans notre vocabulaire. -Les projets individuels étaient faits mais pas forcément formalisés. -On ne peut pas avoir une obligation de résultats puisqu'on travaille avec de la personne humaine, on met en place des actions, des objectifs pour qu'ils se développent au mieux, pour qu'ils acquièrent des niveaux d'autonomie, enfin voilà vous connaissez le métier d'éducateur. On l'a travaillé en amont, on l'a fait voir à des personnes juridiques pour que ce contrat soit au mieux tourné. Je pense qu'on a pas mal réussi notre affaire. -Après, il a fallu, bon nous le projet d'établissement on l'avait déjà. - le livret d'accueil aussi. Donc ça a été un gros mouvement et on avait préféré faire travailler avant, parce que ce n'était pas seulement un changement ; -en gros ça ne changeait pas nos manières de travailler mais ça changeait le mode de vie des éducateurs qui sont un peu fâchés avec les écrits, en général.</p>

ANNEXE 11 : RELATIONS AUX AUTRES ACTEURS

ACTEUR 1						
<u>Relations aux autres acteurs</u>						
Indicateur : nature des relations avec autres structures sur le territoire						
Variable : niveau de partenariat ou état du réseau partenariat						
1	2	3	4			
<u>nature des relations avec autres structures sur le territoire :</u>	<u>nature des relations avec autres structures sur le territoire :</u>	<u>nature des relations avec autres structures sur le territoire :</u>	<u>nature des relations avec autres structures sur le territoire :</u>	<u>nature des relations avec autres structures sur le territoire :</u>	<u>nature des relations avec autres structures sur le territoire :</u>	<u>nature des relations avec autres structures sur le territoire :</u>
<p>On a des partenariats institutionnels et socio-éducatifs, ce qui concerne l'inscription de l'établissement dans son territoire, en lien avec sa mission, sa spécificité, son identité.</p> <p><u>niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :</u></p> <p>On a les partenaires de fait : ARS, CD, EN... J'exclus tous les prestataires payants où de fait il y a un minimum de concertation, d coopération et de coordination, mais on les paie pour cela</p>	<p>Partenariat avec ESAT de la même association pour commencer à préparer les stages et les orientations des jeunes de la structure puis après avec d'autres ESAT sur le territoire, pour de vrais stages</p> <p><u>niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :</u></p> <p>partenariat avec l'extérieur sur des activités faites par différents intervenants.</p>	<p>Relation de partenariat avec acteurs du territoire au niveau de prestations extérieures (dans le cadre du projet individuel de la personne accueillie),</p> <p><u>niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :</u></p> <p>partenariat avec d'autres structures médico-sociales (type ESAT</p>	<p>Des liens de partenariat importants dans la structure.</p> <p><u>niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :</u></p> <p>mais beaucoup de choses à apprendre en interne d'abord</p>	<p>partenariat développé et régulier.</p> <p><u>niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :</u></p> <p>Le partenariat est de fait. On est obligé de travailler avec les acteurs du territoire et parfois ce partenariat s'impose de fait. On travaille de fait par exemple avec l'ASE car on ne peut pas faire autrement.</p>	<p>partenariat développé et qui perdure avec les partenaires habituels.</p> <p><u>niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :</u></p> <p>C'est de se faire connaître, de se présenter et d'aller vers tous ces partenariats pour permettre parce que ce maillage il se fait sur des personnes. (Discussion autour de SA, maillage locale...)</p>	<p>Il y a des partenariats sous forme de convention, par prestataires, qui interviennent dans l'établissement ou bien nous allons vers eux.</p> <p>Il y a des partenariats non conventionnés de type avec les hôpitaux de jour où on travaille plus sur des temps de réunions, des études de situation.</p> <p><u>niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :</u></p> <p>Il y a des tensions avec le secteur sanitaire, hôpitaux et hôpitaux de jour. On est dans l'échange, ça commence par obligation entre le secteur sanitaire et le médico-social</p>

ACTEUR 1

Relations aux autres acteurs

Indicateur : nature des relations avec autres structures sur le territoire

Variable : niveau de partenariat ou état du réseau partenariat

5

6

7

nature des relations avec autres structures sur le territoire :

j'ai tout un travail de délégation avec je dirais l'IME et son inscription dans l'environnement. C'est-à-dire qu'effectivement toutes les questions afférentes à des conventions, à des partenariats en tout cas à des actions qui participent d'une inscription dans l'environnement, je vais être bien sur un peu la personne référente en tant que directeur adjoint.

niveau de partenariat ou état du réseau partenariat

J'exagère un peu quand je dis à huis clos pour montrer aussi que pas mal d'IME quand on regarde un petit peu l'histoire de l'institut médico-éducatif, pour la plupart ils sont en milieu rural et que du coup peut être cette spécificité géographique fait que des fois ce n'est pas si simple à construire des partenariats.

nature des relations avec autres structures sur le territoire :

Partenariat avec structures médico-sociales, prestataires extérieurs, partenariat officiel (ARS, CD...), partenariat avec le secteur de la psychiatrie.

niveau de partenariat ou état du réseau partenariat

partenariat développé et nécessaire

nature des relations avec autres structures sur le territoire :

Vrai Partenariat avec le secteur de la psychiatrie. Travail avec ESAT de proximité, et FAM.

niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :

partenariat développé et régulièrement recherché.

nature des relations avec autres structures sur le territoire :

Partenariat avec extérieur (intervenant,...) partenariat institutionnel (EN) et partenariat avec d'autres établissements médico-sociaux (ESAT

niveau de partenariat ou état du réseau partenariat).

Avec Le partenariat on s'attache beaucoup à coller au plus près du projet du jeune. Il y a le travail sur la globalité et puis sur certains aspects c'est du sur mesure et les dispositifs permettent ce travail. Ilya cette dimension d'ouverture qui est importante pour nous.

ACTEUR 2

Relations aux autres acteurs

Indicateur : nature des relations avec autres structures sur le territoire

Variable : niveau de partenariat ou état du réseau partenariat

1

2

nature des relations avec autres structures sur le territoire :

En matière de partenariat, moi je suis en lien avec ce qui concerne le CAT, je suis en lien avec les SAVS, les tutelles, les AS, l'hôpital psychiatrique, les moniteurs, les familles... Surtout de responsable à responsable.

Tout ce qui est partenariat commercial, c'est le directeur général pour les contrats et les responsables des activités pour tout ce qui est matériel, fournisseur...

Tout le monde ne fait pas tout mais selon les situations chacun est amené à faire quelque chose. L'éducatif n'est pas réservé à une seule personne et n'est pas autorisé à tout le monde et à tout moment. Il y a aussi les échanges avec les IME (partenariats conventionnés).

niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :

Par rapport au partenariat, c'est de corps de métier à corps de métier dans certaines situations, c'est plus simple de parler entre psychologue, entre AS, entre chef de service.

nature des relations avec autres structures sur le territoire :

Dans le cadre du partenariat on est avec votre IME, mais pas les IME de notre association. On a des contraintes par rapport à un engagement de productivité et ce sont quand même des partenaires

niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :

partenariat développé et nécessaire

nature des relations avec autres structures sur le territoire :

Dans cette ligne aussi, je travaille beaucoup sur cette recherche de mise à disposition, les entreprises veulent des travailleurs sur place.

Partenaires réguliers et nécessaires

niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :

partenariat développé et recherché, travail hors les murs en partenariat avec entreprises du milieu ordinaire

nature des relations avec autres structures sur le territoire :

il y a des passerelles entre IME et ESAT, mais ça reste trop restreint. En termes de polyvalence ça ne s'arrête pas qu'à l'atelier, j'ai des personnes qui ont d'autres contrats avec l'ESAT, ça permet d'accueillir d'autres personnes. On a un partenariat avec l'IME de l'association.

niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :

On est en prestation de services extérieurs, et aussi on travaille au sein d'une entreprise en milieu ordinaire.

ACTEUR 2

Relations aux autres acteurs

Indicateur : nature des relations avec autres structures sur le territoire Variable : niveau de partenariat ou état du réseau partenariat

3

4

nature des relations avec autres structures sur le territoire :

On dépend de l'ARS et on travaille avec les CG du 84 et du 13. On travaille en partenariat avec différents services et structures, avec le CMP par exemple, CAP EMPLOI, des ESAT.

niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :

S'il faut établir un partenariat ce n'est pas un problème on le fait.

nature des relations avec autres structures sur le territoire :

Alors on développe le partenariat, on travaille avec le CMP, on n'est pas conventionnés, on n'est pas encore formalisés. On travaille avec les IME avec des conventions. La structure de l'A. c'est d'avoir un partenariat très étroit avec les structures comme les nôtres dans la région méditerranée.

Avec toutes les personnes. Toutes les personnes qui souhaitent faire du bénévolat chez nous, on a un service des ressources humaines qui va prendre le temps de rencontrer les bénévoles potentiels, d'étudier leur demande, voir un peu leur profil et proposer quelque chose. Ils viennent chez nous sur les activités de jour ou au foyer pour aider à accueillir, participer aux sorties

niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :

On développe du bénévolat, c'est plus du partenariat d'établissement à personne.

ACTEUR 3

Relations aux autres acteurs

Indicateur : nature des relations avec autres structures sur le territoire

Variable : niveau de partenariat ou état du réseau partenariat

1	2	3
<p><u>nature des relations avec autres structures sur le territoire :</u></p> <p>On peut déjà se rencontrer en interne et leur dire qui on est, comment on travaille et amorcer un partenariat. Tous les SAVS sont investis et traversés par les missions de service public et au-delà de la prise en charge qui engendre une tarification à la journée, il y a aussi une mission de service public et nous techniquement on peut recevoir des gens, les orienter etc. Il n'y a rien de déliant à amorcer un travail en partenariat un peu avant la fin d'un contrat jeune majeur</p> <p>L'échange permet de s'inscrire dans une cohérence, d'avancer plus vite et pourquoi pas de travail en binôme, s'il y a un peu de tuilage dans l'accompagnement, ça sera tout bénéfique pour l'usager et surtout pour nous. Parce qu'on ne part pas de zéro.</p> <p>Les acteurs qui interviennent sur le même champ et le même territoire, ce n'est pas forcément des partenaires</p> <p>On travaille en partenariat avec CAP EMPLOI, on tente de travailler avec la Mission Locale. Le lien avec le CMP...si ça ne passe pas avec le CMP, on a un petit réseau avec des libéraux.</p> <p><u>niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :</u></p> <p>Il y a du partenariat historique plus ou moins douloureux avec des acteurs incontournables comme la psychiatrie.</p> <p>Le vrai partenariat qui consiste à travailler en intelligence et à programmer et de co-construire ensemble, ça c'est du partenariat.</p> <p>Le partenariat est aussi un moyen d'exister.</p> <p>Le partenariat se fait en fonction des situations.</p> <p>Ce sont les situations qui vont générer le partenariat et c'est très bien comme ça. Dans le cadre de journées portes ouvertes on peut venir présenter notre service. On peut préparer et amorcer ce travail autour d'une situation.</p> <p>C'est un service et on a une offre de service publique mais une offre de service quand même.</p>	<p><u>nature des relations avec autres structures sur le territoire :</u></p> <p>Le CMS, l'AS du CMS de villes proches, par exemple.</p> <p>CG</p> <p>On a créé un lieu et ça a créé un lien et on a pu mettre en place des accueils avec d'autres partenaires, des services. Il y a eu des partenariats mis en place, c'est certain, notamment avec le CMP.</p> <p>La question du partenariat est très importante car elle vous permet de travailler chaque item du projet en fonction des relations qu'on établit avec les différents partenaires.</p> <p><u>niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :</u></p> <p>On fonctionne par territoire et je trouve que c'est judicieux.</p>	<p><u>nature des relations avec autres structures sur le territoire :</u></p> <p>C'est-à-dire qu'il y a d'autres SAVS qu'on rencontre et avec qui on partage nos manières de travailler, d'intervenir. Il y a des réunions inter SAVS et bien c'est sûr qu'on est en lien avec eux mais si on veut mutualiser, pour permettre deux choses: réduire le coût d'intervention d'une équipe, mieux la cibler, permettre aux gens de dire maintenant tu es en SAVS donc tu es en autonomie. Je suis en lien avec le CMP, ils ont des médecins référents et des infirmières psychiatres, donc selon les demandes et les problématiques, je les contacte directement et l'AS.</p> <p><u>niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :</u></p> <p>partenariat qui se développe en fonction des situations rencontrées.</p>
		<p><u>nature des relations avec autres structures sur le territoire :</u></p> <p>On travaille en partenariat avec le CMP la PMI et avec CAP EMPLOI et les ESAT, en fonction des situations et aussi les pôles santé.</p> <p>On a tous les mêmes difficultés au niveau des SAVS parce que dans le partenariat, on travaille avec les autres, on se rencontre une fois tous les deux mois. Il y a beaucoup de SAVS sur des petits territoires et on n'a peu de moyens.</p> <p><u>niveau de partenariat ou état du réseau partenariat :</u></p> <p>rencontres inter SAVS permettent la mutualisation de connaissances.</p>

ANNEXE 12 : POSITION PAR RAPPORT AUX AUTRES ACTEURS

ACTEUR 1						
<u>Position par rapport aux autres acteurs</u>						
Indicateur : prestations proposées au niveau du territoire						
Variable : prestations/panier de service						
1	2	3	4			
<p><u>prestations proposées au niveau du territoire :</u></p> <p>Il y a ceux qui existent et qui ont une importance capitale en regard du contexte, aux enjeux. Ce sont ceux qui peuvent être levier pour nous (sport adapté, CODES, ESAT....cd, cellule enfance en danger, psychiatrie...)</p> <p><u>prestations/panier de service :</u></p> <p>SESSAD, EEAP</p>	<p><u>prestations proposées au niveau du territoire :</u></p> <p>Les partenaires nous ont bien repérés Il y a un partage de métiers et de services. Il y a une confiance qui s'installe. Mais le partenariat tient beaucoup aux personnes qui en ont la référence. Ça tient à peu parfois. Il faut le transmettre et le maintenir pour pouvoir continuer et améliorer les prises en charge. Les parents étaient aussi conviés aux réunions pour voir ce qui est la réalité des compétences de leurs enfants et les attendus des partenaires comme les ESAT par exemple.</p> <p><u>prestations/panier de service :</u></p> <p>SESSAD, EEAP</p>	<p><u>prestations proposées au niveau du territoire :</u></p> <p>activités avec partenaires sur le lieu, sportives, psychologiques. Travail avec les Esat pour de vrais stages. En lien avec les autres structures de l'association</p> <p><u>prestations/panier de service :</u></p> <p>Travail en lien direct avec ESAT et foyer</p>	<p><u>prestations proposées au niveau du territoire :</u></p> <p>Une direction commune, dans les modes de gouvernance et de management, ce sont deux dispositifs nouveaux dans nos institutions. On fait partie du GEPSO (groupe d'établissements sociaux et médico-sociaux). On développe un CFA-FA et travail de l'IME hors les murs.</p> <p><u>prestations/panier de service :</u></p> <p>Travail avec les Esat pour de vrais stages. En lien avec les autres structures de l'association</p> <p>Services : SAVS, SAMSAH</p> <p>Structures : FAM</p>	<p><u>prestations proposées au niveau du territoire :</u></p> <p>Une direction commune, dans les modes de gouvernance et de management, ce sont deux dispositifs nouveaux dans nos institutions. On fait partie du GEPSO (groupe d'établissements sociaux et médico-sociaux). On développe un CFA-FA et travail de l'IME hors les murs.</p> <p><u>prestations/panier de service :</u></p> <p>Travail avec les Esat pour de vrais stages. En lien avec les autres structures de l'association</p> <p>Services : SAVS, SAMSAH</p> <p>Structures : FAM</p>	<p><u>prestations proposées au niveau du territoire :</u></p> <p>Accompagnement et interventions dans un IME. On développe un CFA-FA et travail de l'IME hors les murs. L'organisation de l'offre de services existe mais elle n'est pas optimisée.</p> <p><u>prestations/panier de service :</u></p> <p>Une offre de service est proposée, l'accompagnement est bien visible pour les autres partenaires. CFA-FA,</p>	<p><u>prestations proposées au niveau du territoire :</u></p> <p>Accompagnement et interventions dans un IME. pas réfléchi au sens du besoin des territoires, en lien avec les autres personnes sur le territoire. Sorte d'autarcie. en tant que travailleur social qui fait de moi un simple prestataire, je trouve ça juste au sens de l'humain.</p> <p><u>prestations/panier de service :</u></p> <p>Aujourd'hui les établissements sont prestataires des usagers. On n'est plus l'établissement qui accueille, si vous n'êtes pas content vous partez. On est des simples prestataires de l'usager mêmes si ce sont de grosses structures. Et aujourd'hui, les parents se saisissent de leurs droits et de celui de leur enfant. Une offre de service est proposée, l'accompagnement est bien visible pour les autres partenaires. CFA-FA,</p>

ACTEUR 1

Position par rapport aux autres acteurs

Indicateur : prestations proposées au niveau du territoire

Variable : prestations/panier de service

5

6

7

prestations proposées au niveau du territoire :

besoins en soins ou en tout cas une articulation avec le champ sanitaire au-delà des 12 ans

travail avec le CHU de N. une unité d'hospitalisation d'adolescent, médecin pédopsychiatre ici travaille avec un confrère parce qu'il y a besoin soit d'une hospitalisation soit d'essayer de voir la mise en place d'un traitement qui ne pouvait s'opérer en IME

prises en charge d'ados, particularité du territoire limitrophes entre le Gard et le Vaucluse, des fois on peut le voir comme une opportunité ou comme un frein.

conventionnement depuis 2 ans avec l'inter secteur en pédo psy sur le territoire d'A. inter secteur pédo psy le CMP, le CMPP enfants en temps partagé c'est-à-dire que des enfants peuvent combiner à la fois une prise en charge de jour à l'hôpital de jour et de jour en IME.

prestations/panier de service :

3ème dispositif avec l'EN conduit opérationnellement par une EJE et qui intervient dans des écoles maternelles.

nous avons fait un travail très intéressant avec à la fois avec l'ARS avec la MDPH avec la PMI avec les référents de scolarité identifiés sur le territoire des besoins et lesquels besoins si vous voulez ce sont des enfants notifiés par la MDPH avec une intervention de l'EJE dans une école. l'enfant est notifié à l'IME et son accompagnement s'opère à l'extérieur, c'est-à-dire qu'il s'opère au sein même de la classe maternelle. Le travail avec les différents acteurs de terrain peut alors se faire et c'est tout bénéfique pour l'usager.

prestations proposées au niveau du territoire :

Prestations axées sur le parcours de la personne en IME avec la possibilité d'orientation et de suivi avec du partenariat extérieur, être dans l'ouverture.

prestations/panier de service :

liens avec le secteur de psychiatrie, l'E.Net CMP...

prestations proposées au niveau du territoire :

On a revu notre collaboration avec un hôpital psychiatrique local. On travaille beaucoup avec l'ASE.

travail qui a été fait par les IME, les ITEP, une partie des établissements médico-sociaux sur la relation du médico-social et du sanitaire, c'est-à-dire que de + en + se développe des conventions par rapport à l'accès aux soins aussi bien dans les hôpitaux généraux et aussi bien spécialisés en psychiatrie, de + en + de conventions de partenariat se développent.

prestations/panier de service :

C'est important l'ouverture des structures vers. Les établissements sont obligés de trouver des dispositifs un peu novateurs. Par rapport à ceux -là, l'avenir des IME passent par développer des partenariats avec le secteur hospitalier, le secteur enseignement spécialisé ou les écoles, les collèges pour le recrutement des admissions des enfants mais aussi pour éviter les problèmes d'orientation à l'âge adulte, il est important de développer des coopérations, du moins une bonne connaissance des structures adultes. Il y a aussi des possibilités de développer en regroupant les établissements dans le cadre des GSMS des solutions pour fluidifier, pour pouvoir améliorer le parcours Là aussi quand on parle de regroupement de coopération social et médico-social il faut que l'établissement d'accueil de l'enfant adulte handicapé, il faut qu'il y ait la même philosophie de travail que l'établissement en amont. Mais dans le cadre d'un groupement, parce que comme ça il arrive qu'on échange les équipes pour pouvoir harmoniser les pratiques d'un établissement à l'autre. Le CFA-FA et SESSAD pro.

prestations proposées au niveau du territoire :

On a pu développer différents ateliers en interne et aussi former les professionnels. On est assez bien repéré sur le territoire. On est dans un vrai partenariat avec certains partenaires. Il y a pas mal d'offres de services. Il y a une dynamique là.

prestations/panier de service :

L'insertion professionnelle est encadrée par une professionnelle qui entièrement dédiée à cela. Le poste s'est créé en 2002.

ACTEUR 2

Position par rapport aux autres acteurs

Indicateur : prestations proposées au niveau du territoire

Variable : prestations/panier de service

1

2

prestations proposées au niveau du territoire :

travail d'accompagnement et de production en ESAT

prestations/panier de service :

Un de nos points forts ce sont les soutiens, on en a un panel et ils effectué par des intervenants extérieurs, pas forcément par les moniteurs d'atelier. On loue des salles (gym, football) dans le milieu ordinaire et les travailleurs sont avec les personnes qui pratiquent les activités dans ces salles, pour la diversification, le milieu ordinaire

prestations proposées au niveau du territoire :

le bien être des travailleurs, la bienveillance.

prestations/panier de service :

C'est l'ESAT hors les murs.

prestations proposées au niveau du territoire :

travail d'accompagnement et de production en ESAT

prestations/panier de service :

l'autonomie des travailleurs au niveau des repas, possibilité de faire les livraisons

prestations proposées au niveau du territoire :

On est en prestation de services extérieurs, et aussi on travaille au sein d'une entreprise en milieu ordinaire. En accueillant des stagiaires, eux ils transmettent leur savoir et ça leur apprend à partager, à accueillir l'autre, à être bienveillant, à vivre ensemble en société. Au début ça dérange les habitudes de chacun mais finalement moi je ne conçois pas autrement.

prestations/panier de service :

les soutiens qui participent à l'autonomie des travailleurs.

ACTEUR 2

Position par rapport aux autres acteurs

Indicateur : prestations proposées au niveau du territoire

Variable : prestations/panier de service

3

4

prestations proposées au niveau du territoire :

travail classique d'un foyer, accompagnement socio professionnel et autonomie

prestations/panier de service :

Travail en liens avec les autres services, mutualisation des ressources
Dans le partenariat, on travaille avec les autres, on se rencontre une fois tous les deux mois. Le travail seul en établissement ne suffit pas, il faut travailler en partenariat

prestations proposées au niveau du territoire :

Notre territoire d'intervention, c'est surtout le Vaucluse, on a 2 établissements à Marseille.
Travail accompagnement

prestations/panier de service :

mutualisation des ressources et échanges avec autres services

ACTEUR 3

Position par rapport aux autres acteurs

Indicateur : prestations proposées au niveau du territoire

Variable : prestations/panier de service

1	2	3
<p><u>prestations proposées au niveau du territoire :</u> On a un territoire assez large, les ¾ du département du Vaucluse. On est sur un secteur qui a été construit sans ESAT. Il y avait tout un secteur qui avait été laissé un peu en jachère, où pas grand monde voulait aller, du coup de nouveaux SAS ont vu le jour. Nous on a récupéré cela ce qui fait qu'on a un secteur assez large.</p> <p><u>prestations/panier de service :</u> Toujours à l'absence de critères au caractère généraliste, la réalité des orientations qui nous ont été faites par la MDPH, fait qu'on s'est retrouvé avec une forme de spécificité, on n'est pas un SAMSAH mais on est sur du handicap psychique</p>	<p><u>prestations proposées au niveau du territoire :</u> Accompagnement en SAVS, autonomie dans les démarches et vie au quotidien.</p> <p><u>prestations/panier de service :</u> Des fois des AS du CG nous demandent de suivre une personne qui est à Cavaillon par exemple et ce n'est pas notre domaine d'intervention. On a mis aussi en place des rencontres inter SAVS, c'est à dire les équipes éducatives se rencontrent, nous on est affiliés. On s'est instauré aussi en territoire, il y a le SAVS Grand Avignon, sud Vaucluse. Travail en interservices, mutualisation de ressources et ateliers</p>	<p><u>prestations proposées au niveau du territoire :</u> La mission du SAVS est quand même très large, tellement large qu'on peut se permettre d'accueillir tout le monde parce qu'après est-ce qu'on a les moyens de suivre et de faire un travail de qualité ça ce n'est pas certain. mieux se faire connaître, à mieux pérenniser les choses, pour mutualiser, pour travailler de façon plus efficace. Je pense qu'il y a une question autour de ça.</p> <p><u>prestations/panier de service :</u> Travail en interservices, mutualisation de ressources et ateliers</p>
	<p><u>prestations proposées au niveau du territoire :</u> Dans le partenariat, on travaille avec les autres, on se rencontre une fois tous les deux mois. Le travail seul en établissement ne suffit pas, il faut travailler en partenariat.</p> <p><u>prestations/panier de service :</u> SAVS renforcé</p>	

ANNEXE 13 : STRATEGIES PREVISIBLES

ACTEUR 1						
<u>Stratégies prévisibles</u>						
Indice : Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement						
Variable : adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération						
1	2	3	4	5	6	7
<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u></p> <p>Au jour d'aujourd'hui, il faut penser des bâtiments, des espaces d'accueil, de rééducation, des espaces d'enseignement, des espaces de prises en charge qui vont répondre à des évolutions futures. E qui a bloqué en région PACA, ils n'ont pas été rénovés donc c'est qu'à un moment ça a bloqué au niveau des financements. Les IME s'emparent de la question de l'orientation des jeunes 18-25 ans mais pour le coup c'est l'ARS qui ne s'en empare pas.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>Développement de procédures, du développement de qualité, l'amélioration qualité de nos établissements.</p> <p>Il y a l'obligation de la loi et puis les réalités de terrain. Parfois on est dans des injonctions paradoxales. On est parfois dans l'application de la loi qui peut poser question</p>	<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u></p> <p>Maintenant se pose le problème des places pour les usagers.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>Les directions demandent aux équipes éducatives d'être efficaces sur l'accompagnement pour arriver à baliser davantage le parcours du jeune. C'est aussi travailler beaucoup avec les contraintes de l'environnement et s'ouvrir à cet environnement</p>	<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u></p> <p>Etre dans un établissement à taille humaine permet une plus grande proximité et donc de travailler tous ensemble sur le parcours de la personne. Les réunions entre établissements sont importantes car on a les mêmes publics, les mêmes préoccupations et des appuis techniques comme les journées d'information organisées par l'URIOPS peuvent être utiles. Cette idée de la désinstitutionnalisation ne doit pas être un poids pour les familles. Dans la réalité, je crois qu'on n'est pas prêt à passer à autre chose.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>le travail avec les familles est important.</p>	<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u></p> <p>Travail en lien avec ce qui existe sur le territoire.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>Travail sur l'orientation des personnes en aménagement Creton car cela devient une problématique.</p>	<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u></p> <p>Repenser l'institution, c'est repenser l'organisation de l'institution et donc du travail. La diversification est importante. Elle permet de rendre pérenne une organisation. Les IME ne vont pas rester en l'état, les missions ne seront pas les mêmes. On ne va pas forcément donner les mêmes types de missions.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>L'accompagnement extra muros est ce vers quoi on tend avec le travail avec les différents acteurs de terrain.</p> <p>Les politiques protégeront toujours les plus fragiles mais la réalité de terrain est différente parfois. On est obligé de s'adapter..</p>	<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u></p> <p>Les équipes comprennent mieux les enjeux et sont mobilisables.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>Aujourd'hui, les établissements sont prestataires des usagers, mêmes si ce sont de grosses structures. Et aujourd'hui les parents se saisissent de leurs droits.</p>	<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u></p> <p>c'était chacun dans son coin et quand on en avait les moyens, on s'auto alimentait. Tout le monde n'a pas les moyens de l'association X ou de la C. C'est comme une entreprise qui crée une succursale, c'est le même fonctionnement, C'est un changement d'organisation. Une association arrivée à un certain niveau se doit d'être gérée comme une entreprise, si son objectif est le déploiement. C'est une culture d'entreprise qu'il faut avoir sinon on ne peut pas. Même si l'intention est autre avec les valeurs associatives, etc. plus sur les mêmes références et représentations..</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>on parle de mutualisations de ressources, d'hybridation maintenant on va être obligé de passer par là. Jusqu'à présent,</p>

ACTEUR 1

Stratégies prévisibles

Indice : Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement

Variable : adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération

5	6	7
<u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u>	<u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u>	<u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u>
<p>les contacts avec l'éducation nationale, les contacts avec le champ sanitaire, les contacts avec les milieux associatifs ou effectivement ma délégation est de m'assurer que l'IME n'est pas une organisation à huis clos, qu'elle est aussi inscrite sur un territoire et que sur ce territoire pour des projets, que ce soit des projets de scolarisation, qui des projets qui sont sur des dimensions de soins, que ce soit sur des projets qui ont une dimension culturelle, en tout cas voilà m'assurer de cette veille que ce ne soit pas un établissement qui soit dans une logique de huis clos et non ouvert sur l'extérieur.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p>	<p>Sur le deuxième P.E on a travaillé sur les orientations stratégiques de l'établissement. On s'est attelé à mettre en place un projet éducatif, pédagogique et qui maintenant va vers un projet de pôle soins.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>C'est créer un centre de formation des apprentis. Mettre en place un centre d'accueil familial spécialisé, on attend l'accord</p>	<p>C'est d'abord gonfler le CFA FA. On s'ouvre plus sur l'extérieur. Le paquet est mis sur certains accompagnements, il y a eu énormément de bouleversements par rapport à cela. On s'est quand même beaucoup plus ouvert..</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>On est dans la dynamique de monter un service d'assistance famille d'accueil car les besoins sont importants. Le travail en partenariat est important et nécessaire</p>
		<p>Donc ça on est dans cette dynamique-là, l'ouverture c'est à fond. Le projet est de permettre dans le parcours de la personne d'être dans un passage et que cela soit possible au niveau des financeurs et au regard du cadre légal en étant en lien avec les différents acteurs du territoire. On est loin dans le projet mais on s'y attèle. On est en veille là-dessus. Moi je ne pense pas que ce soit la mort des IME tels qu'on les a connus mais simplement une ouverture. Le cadre de l'institution est rassurant, il faut de l'ouverture mais désinstitutionnaliser pour désinstitutionnaliser à fond comme on l'a vu pour la loi de 2005 avec la scolarisation, des jeunes ont été maintenus tant bien que mal, puis après ils en bavent et nous on les retrouve à 16 ans sans places et en attente chez eux.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>Il faut qu'il y ait plus de souplesse dans les parcours, de faire un parcours, de faire des allers/retours.</p> <p>Là je trouve qu'il y a une adaptation par exemple voilà de parcours, de souplesse qu'il faut absolument avoir. Donc nous on est convaincu. Je trouve qu'il faut qu'un enfant qui rentre ici puisse avoir le loisir de penser qu'il va ressortir, qu'il va passer d'un autre établissement mais pas il rentre et puis jusqu'à 20 ans il reste</p>

ACTEUR 2

Stratégies prévisibles

Indice : Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement

Variable : adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération

1	2
<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u></p> <p>Ouverture sur l'extérieur Gestion des accompagnements Essentiellement les recommandations de l'ANESM: accompagnement éducatif, la qualité la bienveillance.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>Développer l'esprit d'entraide</p>	<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u></p> <p>Les enjeux à venir sont de pouvoir répondre aux commandes avec un public qui est quand même de plus en plus en difficulté. On accueille des personnes avec un handicap, de répondre à la productivité qui nous est demandé et demande qui accroît, on nous en demande toujours plus. Après c'est à nous de mettre des limites.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>Pour moi ce qui se joue c'est l'accueil des personnes avec un handicap psychique, c'est compliqué à gérer pour lesquelles personnellement je n'ai pas de soutien. L'association réfléchit beaucoup sur les adultes justement qui ont travaillé toute leur vie en ESAT, que va devenir ce public, comme la question qu'on se posait auparavant concernant le travail pour ce public.</p> <p>pour que ces personnes ne se retrouvent pas sans solutions, ce projet est étudié.</p> <p>Le projet de l'association est poussé dans ce sens, d'abord par le foyer et puis après ce sera une maison de retraite. Ça fait partie du développement de notre association</p>
<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u></p> <p>Travailler plus hors les murs, agrandir les missions et les activités de l'ESAT.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>Faire que les personnes aient du travail. C'est la première chose.</p>	<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u></p> <p>On travaille beaucoup en milieu ordinaire donc l'ouverture on l'a pratiqué depuis longtemps.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u></p> <p>travailler le P.E avec la volonté d'être beaucoup plus prospectif et surtout que toutes les structures soient en commun.</p>

ACTEUR 2

Stratégies prévisibles

Indice : Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement

Variable : adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération

3

4

Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :

On a séparé les domaines et finalement c'est une affaire qui marche bien..

adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :

Ça fonctionne mieux, il y a certains résidents qui ont 2 référents

Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :

Il y a deux partenariats avec des ONG allemandes. Les volontaires ont entre 18 et 30 ans. Les candidats étrangers en général, c'est très pertinent. Ils viennent faire un stage en France pour valider un diplôme.

adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :

pour perdurer une structure doit être dans l'innovation, c'est très dynamique. Il y a donc cette richesse et il y a cette contrainte car il faut trouver d'autres personnes et les former.

ACTEUR 3

Stratégies prévisibles

Indice : Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement

Variable : adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération

1	2	3
<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u> PE va être réactualisé cette année. lancer la deuxième enquête de satisfaction mais qui est plus une réflexion en interne. Accompagner progressivement sur la méthodologie de cette réflexion et permettre à l'équipe de réfléchir et travailler l'écart entre conception et a perception des choses qui sont amenées et réalisées auprès des personnes. choses qui vont se mesurer et surtout les obliger à réfléchir à leurs valeurs, leurs missions, comment on les mets en place. enjeu pour le service et pour moi. La problématique est un peu différente qu'on soit en milieu urbain ou en milieu rural. l'ouverture c'est notre spécificité et j'aime bien. Ce qui me fait défaut et à l'équipe c'est cet outillage là et si on pouvait trouver le moyen d'intégrer des financements d'Etat, de l'ARS pour avoir dans le plateau technique un infirmier ou 2 et 0.10 ETP de psychiatre, on serait au top du top. Au moins au niveau de l'offre de service, on pourrait garantir quelque chose de meilleure qualité.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u> pour pouvoir nous projeter, pour pouvoir travailler les objectifs, , projet de soin était ce qu'il y avait de plus centrale à stabiliser, du coup notre enjeu à nous, puisque la psychiatrie est très en difficulté, c'est de trouver nous les moyens de le faire en interne. En terme d'enjeu, l'idée c'est de répondre à un appel à projet, d'être vigilant, de voir qu'est-ce qui existe en termes de financement pour développer, pour transformer une partie du SAVS en SAMSAH.</p>	<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u> Il y a une mutualisation des compétences et des savoirs à travers ces réunions inter SAVS.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u> On a actuellement au niveau de mon institution, on est en passe de réfléchir sur un SAVS renforcé. C'est créer quelque chose pour que les personnes puissent à leur rythme passer vers une autonomie relative pour après passer en SAVS, relative c'est aussi l'environnement</p>	<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u> Il manque peut-être une passerelle là-dessus. C'est de réfléchir sur les missions du SAVS en tenant compte des réalités aujourd'hui peut être par SAVS et par sectorisation</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u> Après en perspective est-ce qu'on peut imaginer un SAVS renforcé ou une équipe supplémentaire avec un budget adéquat pour travailler et passer plus de temps chez la personne. Il faut un espace pour mutualiser, après il faut rencontrer les autres SAVS en disant vous êtes d'accord, pas d'accord. Il y a un travail relationnel assez conséquent à mettre en place</p>
		<p><u>Ouverture et stratégie de développement sur l'environnement :</u> La demande de création de poste, d'argumenter la création de poste parce qu'il y a de + plus en + plus d'orientation.</p> <p><u>adaptation en fonction des injonctions des financeurs, prospectives, collaboration et coopération :</u> On a séparé les domaines et finalement dans l'intervention. C'est une affaire qui marche bien. C'est cela qui est intéressant dans les nouveaux publics qui arrivent parce que justement c'est moins lourd.</p>

ANNEXE 14 : SERIE DES ENTRETIENS

ENTRETIEN EXPLORATOIRE

Durée : 1h29 mn

M. L Directeur adjoint de l'I.M.E, BDR, jeudi 6 novembre 2014, 17h30

Question1: Pourriez-vous me présenter votre trajectoire professionnelle de manière succincte ?

Je suis de formation d'éducateur j'ai tout d'abord été moniteur éducateur avant de travailler dans le champ du handicap, j'ai travaillé dans le champ de la santé et plus particulièrement la prise en charge des personnes atteintes du VIH et ayant des problématiques en toxicomanie et par la suite je suis arrivé dans la région en 1994, et donc j'ai eu un poste en tant que moniteur éducateur dans un institut médico-professionnel, je suis ensuite parti sur une formation classique.

C'était sur la région ?

C'était sur la région (2x) c'était dans la même association gestionnaire qui est donc l'association des abeilles qui a plusieurs établissements et je suis donc passé d'un public de prise en charge adulte dans le champ de la santé et plus particulièrement je veux dire une problématique liée à la toxicomanie au champ du handicap pré-ado, ado, jeune adulte et puis par la suite j'ai fait ma formation d'éducateur spécialisé et je suis arrivé exactement ici en avril 2000 en tant qu'éducateur spécialisé et depuis maintenant 7ans j'occupe le poste de directeur adjoint, voilà mon parcours, somme toute relativement classique.

Vous êtes donc directeur adjoint depuis à peu près ?

7 ans.

Par rapport aux missions que vous occupez ici vous avez vu un changement dans votre pratique ?

Des changements, c'est-à-dire ?

Un changement ou un glissement vers d'autres types de missions ?

Êtes-vous plus proches avec les familles, en contact avec les familles, avec les jeunes qui sont chez vous ? ou est-ce que votre temps de travail est plus occupé sur d'autres tâches, enfin ça fait partie du travail ...

Mes tâches sont multiples, effectivement je suis en contact avec les familles et nécessairement puisqu'effectivement dès lors qu'il y a une notification en IME et ben je suis amené à accueillir dans le cadre des protocoles d'admission, de rencontrer dans un premier temps les familles, de me présenter, de leur faire visiter l'établissement donc effectivement, il y a ce premier contact qui est très important, ici par exemple à l'IME nous n'attendons pas que les enfants aient une notification parce que c'est vrai que dans le champ du handicap nous avons un agrément ici de 3 à 16 ans et que les familles elles ont besoin de se représenter un petit peu les IME et souvent elles ont besoin même si elles ont repéré des situations de handicap même si les enfants sont en CLIS par exemple elles ont besoin un peu de voir qu'est-ce que c'est les IME, que recouvre ce champ, donc les premiers contacts c'est la directrice ou moi-même où effectivement on peut répondre à des questions, on peut simplement aller visiter la structure ne serait-ce que pour que les familles aient une représentation; après il y a tout un protocole d'admission où je les rencontre pas nécessairement puisque par la suite après ça va être le médecin, les assistantes sociales, les psychologues. Je suis amené déjà à cette première étape d'un premier contact, même en amont je peux les rencontrer des fois dans des équipes de suivi de scolarité c'est-à-dire à l'extérieur dès lors qu'un enfant par exemple est en CLIS et qu'il y a peut-être des questions qui s'abordent ou qui s'amorcent sur une orientation possible en IME, des lors que les familles sont d'accord, je suis convié par le référent de scolarité pour présenter la prestation de l'IME et ce qu'elle recouvre finalement.

Pour certains jeunes ou enfants vous allez assister à l'équipe de suivi de scolarité ?

C'est vrai que c'est un pan de mon activité de contact qui est aussi important parce que c'est aussi présenter l'établissement, c'est présenter un petit peu la particularité de cet IME puis c'est aussi la nécessaire rencontre avec les familles parce qu'effectivement surtout je le redis sur des problématiques d'enfants de troubles sévères ou en tout cas sur des problématiques d'enfant relativement jeune des fois c'est même beaucoup plus simple de les rencontrer à l'extérieur, de présenter et progressivement les voir à cette période du protocole je peux les recevoir de la sorte, je peux les revoir après à la suite sur une signature du contrat de séjour sur une remise du livret d'accueil mais là je dirais qu'on est plus sur une rencontre un peu plus administrative puisque c'est les outils de la loi de 2002.

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement :Les IME en (-) quête de réorganisation

J'étais aussi amené mais là ça a changé un petit peu dans les fiches de fonction des éducateurs spécialisés lors des restitutions des projets personnalisés où effectivement j'étais en présence des éducateurs et voilà là c'est vrai que jusqu'à présent il n'y avait pas vraiment de fiche de poste très explicite sur les fonctions de ES ME et AMP et effectivement je les rencontre moins sur je dirais des restitutions de projets, il se peut que des fois j'y sois présent sur des questions dites particulières soit à l'initiative de la famille soit à l'initiative d'un éducateur. Après ça peut être des rencontres un peu sporadiques sur des points particuliers. Je les rencontre des fois aussi par délégation avec la directrice sur le conseil de la vie sociale c'est encore une autre instance qui n'a rien à voir avec le protocole d'admission et qui fait parti de... voilà un peu ces 3 exemples j'en oublie peut être d'autres et qui en tout cas dans le pan de ma fonction, après bien sur j'ai plein d'autres pendants de la fonction où effectivement moi j'ai tout un travail de délégation avec je dirais l'IME et son inscription dans l'environnement. C'est-à-dire qu'effectivement toutes les questions afférentes à des conventions, à des partenariats en tout cas à des actions qui participent d'une inscription dans l'environnement, je vais être bien sur un peu la personne référente en tant que directeur adjoint. Alors je vais essayer de donner des exemples rapides et concrets pour que ce soit précis pour vous, les contacts avec l'éducation nationale, les contacts avec le champ sanitaire, les contacts avec les milieux associatifs ou effectivement ma délégation est de m'assurer que l'IME n'est pas une organisation à huis clos, qu'elle est aussi inscrite sur un territoire et que sur ce territoire pour des projets, que ce soit des projets de scolarisation, qui des projets qui sont sur des dimensions de soins, que ce soit sur des projets qui ont une dimension culturelle, en tout cas voilà m'assurer de cette veille que ce ne soit pas un établissement qui soit dans une logique de huis clos et non ouvert sur l'extérieur. J'exagère un peu quand je dis à huis clos pour montrer aussi que pas mal d'IME quand on regarde un petit peu l'histoire de l'institut médico-éducatif, pour la plupart ils sont en milieu rural et que du coup peut être cette spécificité géographique fait que des fois ce n'est pas si simple à construire des partenariats. Ça c'est un pan de mon travail. Un autre pan de mon travail, c'est tout le suivi des budgets qui sont afférents à l'organisation et puis une spécificité pour moi ici, je m'occupe, on a quand même 84 enfants quasiment 70 salariés et moi j'ai une fonction d'accompagnement sur notre unité TED puisque nous avons un agrément pour ça. Je vais suivre les équipes sur cette unité là et plus particulièrement tout le service médical et para médical. Ben là c'est un petit peu le quotidien, j'anime des comités médicaux et para médicaux, c'est d'avoir le suivi un petit peu de soins des enfants dans l'organisation. Voilà un petit peu en gros...

Du coup ça va permettre de vous poser l'autre question : c'est de me parler de votre structure, combien d'enfants vous accueillez, l'agrément, les groupes comment ils sont constitués et éventuellement si vous avez une section IMPRO ? En terme de personnel aussi et para-médicaux ?

Nous avons précédemment un agrément de 96 enfants âgés au départ de 6 à 16 ans avec effectivement une organisation de groupe où il y avait effectivement 5 groupes en internat et 2 autres groupes qui fonctionnaient sur une activité de 9h à 17heures. En 2009, ça a été une année assez charnière pour l'organisation en ce sens où dans le cadre d'un programme régional qu'on appelle PRIAC nous avons effectivement vu avec notre autorité de tarification enfin que notre agrément puisse être revu parce qu'effectivement nous accueillons de plus en plus des enfants présentant un trouble envahissant du développement et pour le dire plus précisément des enfants présentant un trouble du spectre autistique et pour lequel effectivement nous avons revu notre agrément, nous sommes passées de 96 à 84 et tout en gardant le même plateau technique puisqu'il s'avérait effectivement les prises en charge s'avéraient de plus en plus complexes, en tout cas de plus en plus lourdes et qu'effectivement les ratios d'encadrement, il fallait aussi les ajuster en fonction de l'accompagnement de proximité et des besoins des enfants. Donc dans cette organisation nous avons en fait 2 pôles d'activité: un pôle d'activité qui reçoit donc des enfants déficients intellectuels et un pôle d'activité où effectivement nous recevons des enfants comme je vous l'ai précisé pour le dire rapidement présentant un TED. L'agrément en internat est de 30 places et effectivement le restant pour des...

Mixtes ?

Oui 30 places mixtes et donc dans cet agrément de 30 places nous avons aussi un accueil en internat, en externat, en internat séquentiel. Alors pas simple puisque que dans l'histoire de l'institution il y a toujours eu demande de prise en charge de l'internat de l'externat mais on s'apercevait aussi que sur des enfants très très jeunes et pour être aussi en prise avec la loi de janvier 2002, essayer d'individualiser au mieux c'était aussi essayer de mettre en place une palette je dirais de prestations de services la plus diversifiée et en tout cas la plus en prise avec les besoins à la fois des enfants mais aussi des familles. Donc actuellement je vous le redis deux pôles d'activité: un pôle TED, un pôle déficient intellectuel et effectivement je vous donnais comme ça l'agrément de 12 places mais dans la réalité des TED nous en avons beaucoup plus; nous avons actuellement 21 enfants qui présentent un TED pour un agrément de 12. Avec je le précise, ça me paraît important tous ces enfants-là qui présentent un TED ne requièrent pas le même accompagnement. Il y a des enfants pour lequel les processus de socialisation, d'adaptation ne nécessitent pas un accompagnement 1 pour 2 et dans ces unités et notamment 2 unités où effectivement là on a je dirais non pas autant d'enfants que d'adultes mais il peut y avoir des temps forts institutionnels ou on est sur du

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

un pour un.

Pour cette unité aussi TED et pour répondre aussi aux familles qui avaient besoin de moments de répit nous avons développé un internat séquentiel ce qui permet aussi à des familles soit sur des moments ponctuels soit des fois sur des temps de prise en charge beaucoup plus longs de pouvoir entrevoir une nuit deux nuits voire trois nuits d'internat.

C'est un internat de semaine ?

C'est un internat de semaine l'activité finit le vendredi soir et nous sommes ouverts 204 jours dans l'année et effectivement le vendredi soir à 15h30 15h45 l'activité se clôture.

C'est du 9h-16h tous les jours ?

Oui pour l'externat et puis les enfants rentrent le lundi matin à 9h moins le quart pour les internes parce qu'on a aussi des enfants qui sont toute la semaine en internat puisque c'est bien de voir un peu les écarts qu'il peut y avoir entre un agrément et puis après l'hétérogénéité des publics hein; c'est qu'on a aussi des enfants en internat qui à la fois orientés par la MDPH mais on a aussi pas mal et je dirais de plus en plus de situations d'enfants aussi qui ont un suivi au niveau de la protection de l'enfance. C'est-à-dire qu'il y a aussi je dirais ce maillage et cette articulation à faire avec des enfants qui effectivement sont pris en charge au titre de la protection de l'enfance et à la fois qui combinent je dirais une prise en charge en IME. Voilà ça c'est des situations, on le revoit surtout dans la configuration de l'internat des 30, on a quand même, on voit bien que du coup, la protection de l'enfance c'est compliqué de les prendre en charge dans des MECS, il y a une question du handicap et du coup il y a des enfants qui sont à la fois au carrefour de ces deux prises en charge, même des fois des 3 prises en charge, une prise en charge en soin parce que des situations de plus en plus complexes, des situations au niveau de la protection de l'enfance et une situation en IME et je dirais qu'au carrefour de ces trois prises en charge...

La première notification c'était l'IME ?

Ça a toujours été l'IME sauf que par exemple on peut avoir par exemple des enfants qui dans leur profil psycho pathologique à 13 ans 14 ans, du coup l'évolution qui a peut être pas été favorable et du coup ça requiert du soin, du soin qu'on a pas forcément ici en IME, des enfants qui étaient pris en charge en IME et d'autres pour lesquelles je pense à quelques situations, la question du soin pouvait se poser, en tout cas du soin avec le concours d'une structure hospitalière puisqu'effectivement je me permets de faire un lien avec la question précédente, c'est qu'effectivement nous ~~avons-nous~~ avons un conventionnement depuis 2 ans avec l'inter secteur en pédo psy sur le territoire d'Arles, quand je dis inter secteur pédo psy effectivement il y a depuis 2 ans un hôpital de jour qui s'est ouvert mais aussi que ce soit le CMP, le CMPP et du coup il nous arrive d'avoir aussi des enfants en temps partagé c'est-à-dire que des enfants peuvent combiner à la fois une prise en charge de jour à l'hôpital de jour et de jour en IME.

La prise en charge en hôpital de jour n'est pas limitée jusqu'à 12 ans ?

Alors ça dépend, ça dépend un peu des agréments mais effectivement et vous faites bien de le préciser cet hôpital de jour sur Arles ils ont un agrément jusqu'à 12 ans, d'autres hôpitaux de jour peuvent aller plus loin; la problématique des fois qu'on va rencontrer c'est effectivement quand il y a des besoins en soins ou en tout cas une articulation avec le champ sanitaire au-delà des 12 ans et on a eu quelques cas en IME où du coup-là on travaille avec le CHU de Nîmes ou en tout cas une unité d'hospitalisation d'adolescent, une à Saint Victoret ou il a pu arriver des fois que le médecin pédopsychiatre ici travaille avec un confrère parce qu'il ya besoin soit d'une hospitalisation soit d'essayer de voir la mise en place d'un traitement qui ne pouvait s'opérer en IME et du coup a nécessité un temps en hospitalisation mais et c'est vrai que la difficulté advient ou en tout cas est plus compliqué sur le territoire sur des prises en charge d'ados et c'est vrai que la particularité de notre territoire, c'est important aussi de le voir, c'est que nous sommes je dirais limitrophes entre le Gard et le Vaucluse, des fois on peut le voir comme une opportunité ou comme un frein mais après se pose la question de la sectorisation des hospitalisation.

Au niveau du personnel, alors il y a le personnel éducatif, en para médical et médical, vous avez quel type de personnel ?

Voilà donc ici nous avons en éducatif essentiellement des éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs on doit avoir très peu, je crois 3 AMP, un médecin pédopsychiatre, deux psychologues, une clinicienne une psycho du développement, une psychomotricienne, une orthophoniste, un éducateur sportif, tout ce qui est activités sportives, EPS, nous avons la chance d'avoir une piscine sur place donc nous avons un maître-nageur qui est là pour nous l'établissement à 0.75 et pour l'association à 0.25, c'est-à-dire qu'effectivement ce que je n'ai pas dit en introduction c'est que l'association des Abeilles a un IME ici, un sur Arles qui va jusqu'à l'âge de 20 ans d'accord et un ESAT, un SESSAD et un FAM, donc sur le territoire arlésien effectivement il y a cet organisme gestionnaire qui a plusieurs établissements.

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

C'est l'association les Abeilles ?

Les Abeilles, on a l'institut médico-éducatif Les Abeilles à Fontvieille sur du 3 à 16 ans, l'IMPRO sur du 12 à 20 ans et effectivement nous avons après un ESAT, un SESSAD et un FAM. Pour le personnel je pense avoir fait le tour. Il y a quand même ce que je ne vous ai pas dit c'est qu'il y a 2 infirmières et une aide-soignante ce qui est pas mal pour notre plateau technique.

Et l'éducation nationale, vous avez, tout à l'heure vous parliez d'école ?

Alors du coup euh, l'EN si vous voulez on a nous je dirais depuis là cette année innover sur 3 projets. Parce qu'effectivement d'une part on a eu jusqu'à présent un instituteur qui est parti à la retraite, c'était un instituteur qui avait un contrat simple que nous même embauchions même si cet instituteur était payé par l'EN mais du coup c'est nous même qui avons embauché en contrat simple cet instituteur et quand cet instituteur est parti, nous avons externalisé notre classe EN au village de F à l'école Y. A où effectivement nous avons une institutrice maintenant et un ES qui accueillent 8 enfants dans cette classe. D'accord, donc en fait, ça c'est l'un des premiers projets depuis septembre; un second projet on a tout un partenariat sur une CLIS TED, qui est un partenariat EN, hôpital de jour, IME où effectivement nous avons ici une éducatrice qui intervient 2 fois par semaine à la CLIS TED de Pont de Crau, un éducateur de l'hôpital de jour qui intervient dans cette CLIS et une institutrice avec des AVS, en fait c'était une CLIS qui a été fermée à Port Saint Louis et qui vient de s'ouvrir cette année à Pont De Crau, on est toujours sur un bassin..

Pont de Crau c'est à coté ?

Pont de Crau c'est tout proche d'Arles, je ne sais pas si vous connaissez la région, ce n'est pas tout à fait dans Pont de Crau mais quand vous sortez d'Arles, vous avez une école à Pont de Crau où effectivement l'inspecteur a souhaité que l'on fasse un partenariat tripartite et qui en fait concoure un peu à venir étayer ces prises en charge parce que par expérience souvent les CLIS TED vous avez beau avoir des instituteurs qui sont diplômés en CAPA SAIS option D qui ont la motivation mais du coup là ce qui est intéressant c'est que là on a l'expertise d'un éducateur qui travaille en hôpital de jour, qu'on a l'expertise d'une éducatrice qui travaille en IME et que du coup euh

Il y a un AVS aussi

Oui les AVS sont là aussi du coup il y a un plateau technique qui est relativement conséquent et qui permet en fait voilà de travailler dans un dispositif de droit commun qui est l'école.

Un 3ème dispositif qui est, un 3ème projet qui toujours s'opère avec l'EN conduit opérationnellement par une EJE et qui intervient dans des écoles maternelles. C'est-à-dire que notre agrément ici quand je vous ai parlé de 3-16 ans, vous n'êtes pas sans savoir qu'à cet âge-là c'est quand même à la fois compliqué pour les médecins pour poser un diagnostic mais aussi pour les parents d'imaginer une structure lambda de type IME et puis bon on sait très bien aujourd'hui les politiques publiques incitent de plus en plus à l'école inclusive et puis du coup ça ...

C'est plutôt rare des IME qui commencent à 3 ans aussi ?

Alors il y en a quelques-uns en France, c'est vrai que c'est plutôt rare, mais parce que plus tôt il y a tous les dispositifs classique mais là ce qui est intéressant du coup nous avons fait un travail très intéressant avec à la fois avec l'ARS avec la MDPH avec la PMI avec les référents de scolarité où là on a identifié sur le territoire des besoins et lesquels besoins si vous voulez ce sont des enfants notifiés par la MDPH avec une intervention de l'EJE dans une école. C'est à dire que finalement l'enfant est notifié à l'IME et son accompagnement s'opère à l'extérieur, c'est-à-dire qu'il s'opère au sein même de la classe maternelle. Nous avons eu je dirais la motivation, parce que l'idée était là, de 2 directrices d'école qui étaient sensibles à ces questions-là. Et effectivement nous avons cette EJE qui intervient au sein de cette école mais les enfants peuvent à la fois être pris par le CAMSP, à la fois il y a des AVS mais c'est aujourd'hui compliqué des notifications à 8h, à 10h, donc là on a l'opportunité d'avoir une EJE et ce qui est intéressant c'est d'avoir l'expertise de l'EJE qui est mis au service du projet mais aussi à la fois de l'institutrice et de l'AVS. A la fois l'enfant est pris en charge au sein de la classe où la je dirais c'est toute la partie pédagogique qui incombe à l'institutrice mais à la fois l'EJE peut se retirer dans un espace de travail en individuel avec l'enfant pour pouvoir délivrer son accompagnement.

Donc ça ce sont trois projets qui sont nouveaux à l'IME.

Est-ce que dans ce projet la psychomotricienne, l'orthophoniste, interviennent ?

Pour l'instant non car c'est un petit peu compliqué parce qu'il y a déjà des soins qui sont mis en place soit au niveau libéral soit au niveau d'un CAMSP ou d'un hôpital de jour. C'est des questions que l'on va voir, c'est tout nouveau, comment elles vont se dérouler ici parce que dès lors qu'un enfant est pris en charge en IME, vous le savez très bien c'est un accompagnement éducatif, pédagogique et

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

thérapeutique; alors on va voir comment effectivement cette activité prend forme, comment elle va se développer mais on le voit là par exemple sur le premier projet dont je vous ai parlé, qui est donc la classe délocalisée, effectivement il y a le concours de l'orthophoniste, de la psychomotricienne qui viennent en appui. Là pour l'instant sur les classes maternelles il y a tout une prise en charge en ambulatoire donc c'est...

Vous m'avez dit que ce projet, il a démarré quand ?

En septembre, ces 3 projets ont démarré en septembre, ces 3 projets qui participent de l'ouverture sur l'environnement, qui participent aussi de tout ce que les politiques publiques préconisent que ce soit la loi 2002, la loi HPST, la loi 2005... voilà et qui en fait permettent d'avoir une palette de prise en charge pour l'IME et d'être le plus en adéquation avec les besoins parce que des fois on a des enfants qui sont ...on a un public relativement hétérogène en IME; c'est à la fois riche et à la fois il y a de grandes limites en terme de cohabitation, donc du coup c'est vrai il y a un peu une vague, une vague à la mode, je ne pense pas que ce soit une vague à la mode où effectivement c'est se dire comment finalement les IME vont de plus en plus s'ouvrir sur la cité, comment ils vont de plus en plus coopérer avec l'EN, avec le champ sanitaire et comment effectivement on est aussi sur des logiques de parcours, dans ces parcours-là comment on lève un peu des obstacles je dirais administrative, pédagogiques parce que quand on regarde un petit peu l'histoire des IME, ils se sont construits quand même indépendamment du champ sanitaire, du champ de l'EN et aujourd'hui on a des politiques publiques qui demandent de la porosité avec ces champs là et comment effectivement peu ou prou on peut développer des projets qui participent de ça.

Dans ces 3 projets les familles ont été associées à l'élaboration de ces projets ?

Alors elles ont déjà été associées nécessairement au CVS parce qu'au CVS les familles sont là pour questionner l'organisation, l'évolution des prestations, d'accord, dans cette instance elles ont été associées

Il y a eu une demande des familles ?

Pas nécessairement une demande directe des familles. Non je peux pas aujourd'hui le restituer comme ça. Il y a eu nous une volonté après naissance de se dire mince on s'appelle souvent quand on a une difficulté; souvent dans les organisations on s'appelle parce qu'on a une difficulté, on a quelque chose à partager sauf que quand on le fait uniquement dans la précipitation ou dans la crise, c'est pas forcément le moment le plus opérant, le plus fécond, le plus opportun et donc on a eu avec la directrice cette volonté de se mettre autour d'une table de se dire on a quand même un diagnostic a posé sur un territoire et faisons-le avec l'EN, il se trouve qu'on a un inspecteur qui est aussi dans cette dynamique-là, un médecin d'un hôpital de jour et de se dire mais mince on s'appelle souvent quand on cherche une place mais est-ce qu'on connaît le mode opératoire de fonctionnement, on a des cultures différentes; donc on s'est mis vraiment autour d'une table pour mieux se connaître, mieux identifier les problématiques rencontrées sur le territoire qu'elles soient sur le champ de la santé, de ...voir un petit peu les ruptures de parcours des enfants, comment effectivement les organisations se sont mis en tension, comment elles ont participé d'un accompagnement des familles et puis du coup des idées ont émergées. C'est des projets qui sont peut être vus comme ça dans un premier temps embryonnaire dans ce sens qu'ils émergent, on n'a pas assez de recul pour voir un petit peu comment dans le temps ils vont effectivement être en prise avec notre projet écrit parce que on a élaboré des projets, on les a écrits, on va bien voir les distorsions entre ce qu'on a imaginé et ce qu'on va vivre. En tous cas ces projets pour en revenir à votre question ont été discutés en CVS, mais ils n'ont pas, comment dirais-je, ils ne sont pas forcément au départ le constat ou une demande particulière des familles; même si l'on voit à travers les prises en charge des enfants, une demande des familles à l'extérieur, de plus en plus à ce que les enfants restent dans les dispositifs de droit commun, parce qu'effectivement les politiques...

Parce qu'il y a une connaissance des droits, des droits des enfants, de leurs droits ...

Bien sûr, bien sûr. Alors avec toutes les limites aussi parce qu'on accueille en IME, vous n'êtes pas sans le savoir, des enfants de plus en plus tardivement, et des fois nous accueillons des enfants aussi de plus en plus cassés, j'ai envie de dire.

C'est une question que je voulais aussi vous poser

Oui voilà, c'est à dire c'est très bien que les politiques en France puissent en tout cas participer à ce que dans un projet d'un enfant et d'une famille, dès lors que c'est possible et dès lors que ça présente un intérêt que l'enfant puisse rester, j'ai envie de dire, dans son environnement. Sauf que nous recevons de plus en plus des enfants qui arrivent tardivement et des fois on se dit, il y a eu probablement des retentissements, c'est-à-dire que des fois on a des familles ont cette volonté que l'enfant reste jusqu'à 12 ans en CLIS, mais on a vu e ô combien peut être qu'il y a eu des retentissements au nom de l'inclusion, c'est-à-dire très bien, des enfants qui n'ont pas eu de troubles de comportement, au départ c'est ceux qu'on reçoit, du coup ces les troubles du comportement qui sont au premier temps et c'est

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement :Les IME en (-) quête de réorganisation

l'institution scolaire qui ne peut plus gérer ça, donc on fait appel à l'éducation spécialisée, des fois des enfants qui n'ont pas posé nécessairement des troubles du comportement mais qui du fait, étaient certes à l'école mais qui ont vécu aussi une situation d'exclusion. Ça paraît un paradoxe mais du coup parce qu'effectivement ce que les adultes ont escompté, je ne suis pas certain que ça a été très fécond pour l'enfant. Voilà, après chaque situation requiert une analyse, un traitement particulier, je ne veux pas généraliser, mais en tout cas pour moi aujourd'hui...

Pour vous dans le public accueilli, vous remarquez qu'il y a...

Je remarque qu'il y a des situations pour lesquelles, je ne suis pas certain que ce que les parents ont escompté, à savoir de garder un maximum dans l'institution scolaire, a été le plus profitable pour l'enfant. On a vu arriver des enfants dans des états de stress par rapport à des exigences de l'école, par rapport à des apprentissages, par rapport à ce que des parents pouvaient attendre et quand on les a reçus ici, il a fallu un moment pour que ces enfants reprennent confiance en eux, de pas renouveler ces exigences scolaires, travailler davantage sur de l'accompagnement relationnel, une mise en confiance, des activités d'expression pour pouvoir éventuellement après rebondir sur des activités un peu plus cognitives. Mais il y a quelques situations ici d'enfant où on a pu à un moment donné en équipe, entre les médecins, les psychologues, se poser les questions.

Tout à l'heure vous m'avez un petit peu présenté la structure, votre association, ici ça s'arrête à 16 ans et l'IMPRO est à Arles, c'est de 12 ans à 20 ans. Une de mes questions portait sur l'IMPRO mais bon je pense ne pas vous la poser, donc c'est des orientations que vous faites après ?

Tout ce qui concerne le professionnel, le préprofessionnel ?

Le préprofessionnel, la plupart des enfants qui peuvent être admis en IMPRO. Bon il y a quelques situations mais elles sont plutôt atypiques et le pourcentage n'est pas nombreux d'enfants qui sont arrivés ici, je vais donner un exemple pour illustrer ce que je viens de dire précédemment où il a fallu vraiment qu'il y ait tout un étayage d'accompagnement psycho affectif, des enfants qu'on pu rebondir sur des apprentissages, j'ai en souvenir 1 ou 2 situations. Ce sont des enfants maintenant qui sont dans un dispositif ULIS, qui non pas été orientés directement en IMPRO, ils sont rentrés sur un dispositif ULIS, sachant qu'aussi que dans un dispositif ULIS vous avez après, des enfants, des pré adolescents c'est plus des enfants qui peuvent à nouveau être orientés en IMPRO, donc voilà, mais la plupart des enfants sont... sachant qu'on a de plus en plus nous d'enfants je vous le dis dans la dimension du soin et de plus en plus importante, nos collègues à Arles on aussi un agrément TED, mais eux on une autre difficulté c'est que du coup ils doivent garder les adultes au titre de l'amendement Creton et que du coup il y a aussi, voilà ils ne peuvent pas tout le temps accueillir les pré-adolescents avec des troubles sévères qui devraient aller en IMPRO puisque leur section TED est pleine et que du coup ils gardent les adultes à 21 ans, 22, 23 ans au titre de l'amendement Creton.

D'accord

Je sais pas si j'ai répondu à votre question sur les IMPRO

Si, mes questions allaient tourner autour du fait de savoir si vous aviez des ateliers pré-pro en interne mais comme vous vous n'êtes pas sur ce versant-là, les questions je vais pas vous les poser

Sauf que peut être ce que je ne précise pas, maintenant... parce que des fois quand on est un peu sur le quotidien, on n'est pas sur ça mais on a néanmoins ici 2 éducateurs techniques, puisqu'en fait il y a une éducatrice qui développe un peu toutes les activités autour de la lingerie, autour de la couture et autres et un éducateur qui fait des activités autour du bois. Alors c'est vrai qu'on a pas l'habitude de voir ça en IME avec un agrément 3-16 ans sauf que quand même l'idée c'est de se dire que selon les pyramides des âges, selon les projets, ces sensibilisations à ces activités qui sont préconisées pour aussi voir un petit peu dans les profils comment les enfants quand ils sont orientés en IMPRO, ils aient pu déjà avoir quelques appétences, compétences dans des savoirs faire, voilà un petit peu.

Vous faites des orientations à 16 ans, à partir de 16 ans... à la fin de leur suivi ?

On commence les orientations bien en amont c'est-à-dire avant 16 ans, 13-14 ans on commence déjà à se mettre dans une perspective avec les familles d'orientation puisque la difficulté c'est que les demandes sont plus importantes que l'offre et du coup même à partir de cet âge-là, même avant on doit essayer selon les projets bien entendu de voir comment les régimes de prise en charge peuvent évoluer. Je m'explique, des fois des parents ne souhaitent pas ou que dans le projet que les enfants aient de l'internat, puis souvent on dit aux familles on va travailler une orientation mais on regarde sur le territoire quel type d'établissement, sur le territoire voisin, mais du coup

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

les parents aussi peuvent rencontrer des problématiques avec leurs enfants qui sont devenus des adolescents et pour lequel ils se posent quand même la question du devenir, ils sont pas éternels et du coup comment on peut travailler aussi un peu ici de l'internat parce que peut être qu'on aura des places ailleurs mais que sur de l'internat, ailleurs ils ne développent pas pour autant de l'internat séquentiel et que du coup les parents ont besoin aussi de faire un petit peu cette épreuve, de se dire, certes on n'a pas sur le territoire arlésien de la place et si on a une place dans un établissement qui n'assure pas un transport journalier, comment du coup du jour au lendemain la famille et l'adolescent vont s'adapter à de l'internat. Il y a ce travail-là. Moi quand je reçois des familles, c'était votre première question, j'aborde toutes ces questions. Même si au départ, j'ai des parents qui peuvent être très frileux rien que le mot internat, du coup mon travail et celui des éducateurs c'est de se dire, on vous présente ces modalités, peut-être qu'elles n'advieront pas pour vous dans le projet, mais elles existent et on voit dans certains parcours comment ça peut faire chemin de quelque chose qu'on a pas imaginé, de quelque chose qui peut être envisageable même des fois sur de situations d'enfants de 7-8 ans ou des fois aussi sur des situations de stress, de situations d'accompagnement, des situations où les familles sont un peu en difficulté pour pas dire avec des retentissements forts sur des prises en charge pas simples, comment elles peuvent faire chemin, comment l'institution va s'adapter et va pouvoir déployer tout ça.

Tout à l'heure vous parliez du fait que parfois certains jeunes sont orientés à partir de 12ans, à la fin de la CLIS, vous avez beaucoup d'orientations à partir de cet âge-là ou beaucoup plus d'entrées quand ils sont plus jeunes ?

Non, alors là je n'ai pas les données mais souvent quand on fait nos rapports d'activité à peu près on doit avoir 10-11 entrées on essaie de voir un petit peu la pyramide des âges. Quand je dis ils arrivent tardivement, je n'ai pas en tête les statistiques mais on voit arriver pas mal d'enfants à 11-12 ans. Bon après nos statistiques sont corrigées par des situations qui, là dans les dernières admissions d'enfants de 6 ans 7 ans ça baisse un petit peu la moyenne mais il y a quand même, on peut le comprendre cet effet de la loi de 2005 où effectivement, je généralise pas les situations mais la plupart du temps c'est jusqu'à 10 ans 11ans 12 ans et peut être que des fois c'est peut-être des fois nécessaire pour des parents parce que l'enfant serait lui tout à fait prêt mais du coup on a des parents qui vont, c'est compliqué du coup on quitte la CLIS pour un IME, il y a des représentations, des fois pas forcément les meilleures

Parfois ils ne connaissent pas les termes
Ouaie et puis du coup ça peut les effrayer

Il y a aussi le fait que pour aller en CLIS il y a une notification MDPH, parfois les parents je ne suis pas sûre qu'ils lisent exactement ce que veut dire ce sigle, le H de handicap bien que ce soit marqué ne fait pas référence en CLIS alors qu'en IME oui

Oui mais ça reste dans l'EN et même si c'est effectivement de l'éducation spécialisée, comme à l'inverse quand on dit on va faire un dossier MDPH parce que votre enfant va aller en ULIS, peut-être que du côté des parents c'est que finalement mon enfant retourne à l'école entre guillemets dite ordinaire, et même si cette école dite ordinaire pour l'enfant s'exerce dans le cadre d'une ULIS qui est un dispositif de l'éducation spécialisée mais c'est hors les murs, c'est pas dans un lieu peut être qui repère, qui peut être stigmatisant. Il va au collège, il est comme les autres et c'est question en fait de différence.

Vous me dites que vous avez commencé en 2000, vous avez vu l'évolution des publics, des jeunes qui arrivent plus tard au niveau dans les parcours également

Qui arrivent plus tard, et qui arrivent aussi avec des profils psycho-pathologiques plus sévères, il y a aussi des données me semble t'il explicatives, il y a aussi sur certains territoires l'absence d'hôpitaux de jour, il y a eu dans certains territoires des unités de pédo-psy puis on sait aussi qu'au niveau de la pédo-psy des fermetures, des regroupements. Il y a quand même un déplacement, certains enfants autrefois, regardez par exemple si on prend l'autisme, en 1996 et en 2005 que ça été considéré comme un handicap, précédemment c'était pris en charge par la psychiatrie, donc si vous voulez il y a aussi tout un déplacement qui s'est opéré de la prise en charge dans le champ du sanitaire qui est venu dans le champ du médico-social, donc les IME progressivement ont aussi, je dirais, accueilli de plus en plus un public qu'ils n'avaient pas autrefois. Aujourd'hui la différence intellectuelle légère il y en a beaucoup moins. Du coup ça a demandé des réadaptations, des réaménagements, pour certains, pour nous, pour des collègues ça a été plus compliqué, ça a été des changements d'agréments, des pratiques managériales qui changent nécessairement, un accompagnement au changement pour les équipes aussi nécessairement. Certains pouvaient avoir une traduction de dire ben le soin c'est pas ici c'est dans les hôpitaux et comment nous éducateurs on peut être participant à une dimension de soin et finalement qu'est-ce que recouvre cette dimension de soin. Donc voilà des mutations, des évolutions, des évolutions législatives avec ses répercussions, des évolutions aussi de référentiel de politiques publiques liées au champ du handicap, je dirais que de plus en plus on est sur un référentiel de citoyenneté, d'école inclusive donc du coup ça a repositionné les IME dans leur fonction première, rappelons qu'en 1975 il faut se remettre un peu dans cette configuration-là, dans le

champ du handicap c'était l'école dite ordinaire, construction du champ spécialisé, du coup ces enfants sont mis et orientés en...et en 1975 le législateur fait tout en sorte en tout cas une configuration de l'IME où tout est entrevu et perçu à l'intérieur.

On parle plus de participation et non plus de protection, c'est plus volontaire

Oui 2005, c'est pas simplement que le dispositif de droit commun, sur la question de la participation, comment en fait on imagine, on tisse des liens avec l'environnement pour que cette participation...enfin, il faut aussi se mettre en tête dans les représentations sociales, les IME, des institutions, des organisations, j'exagère je le redis d'un fonctionnement un petit peu autarcique, un petit peu humm, parce que du coup la société civile en terme de représentation du handicap n'est pas tout à fait prête à accueillir, à parler d'accessibilité, de citoyenneté, c'est en ce sens que je dis qu'il y a aussi des changements de représentations, de référentiels qui du coup modifie le paysage des IME qui sont du coup au carrefour de plusieurs chemins. Vous avez une évolution des politiques publiques, des changements de référentiels, une évolution des publics, une inscription dans l'environnement que les politiques publiques demandent de plus en plus active. Du coup c'est quand même pas mal de changements, ces changements-là c'est comment chacun sur son territoire se repositionne, se connecte ou se reconnecte avec son bassin. Quand je dis le bassin, je reviens pour les tout-petits, je pense à l'EN, je pense au champ sanitaire, avec...

L'institution en général ?

Oui l'institution et puis l'institution au sens, parce que c'est vrai que, je ne sais pas si dans votre questionnaire vous êtes dans cette question de recommandation sur la désinstitutionalisation.

C'était ma dernière question !

En fait on y arrive, c'est de se dire comment, alors sur cette question de désinstitutionalisation je pense qu'on a tous un peu des regards ou des compréhensions un peu divergentes. Je m'explique, je pense qu'on ne peut pas parler de désinstitutionalisation sans pouvoir opérer un petit peu un contexte mondial et européen. C'est se dire déjà nous franco-français qu'est-ce que ça recouvre pour nous ces questions-là, par rapport à des pays par exemple comme la Norvège, la Finlande ou comme les pays d'Europe centrale où il a toujours été jusqu'à dernièrement des institutions mais au sens asilaire hein! Comme Goffman l'écrivait c'est-à-dire des institutions avec 600, 700 personnes ; des institutions où tout est conçu à l'intérieur, un peu des institutions je dirais "totalitaires", où effectivement tout à l'heure on parlait de citoyenneté, où la question des libertés individuelles, on peut se poser ces questions- là.

La question de la personne ?

La question de la personne, la question du sujet, ça peut être très effrayant, il y a quand même des représentations autour de ça qui sont encore plus anciennes.

Donc aujourd'hui on a cette recommandation de 2010, qui quand même en toile de fond nous dit que finalement, je le fais rapidement j'ai plus le numéro de l'article, que finalement le législateur est inquiet sur les conditions d'exercice de la citoyenneté, de la participation d'un enfant dès lors qu'il est mis en institution.

Et d'accueil

Et d'accueil, voyez, je suis pas sur que pour nous voilà...

Mais, il y a quand même marqué en contrepoint que c'est en fonction de ce qui est le mieux pour l'enfant

Bien sur

Donc c'est un peu à ?

Alors il y a ça, j'en conviens, je l'admets, ça c'est ce qui est écrit. Après, je pense qu'il y a un mouvement qui participe d'un mouvement libéral. Ce n'est pas écrit mais c'est aussi une tendance parce que pour moi la question de la désinstitutionalisation ce n'est pas uniquement en 2010. On a plein d'autres indicateurs qui nous laissent en tout cas imaginer, qui nous laisse en tout cas comprendre que ce processus de désinstitutionalisation est bien en amont. Je dirais tous les SIAD, les SESSAD, les SAVS sont autant d'organisations qui participent d'un mouvement de désinstitutionalisation.

Ils parlent de services de proximité

Voilà, c'est-à-dire qu'on est dans d'autres logiques, dans d'autres formes d'organisations. C'est pourquoi je ne suis pas convaincu que

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

quand on parle d'institution mais les institutions pour moi ne se réduisent pas à des murs. On peut dire, l'organisation comment elle se déploie, l'institution ici se sont des hommes, des femmes, des projets mais elle se limite pas à dans cette enceinte, au périmètre que vous venez de voir. Puisque je vous parle aussi de projets à l'extérieur, qui sont des projets institutionnels. Du coup même dans la recommandation il faut se remettre dans ...il y a un conseil, on est dans une Europe, vous imaginez que parler de ces questions en France, en Italie, en Finlande ou en Europe d l'Est ne va pas recouvrir euh...

Tout à fait on n'a pas la même notion de l'établissement aussi

Voilà, je pense que par exemple il est très important de pouvoir distinguer institution, établissement, organisation

Et les soins qui sont faits au sein de ces établissements, institutions...

Voilà, donc du coup je ne suis pas certain que la représentation, l'histoire et la culture, en Norvège, en Finlande, en Roumanie, en France et pourtant cette recommandation-là, va revêtir le même sens, la même forme de traduction.

Voilà, donc effectivement pour en revenir à, je ne perds pas le fil de ma pensée, on a des législateurs, des personnes qui se soucient des questions de liberté, des questions de citoyenneté, dès lors que l'on se pose la question de l'institution et même si effectivement vous le dites, il y a dès lors que le projet y participe, il y a un besoin mais derrière je pense qu'aussi, que derrière tout ça il y a des mouvements qui s'opèrent. Bon il y a déjà un lobbying très important sur la question de la désinstitutionalisation, il y a un lobbying très important sur les politiques inclusives qui sont là de fait. Je ne suis pas en train de dire que c'est bien ou pas bien. Ils sont là, ils sont présents. On a des référentiels qui sont là, qui sont présents, on a des politiques publiques qui sont là et qui sont présentes. Après je me pose la question des limites de ces modèles-là. Je pense que l'institution a toute raison d'être, je pense que les organisations des IME ont leur raison d'être dans le forme institut et encore aujourd'hui. Et que je ne pense pas que toutes les prises en charge en internat ici selon les projets voilà font défaut ou pourraient poser des questions de fond. Parce que cette recommandation, elle peut des fois mettre un clivage entre les institutions. Parce qu'il y a question de la maltraitance quand même qui est en toile de fond. Elle est là, elle est présente. Elle se questionne. Voilà un peu mon point de vue.

Voilà, c'était ma dernière question, sur cette recommandation.

Bon, j'espère ne pas vous avoir trop perdue

Discussion autour du sujet de la désinstitutionalisation, des interviews réalisées déjà, du mon sujet, des chantiers.

Evolutions des IME. Les publics ont changé, on est à un carrefour.

Sujet de M. L : j'ai pris le sujet différemment. Je pars du postulat qu'il y a des changements de paradigmes depuis la loi du 2 janvier 2002. J'ai travaillé toute une partie sur qu'est ce qu'est un paradigme et en fait j'ai travaillé sur les changements de paradigme. Sur le paradigme de l'élimination, de l'exclusion, du handicap; le paradigme de charité, de l'assistance; le paradigme de l'institutionnalisation et le paradigme du sujet de droit et j'ai essayé dans ma thèse professionnelle (c'est pas une thèse d'état, en master spécialisé). J'ai commencé à tricoter autour de ça. De ça j'ai essayé de relier avec des politiques publiques. Les changements, j'essaie de définir le paradigme, je suis allé tenter de le relier avec ce qu'on appelle en sociologie de l'action publique, les référentiels. D'essayer de voir comment un champ disciplinaire qui est tout ce qui est tout ce qui est de l'approche cognitive de l'action publique, en fait c'est les référentiels, qu'est-ce que le référentiel c'est toute la littérature de P. Mudler sur les référentiels. Toute cette première partie, j'essaie de la relier avec les lois de 1975, 2002, 2005, HPST et la recommandation de la désinstitutionalisation, pour après travailler sur une deuxième partie puisqu'on est à l'ère de la désinstitutionalisation qu'est ce qu'est une institution finalement quoi. Il y a un très bon livre, La fin des institutions de CHAMBRIER et PATURET. Après j'ai fait tout un truc sur institution, organisation, établissement, j'ai essayé de raccrocher un petit peu tout le champ de la désinstitutionalisation. En fait c'est très opéré outre atlantique, aux Etats-Unis, tout ce champ là, il y a eu un fort mouvement en Italie avec l'école de B. Les pays scandinaves aussi. Il y a eu un séminaire de l'actif sur ce sujet qui n'a pas été publié et du coup j'ai pu le récupérer. C'était des intervenants d'Italie, de Norvège, qui parlaient de ce qu'était la désinstitutionalisation. J'ai essayé de faire une petite sauce avec ça. Organisation-désinstitutionalisation-politique inclusive. Après je suis descendu en entonnoir, parce que c'est ça. Après j'ai pris appui sur l'IME et sur les projets dont je vous parlais tout à l'heure. Des projets qui participent un peu de ce mouvement-là. Une fois que j'ai fini tout ça je suis parti sur mes entretiens. Puisque j'avais posé moi en premier ma problématique à l'avance. Je suis allé chercher mes entretiens, allé interviewer M. Guitton (mon directeur de mémoire actuel).

Il me parle de Cage Business school à E.

Je suis allé l'interroger la question de la désinstitutionalisation, des IME et leur inscription sur leur environnement, j'ai vu aussi M. Pr, j'ai

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

vu M. B sur le territoire S. Sur le territoire on travaille en synergie.

Pour finir mon raisonnement, je fais un peu des digressions, une fois que j'ai fini tout ça, je suis allé faire mes enquêtes d'exploration, pour le master on doit poser à la fin des recommandations de travail.

Voilà comment j'ai déroulé le fil de mon cheminement. Mais après on peut le dérouler différemment. Après ce qui est intéressant c'est qu'il y a probablement des questions transversales sur l'évolution des secteurs. Donc forcément moi j'ai construit mon enquête sur 4 points ; un peu la perception des cadres des changements dans le secteur du médico-social depuis la loi de 2002-2, les changements significatifs ; un second plan qui est plus la question finalement des IME et de leur inscription sur leur environnement ; un troisième plan qui est plus finalement qu'est ce que recouvre pour les IME la question de la désinstitutionalisation et un 4ème plan qui est plutôt sur les pratiques managériales et finalement l'accompagnement au changement.

Ça c'est votre questionnaire ?

Ça c'est l'ossature de mon enquête.

Ce questionnaire vous le faites passer avant aux personnes que vous allez interroger ?

Non, du coup j'ai pas pris trop de retard je devais le faire passer au mois de juin puis bon on était en plein partiel, il y avait plein de choses à passer et j'étais super booké, j'ai envoyé mon questionnaire à Agathe Petit au début puis après j'ai dit je le fais pas passer à l'avance parce que ça met les gens un peu trop dans la réflexion donc les gens le découvre en entretien.

Il est pointu le questionnaire, ça demande de se poser et...

Ben j'ai pris un temps fou et j'ai tout fini il y a trois semaines, c'est 1h30 d'entretien et puis j'ai tout enregistré comme vous et je dactylographie tout comme vous, j'ai construit par thèmes, j'ai essayé de faire un truc, on verra je soutiens en janvier, c'est-à-dire qu'à la fois je viens en italique prendre des phrases d'entretien ou des moments d'entretien où je fais une analyse, par exemple sur la représentation des cadres c'est tout l'aspect, chapitre 1, la personnalisation de l'accompagnement et la dimension de l'usager et deux la dimension du soin. A partir de ça, je construis toute une analyse, je vais prendre des parties d'entretien que je mets à l'intérieur puis faire aussi du lien avec les références théoriques. Voilà comment j'ai construit moi mon cheminement de pensée. Au début quand j'ai construit ma question de recherche, j'étais aux antipodes : ce n'est pas parce qu'on a un agrément dans un IME qu'on a pour autant une expertise ? Voyez par exemple le public change, on a un agrément du TSA est ce que pour autant on a une expertise ? On est en formation, on tourne, on tourne autour et puis vous voyez cette question maintenant je la retrouve à la fin dans mes recommandations. Où je vais, qu'est ce que je cherche ? Puis du coup je me suis vraiment intéressé de se dire est-ce que c'est des effets de mode ? Je me suis dit il y a vraiment des changements de paradigmes, des changements d'interprétation du monde, des changements forcément de référentiels. On est bien beau, on est à des postes là, on est dans un IME, on nous parle d'inclusion, de désinstitutionalisation. Il y a des choses qui sont très normées par les politiques publiques. Et du coup l'analyse cognitive des politiques publiques nous aide à comprendre ça. Du coup moi j'ai fait tout un travail collectif avec des étudiants sur des cours de politiques publiques, chacun devait trouver un thème de politique publique. Nous, on a travaillé par exemple sur le plan autisme. En politique publique vous avez deux grilles différentes : la grille de Jumps, qui est un américain, qui vous permet un peu de comprendre comment les politiques, les enjeux, la mise sur agenda, comment ça se décline et après vous avez un autre courant qui est l'analyse cognitive des politiques publiques qui nous amène à comprendre comment finalement on construit des interprétations, des cadres d'interprétation. Et si vous voulez moi ça m'a fait ma jonction quand j'ai vu R G, sur mes paradigmes et sur ces référentiels. On tricote hein ? Après il fallait vraiment que je descende dans l'entonnoir et comment je les relie à mon cadre de travail. C'est-à-dire là, ben là je travaille à l'extérieur avec des représentants de l'EN, des gens du sanitaire, comment je relie ça avec des politiques publiques, comment je relie ça avec les mutations de l'IME, le carrefour des IME, les changements...voilà.

Ça vous éclaire, ça vous perd ?

Non, ça me perd pas mais ça me donne des axes de travail. Après vous êtes à un autre niveau.

Après voilà, vous ce qui est intéressant peut-être c'est de se dire, c'est toujours intéressant les entretiens, par exemple moi j'ai vu des gens différents, 2 directeurs adjoints et 1 directeur. Moi je suis sur une thèse d'état. J'aurais pu faire d'autres entretiens. J'ai vu par exemple R. Guitton, lui il a une pratique de formateur sur des questions de la désinstitutionalisation et tout ça, mais il a beaucoup moins une pratique de terrain. C'est intéressant du coup il va avoir un regard beaucoup plus aiguisé sur ça. Après j'ai vu un autre directeur B. P, qui a une longue pratique de directeur adjoint, mais qui a aussi été un peu dans la formation. Par exemple moi j'accompagne le master 1, les politiques publiques sur le Caferuis à Avignon. Du coup c'est toujours très enrichissant, le fait de conduire quelqu'un vous êtes aussi

dans une position d'apprenant. Ça c'est intéressant car vous avancez dans votre réflexion parce que si vous restez sur le quotidien, du coup on ne décolle pas. Je ne peux pas rester que sur de l'opérationnel. J'ai du mal à dégager des questions plus méta, plus hautes, se dire mais qu'est ce qui se passe dans ce décor que je regarde, pour mettre en lumière des questions. Après j'ai vu un directeur d'établissement qui venait du centre de la France, qui avait été embauché parce qu'effectivement il avait une grande expertise sur les publics TED et qui est très aussi branché formation. Les entretiens étaient riches car il n'y avait pas que le point de vue d'un directeur ou d'un directeur adjoint d'un point de vue opérationnel, ils avaient aussi une connaissance des politiques publiques. Ca rendait riche les entretiens et forcément de ma réflexion.

Un très bon ouvrage sur le séminaire qui avait eu lieu à Biarritz en 2013 sur l'avenir et le devenir des IME des cahiers de l'ACTIF. Il est riche cette ouvrage. Il y a des interventions de R. Lafore qui est professeur de droit public.

Les lois, je sais que c'est un peu le point faible de mon travail. Je sais que le travail est recevable je le développerai plus à l'oral. Le travail d'E. W. est très intéressant.

Discussion autour du DEIS, de la soutenance de mémoire et du prix de la formation, des journées de regroupement. Des personnes interviewées.

FIN

ENTRETIEN LA QUESTION DE RECHERCHE

Entretien, éducateur spécialisé, IME Avignon, 3 avril 2015

Durée : 51mn22

Pourrais-tu te présenter (âge, fonction, date de prise de fonction et les missions...)

R G, 57 ans, j'ai travaillé à l'Al. sur plusieurs groupes dont le groupe des plus grands (16-20 ans) et je me suis occupé pendant plusieurs années de l'orientation de ce groupe aussi bien en ESAT, au GRETA et F.O. Je suis éducateur spécialisé depuis 1988, donc ça fait 27 ans.

Tu as travaillé à plusieurs endroits ?

J'ai travaillé à Montpellier et je m'occupais d'insertion professionnelle de jeunes femmes handicapées en IME. Donc j'ai fait un mémoire professionnel sur les JF handicapées qui s'inséraient en milieu ordinaire ; notamment au niveau des hyper marchés sur Montpellier et des haltes garderies pour enfant.

En quelle année ?

En 1985 je crois.

Ta prise de fonction dans l'établissement actuel ?

J'ai commencé en 1988 parce qu'avant j'étais moniteur éducateur. J'ai fait une formation d'éducateur spécialisé de 1986 à 1988. J'étais à l'IPPMS exactement.

Peux-tu me parler de ta fonction, de tes missions, à savoir si tu es en lien avec l'extérieur dans ta fonction et si tu participes à des instances ou non...

Actuellement ?

Depuis que tu es là ?

Depuis que je suis là, quand je travaillais surtout sur le groupe des grands, on était beaucoup en contact avec des partenaires extérieurs notamment les ESAT. On a travaillé avec le GRETA, la Mission Locale, avec le service ISATIS qui était un service d'insertion professionnelle pour personnes handicapées après la sortie d'IME, donc beaucoup de partenaires extérieurs qui a permis notamment aux jeunes de pouvoir ou s'insérer ou en tous cas rentrer dans le monde du travail pour ensuite travailler en ESAT ou en entreprise adaptée.

Là tu me parles de milieu protégé, est-ce qu'un travail a été fait pour du milieu ordinaire ?

Oui ça a été fait notamment ISATIS, MDPH 84 il y avait un service qui permettait de justement préparer les dossiers pour que les gamins soient insérés dans le milieu ordinaire et il préparait le contrat de travail où justement l'Etat payait une partie de la rémunération.

C'était à partir de 2002 ?

A partir de 2002 suite aux lois d'insertion professionnelle en milieu ordinaire et on a placé notamment plusieurs jeunes, dont un jeune dans une entreprise adaptée à Châteaurenard dans le bois, un autre au lycée Saint Joseph en restauration et un autre en multi-services à Babou (magasin) en 1995/1996.

Donc toi tes missions étaient l'accompagnement au quotidien des jeunes et la partie orientation et sortie ?

Oui et insertion professionnelle.

Orientation et sortie ?

Sortie, voilà.

Trouves-tu que tes missions sont différentes depuis cela ?

Différentes, elles ont surtout étaient diversifiées dans la mesure où il y a eu des tentatives des pouvoirs publics de proposer des

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

alternatives à l'insertion professionnelle notamment à partir des Missions Locales. J'ai travaillé pendant 5 ans avec la Mission Locale de la rocade, il y avait non seulement des conseillers à l'orientation mais il y avait aussi des parrains qui étaient des chefs d'entreprise à la retraite qui assuraient le suivi de jeunes en IME qui étaient aidés par ces parrains pour aller en milieu ordinaire ou en entreprise adaptée ou faire des stages dans des administrations en milieu ordinaire. Ces personnes on les rencontrait à la Mission Locale et ici dans le cadre de réunions et le GRETA nous permettait de faire l'évaluation des compétences scolaires et la motivation des jeunes à faire tel ou tel métier.

Ce partenariat a-t-il continué, tes missions ont-elles évoluées etc. ?

C'est-à-dire que ça a changé au moment où il y a eu l'amélioration de la loi 2005-2007 où là on a vu apparaître les SAMSAH qui ont permis d'assurer le suivi à la sortie des jeunes, il y avait des référents éducatifs de l'équipe pluridisciplinaire qui assuraient le suivi de ces jeunes.

A la sortie de l'IME ?

Oui, ce sont des jeunes qui en sortant de l'IME avaient ou des solutions d'orientation en ESAT mais leur orientation n'avait pas abouti ou des jeunes qui étaient indécis dans leur choix d'orientation et ces services là les aidaient à leur sortie en les voyant de façon hebdomadaire de façon à les relancer sur le chemin du travail et voilà. C'est vrai que ça a amené un plus. Après, ce qu'on a voulu faire aussi au niveau de l'établissement on avait mis en place une réunion où il y avait un partage de métiers et de services, il y avait le SAMSAH, l'ESAT. On avait fait un forum des métiers (2007 ou 2008) dans l'établissement et on avait convié les familles et les jeunes à venir parler à ces professionnels pour préparer leur sortie. Parce que le problème qu'il y avait à l'époque c'était que les jeunes sortant d'IME, ayant envie de travailler mais ne sachant pas très bien quel travail ils allaient choisir, est-ce qu'ils allaient pouvoir après se débrouiller dans la vie pour leur quotidien et notamment leur vie sociale. Donc c'était un moyen d'être en contact avec le monde des adultes pour un peu se préparer à cette nouvelle vie pour eux.

Mais c'était préparé dans l'IME ?

C'était préparé dans l'IME mais à travers des chantiers, des stages mais il fallait aussi un plus c'est-à-dire que vraiment en plus ils savaient qu'il y a un vrai partenariat et faisant venir des ESAT, SAMSAH ici, ça a permis à un moment donné de booster les jeunes à préparer davantage leur projet et également aux familles de réaliser qu'il y aurait un départ prévu de l'IME, que l'IME allait à un moment donné s'arrêter.

Et ce partenariat, il a perduré, il perdure ?

Il a perduré au gré des changements d'équipe tant bien que mal. Parce que les partenariats, on s'est très bien que cela est lié à des personnes référentes. Quand on est référent et qu'on se connaît entre équipe, là il y a une confiance qui s'installe. Maintenant après, on l'a fait, c'est-à-dire essayer de transmettre son partenariat à quelqu'un de nouveau qui arrive ou à qui on passe le relais et ce n'est pas toujours très facile car on n'a pas toujours le temps de le faire. On change de groupe et les choses changent ?

Est-ce que cela peut venir d'un fonctionnement institutionnel qui ne permet pas ce passage ?

Oui, voilà. Ce n'est pas les professionnels, les professionnels proposent toujours de transmettre un certain nombre d'informations mais la structure en tous cas ne le formalise pas.

Comment cela pourrait être formalisé ?

Eh bien, ça pourrait être formalisé avec des réunions institutionnelles qui pourraient être prévues entre la direction, chef de service et les éducateurs des équipes pour transmettre un travail qui est effectué autour des partenaires et transmettre un certain savoir faire.

Et les liens que tu avais établi avec ces partenaires, pourrais-tu le poursuivre même si tu n'es pas dans le groupe ou alors étant sur un autre groupe tu n'a plus à le faire car tu n'es plus en lien ?

Alors moi je pense que ce n'est pas possible, d'abord parce que quand on change de groupe automatiquement on est pris par la tâche du groupe.

Où faire si tu veux la passation dans les premiers temps ?

Touta ABED – Mémoire DEIS
Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

Peut être qu'il faudrait à un moment donné une étape de transition qui permettrait de passer ces informations avant le changement de groupe.

Quand tu dis ce n'est pas formalisé, il n'y a pas d'écrits, de traces ...

Non, les traces qui restent ce sont celles informatiques, c'est-à-dire la mise en place que j'ai mis avec d'autres également les conventions de stages, de chantier parce que ça au départ il n'y avait rien. Ce sont les équipes qui ont créé ces conventions. Et puis qui ont mis une armature de travail autour d'évaluation de stage et puis, qui a quand même débroussaillé le terrain notamment avec les mises en relation avec les ESAT et un certain relationnel qui s'est établi avec les équipes.

Tu penses que les éducateurs ne s'occupent plus de ce relationnel là ?

C'est devenu plus administratif, avant les ES qui travaillaient sur ce groupe là, avaient une certaine liberté d'action, notamment tout ce qui est prospection de stage, on le faisait à notre propre initiative en transmettant bien sur et en informant les chefs de service mais on avait l'initiative totale pour des prospections de stages, de faire du partenariat, créer une dynamique de travail avec certains ESAT avec un type de convention, par exemple avec le SAT l'Epi on avait créé le stage découverte. C'était un stage de 8 jours pour faire découvrir aux jeunes, ce que c'était l'ESAT et notamment en conditionnement et en production.

Ton travail d'éducateur a évolué, il y a eu un changement ?

Le travail d'éducateur a évolué dans la déresponsabilisation des compétences des éducateurs, à savoir que les éducateurs sont contraints et forcés de suivre la ligne de la direction et tout ce qui aurait pu être l'initiative, n'existe plus. A l'époque, on contactait nous même les Missions Locales, les ESAT, la Cotorep, on y siégeait même pour défendre le dossier d'un jeune assez régulièrement.

C'était une instance où l'éducateur était convié ?

Ça n'existe plus.

C'est une évolution de ton identité ou culture professionnelle ?

Moi je pense que c'est une évolution dans la déresponsabilisation et puis on doit être obligé de passer par une hiérarchie qui ne permet pas l'initiative, ne donne pas la possibilité à l'éducateur d'exprimer ses compétences.

Toi, au vu de ton expérience professionnelle, tu as vu cette évolution ?

J'ai vu cette évolution. Nos missions changent, on est passé à..., on est des exécutants d'une administration qui demande sans arrêt de rendre compte de l'évolution des situations des jeunes sans permettre à l'ES d'exprimer des compétences, d'amener un jeune vers plus d'autonomie. On est face à quelque chose qui nous empêche d'agir.

Penses-tu que ce soit propre à ton institution ou c'est général ?

Non, je pense que c'est général. Je pense que les éducateurs n'ont plus le même champ d'action.

Le métier d'éducateur est sur autre chose selon toi ?

Oui on est sur autre chose. Il y a eu plusieurs étapes. La première étape c'était où il y avait énormément d'initiatives, de liberté d'action pour les éducateurs. Après est arrivé la loi de 2002 qui était nécessaire et qui a permis d'encadrer encore plus l'orientation et l'accompagnement des jeunes, ça c'était un plus parce que ça a permis de davantage préciser le projet d'un jeune, permettre à la famille d'être acteur, de donner leur avis, au jeune de donner également son avis. Ça a incité le professionnel à développer davantage de compétences, d'aller un peu plus près du terrain et plus en accord avec le choix du jeune, de la famille et de ses compétences.

Ça voudrait dire que l'éducateur a ouvert son champ de compétence et s'est ouvert sur l'extérieur ?

Il a ouvert son accompagnement vers l'extérieur, il est devenu quelqu'un de plus technique, plus précis dans son travail parce qu'il y avait une ligne directrice avec la loi de 2002.

Les outils de la loi de 2002 ont favorisé cela ?

On est plus en accord. On écrivait le projet avec le jeune, il y a 7/8 ans de ça. Ce projet écrit était signé par le jeune et partait à la MDPH. (Explication du PAP)

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

C'était un projet écrit avec les mots du jeune. On déroulait le parcours du jeune avec des points très précis. C'était un papier de la MDPH. Ça a duré 2 ou 3 ans.

Tu le fais encore ?

Non, je ne le fais plus. Il y a eu cette phase là qui a permis d'affiner le projet du jeune de manière très intéressante. Puis après, on est passé à une étape plus administrative. C'est la deuxième étape. La première était très libre en fonction de la personnalité de l'éducateur. On préparait un peu l'orientation à l'aveugle, c'est-à-dire on prenait une décision en équipe pluridisciplinaire pour l'orientation d'un jeune, il était placé en ESAT, on faisait les stages qui étaient nécessaires. On avait l'assentiment du jeune et de la famille mais c'était de fait. C'était porté par l'équipe, il était orienté vers tel ou tel établissement ou tel milieu ordinaire et notre accompagnement se terminait. La deuxième étape, on partait plutôt de d'existant, du choix du jeune, de la famille et on balisait le parcours. A partir de ça on lui faisait faire des stages en fonction de ses choix (espaces verts ...). On est plus dans le sujet qui choisit. On adaptait notre accompagnement. D'ailleurs des stages ont été refusés par des familles. Et la troisième étape, une étape très administrative où là on a dit, on fait tant de chantiers, tant de stages, rendre compte.

Et pour toi, cela est dû à quoi ?

Je pense que les directions d'établissement ont voulu baliser le champ d'action des équipes en s'appropriant le travail d'accompagnement des équipes, en surveillant d'une certaine manière le travail d'accompagnement des équipes.

Mais ça ne vient pas des injonctions faites aussi par la loi et les directions le traduisent ainsi sur le terrain ?

Certainement.

Mais les directions doivent le faire parce que le fonctionnement antérieur ne marche plus et les changements s'opèrent à tous les niveaux ?

Ça peut être effectivement un élément de réponse, de la part des instances une certaine pression pour qu'il y ait des résultats et qu'il y ait de l'efficacité dans les orientations et dans l'accompagnement des jeunes mais je pense que c'est au détriment de l'initiative et je pense que ça a beaucoup freiné les équipes dans leur réflexion, dans leur envie d'innover des pratiques, des ...voilà, des interventions et des partenariats. Je pense que ça a un peu verrouillé parce que derrière il y a quand même du contrôle.

Le contrôle serait dans quel but ?

Le contrôle serait dans le but d'imposer aux équipes une certaine façon de réfléchir à l'action sociale.

L'action sociale n'est pas pensée plus haut et quand ça descend ça ne serait pas du côté de l'évaluation aussi ?

Oui. Peut-être que c'est le contrôle qui demande de l'évaluation et puis certainement de l'efficacité comme je disais tout à l'heure. Mais c'est aussi du fait que les places en ESAT et en milieu ordinaire deviennent de + en + restreintes. Il y a une quinzaine d'années de ça des places en ESAT et en milieu ordinaire, il y en avait. Il n'y avait pas de problème pour orienter les jeunes. Maintenant, il se pose le problème de place. En secteur adulte, des places, il n'y en a plus ou très peu, à la marge donc entre 5 et 7 ans, il y a beaucoup moins de places et en plus de ça, je pense que la population a changé. Le public est différent, les jeunes sont porteurs de handicap plus lourd, notamment dans le handicap psychique. Les jeunes ont une pathologie lourde qui fait que travailler en milieu ordinaire, il y en a plus qui sont capable de le faire, compte tenu aussi des exigences du milieu ordinaire. En ESAT, les choses sont quand même différentes, mais quand même, il faut qu'un jeune soit capable d'être à un poste de travail pendant un temps important, ça demande de la maîtrise, du savoir être et une concentration sur une tâche et c'est compliqué pour les jeunes. Souvent, ils pêchent au niveau de la motricité fine et aussi de travailler en équipe. Autant avant avec les chantiers on arrivait à les préparer à travailler en équipe, maintenant c'est difficile. Le public a changé et les directions voyant que la population changeait, que les places se restreignaient dans le secteur adulte, se sont dit on va demander davantage aux professionnels d'être efficaces et efficaces sur leurs accompagnements pour arriver à baliser davantage le projet d'accompagnement personnalisé d'un jeune et son parcours préprofessionnel pour qu'il y ait une possibilité pour ces jeunes d'avoir une place.

Ce public pour toi, il a changé, est-ce en lien avec les lois d'inclusion scolaire ?

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

Certainement avec les lois d'intégration scolaire.

On a des jeunes qui arrivent plus tard en institution, qui n'ont pas cette culture et cet accompagnement avec des éducateurs, est-ce en lien pour toi ?

Je pense que ça peut être en lien aussi et j'ajoute à ça que dans les IME on a des jeunes qui ont des profils différents. Avant il y avait une déficience ou un retard scolaire avéré qui permettait avec les équipes de préparer un projet. Maintenant, il y a des jeunes qui ont des troubles du comportement, de la personnalité assez importants, très hétérogènes qui fait que la réponse à apporter est beaucoup plus compliquée qu'avant.

Il y a juste le facteur trouble du comportement, ou il y a aussi un facteur social ?

Ah oui, il y a aussi le facteur social qui s'ajoute. Beaucoup de jeunes ici, on voit que les familles ont énormément de difficultés dans le suivi de leur enfant.

Il y a du partenariat avec l'ASE ?

Oui, il y a beaucoup de jeunes qui sont suivis en ASE. Avant il y en avait tout autant, seulement le travail avec les équipes était plus simple parce qu'on s'adressait à une équipe et l'équipe ne changeait pas ou les référents des équipes ne changeaient pas. Aujourd'hui, autour d'un jeune il y a différentes équipes et souvent différents référents. Les référents pour une raison ou une autre vont changer aussi automatiquement, il faudra retransmettre l'information etc. On n'a pas forcément le même interlocuteur alors qu'avant il y avait une continuité et des rapports plus directes de professionnel à professionnel. D'ailleurs on le voit bien ici, quand on parle avec un service extérieur, il faut demander une autorisation et savoir qui ira (l'ES, l'AS, la psy ...). On se noie et ça ne simplifie pas les échanges. Le partenariat n'est pas forcément direct. Je voulais aborder aussi quelque chose au niveau du groupe des 16-20 ans qu'on s'est aperçu pendant plusieurs années que les jeunes étaient en réussite préprofessionnelle, s'installaient bien que ce soit en milieu ordinaire ou en ESAT mais que pour une bonne partie d'entre eux étaient en souffrance au niveau social. C'est-à-dire qu'en IME, ils étaient très protégés, très assistés, ils avaient acquis des compétences scolaires et préprofessionnelles, ils arrivaient avec un certain savoir faire mais au niveau des savoirs faire ils étaient en grande difficulté, à savoir que ce sont des jeunes qui ne savaient pas gérer leur argent, en situation d'hébergement en ESAT ou même en milieu ordinaire, étaient en grande souffrance parce qu'ils avaient perdu leurs repères, leurs accompagnants, leurs éducateurs. Le parcours s'arrêtait, personne pour prendre le relais donc ces jeunes étaient en grande difficulté pour aller faire leurs courses, pour aller chez le médecin, pour entretenir leur linge, pour aller dans les mairies, pour poster des lettres... tout ce qui est le quotidien d'un adulte.

Ils étaient accompagnés à l'autonomie mais une fois dehors...

Voilà, les repères n'y étaient plus parce qu'il y avait par moment un accompagnement où par moment il y avait un peu d'assistance. Comme ce sont des jeunes avec des handicaps, l'éducateur voyant qu'ils n'étaient pas encore adultes, il y avait de la protection et à un moment 20 ans arrivait et il fallait aller en secteur adulte et là en secteur adulte on ne disait pas tu vas faire ça, je vais t'aider, maintenant tu te débrouilles, vous vous débrouillez monsieur untel... Très violent pour le jeune, savoir tout d'un coup, maintenant il réalisait qu'il n'était plus un jeune adolescent ou un adulte en devenir et que là personne n'allait l'aider à organiser sa vie sociale.

Le lien aurait du être fait où ?

Pas que l'IME l'Alizarine, mais dans tous les IME, ils plongeaient dans le secteur adulte, on ne les préparait pas à être citoyens et que la transition, on les préparait très bien au niveau pré professionnel avec des ETS ou ES et les accompagnait au niveau du travail en chantier et trouver un travail, mais au niveau social il n'y avait pas de structures adaptées de type appartement thérapeutique pour les aider à préparer leur autonomie sociale.

Mais il y a eu la création des SAVS, des SAMSAH ?

Oui mais ils ne sont pas directement rattachés aux IME.

Mais il peut y avoir une orientation ?

Oui.

C'était ma question de tout à l'heure concernant l'orientation à la sortie d'IME ? Les compétences techniques sont travaillées, l'autonomie était travaillée mais au sortir de l'IME, il y a cet écueil de la vie sociale.

Cette transition n'est pas travaillée, cette transition est importante, il n'y a pas de plateforme, il n'y a ni une personne, ni un dispositif mis en place dans aucun IME.

Certains IME ont un service d'orientation et travaillent cette transition.

Nous, on avait comme projet de mettre en place un dispositif, un SAS, un service d'accompagnement à la sortie, type appartement thérapeutique entre 18 et 20 ans, développer uniquement le savoir être de la personne, comment elle va préparer sa vie, 6 mois avant sa sortie. Cette période servira à travailler avec le jeune la vie en appartement, que ce soit la préparation à la sortie mais fait dans le concret.

Avec les jeunes que tu accompagnais auparavant aussi, il y avait besoin de cette étape ?

Oui, il y avait besoin de cela. Mais comme la société était un peu différente aussi, malgré tout en ESAT et en FO, ils étaient extrêmement cadrés par les éducateurs et des systèmes qui se mettaient en place.

Là, ça l'est moins ?

Oui, ça l'est un peu moins. On veut favoriser davantage l'autonomie des jeunes, seulement le problème c'est que ce sont des jeunes qui n'y sont pas préparés réellement. Pas préparés sans une mise à l'épreuve.

Les appartements thérapeutiques se font dans certains IME hors les murs.

C'est ce qu'on avait proposé de faire.

C'est quelque chose qui devrait être travaillé dans tous les IME car cette phase est importante ?

Oui, cette phase est importante parce que je pense que les échecs et les retours en famille et les difficultés que les jeunes ont pu rencontrer c'est en partie dû à cela. C'est-à-dire qu'à un moment donné, ils se sont sentis lâchés. Beaucoup de jeunes d'ici ont eu beaucoup de mal à partir. On s'en rend moins compte maintenant parce qu'on leur a dit tu es un ancien, tu n'as pas à revenir ici. Les jeunes qui partaient, il y avait une préparation, une fête de départ. Le jeune savait et on lui disait si tu as un souci, tu peux venir quand tu veux. Et beaucoup de jeunes revenaient. Ça avait un bon effet à court terme pour eux parce que ça les sécurisait dans leur parcours et ça les soutenait. Et à la fois, c'était mauvais pour eux parce que ça les incitait encore à se réfugier ici.

La coupure était peut-être trop brutale pour eux, et ils avaient besoin de revenir.

Oui, de dire...des jeunes venaient manger avec nous de façon très naturelle, maintenant ça risque plus de se faire. C'est mal accepté et pas possible. Tout système a ses inconvénients et ses avantages. Les avantages étaient que ça sécurisait le parcours du jeune, ça lui apportait un confort. J'ai quitté l'IME, on ne me laisse pas tomber. Ils vont encore me soutenir malgré que je sois parti. L'avantage aussi c'est que ceux qui étaient en attente de sortie, voyaient les anciens et ça les encourageaient à réussir. C'était une motivation supplémentaire. Les inconvénients, c'est que les jeunes avaient du mal à couper avec leur vie antérieure parce qu'ils avaient passé beaucoup de temps en IME.

Mais là avec certains publics, le parcours est moins long.

Oui, ils ont passé moins de temps en IME, en institution.

On parle plus de notion de parcours. Ils ont eu différentes étapes. Parle t'on de parcours ?

Les jeunes qui entrent à 12 ou 16 ans, ont eu un parcours autres, école, hôpital de jour...

Oui on va parler des parcours, c'est plus des périodes plus courtes et avant le parcours se déroulait sur plusieurs années. L'autonomie on pouvait auparavant la travailler sur plusieurs années.

Coup de téléphone. Fin de l'entretien

ENTRETIEN COMPLEMENTAIRE

Entretien complémentaire 26 juillet 2016, CSE, Avignon.

Je m'intéresse au devenir des IME et plus particulièrement au parcours des jeunes en voie de sortie des IME. Cet entretien est fait en trois parties. Commençons par la première.

Pourriez-vous vous présenter rapidement, votre parcours et vos missions principales sur le poste que vous occupez actuellement ?
Mme fascio, 40 ans, Chef de Service Educatif à l'Institut l'Alizarine, Avignon. J'ai un parcours un petit peu particulier parce que je ne suis pas issue d'une formation médico-sociale, éducative ou secteur social quel qu'il soit. J'ai une formation d'ingénieur géophysicienne et je suis arrivée dans le secteur médico-social en 2001, par le biais de la formation puisque j'ai intégré un centre de formation professionnelle qui accueille des adultes reconnus travailleurs handicapés, dans une logique d'orientation et de formation professionnelle. Tous types de handicap, plutôt pour l'association qui avait une dominante avec le handicap physique puis il y a eu une évolution du public par la suite. Avec notamment l'augmentation des handicaps psychiques dans ces structures et la reconnaissance liée à la loi 2005-102 (LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées). Donc un parcours dans le champ de la formation et de l'accompagnement d'adultes en situation de handicap de 2001 à 2005. Dans cette structure assez classique dans les établissements médico-sociaux, on retrouvait médecin, infirmière, psychologue, neuropsychologue par la suite, en complément de psychologue du travail de par la spécificité de l'établissement et ergothérapeute. On travaillait l'orientation professionnelle, la plus adaptée au regard du handicap et des capacités de la personne. Une dimension accompagnement importante et une évolution professionnelle vers un poste de référent de qualité de 2005 à 2007. En 2005, l'association de l'ADAPT a travaillé à un référentiel d'évaluation pour mener notre première évaluation interne. Notre établissement était associé en tant qu'établissement test pour ce premier référentiel qui était inter associatif. J'ai mené la première évaluation interne et externe jusqu'en mars 2007. Après, on m'a proposé le poste de chef de service sur la structure, 2 établissements, 90 places sur des actions de formation et d'orientation professionnelle avec la dimension médico-sociale. Ensuite, par choix personnel, j'ai quitté cet établissement et suis venue dans la région faire une formation CAFERUIS sur Avignon, Master 1 Politiques Sociales car c'était la formation requise pour la région, au regard du peu d'offres d'emploi, ça permettait de faciliter en complément d'une expérience professionnelle de 7 ans en tant que chef de service. Ça permettait d'asseoir une expérience, j'ai validé en septembre 2015 le master et en octobre 2015 le CAFERUIS. J'ai intégré l'Alizarine en septembre 2015.

Quelles sont les missions principales sur ce poste ?

Elles ne sont pas clairement définies pour autant on est dans la coordination de l'équipe pluri disciplinaire, une grosse dimension d'accompagnement des équipes dans la démarche et au regard de la situation au sein de l'IME, une dimension organisationnelle qui reste à poser pour structurer les accompagnements au regard des besoins du public. Une dimension partenariale qui pour moi est importante mais qui n'est pas posée comme une commande.

Elle n'est pas développée ?

Elle n'est pas assez développée pour proposer un accompagnement au regard des besoins des publics accompagnés dans la structure et pas assez développée pour que les professionnels, référent éducatif, aient connaissance des structures adultes du secteur notamment dans la dimension orientation qui vous intéresse (fin à 5.30).

Vous parliez de coordination, dans l'établissement uniquement ?

Non elle a une visée plus large mais prioritairement j'ai centré mon action sur l'accompagnement des équipes. Il faut poser l'organisation, chaque professionnel a un mode d'organisation qui tient aussi à l'histoire de l'établissement puisqu'il y a eu des changements de direction ces dernières années, avec une direction jeune sur le poste maintenant (depuis 3 ans) et des chefs de service qui restaient à peu près 2 ans à ce que j'ai pu comprendre. Des équipes qui étaient en questionnement au départ quand je suis arrivée. Tous les deux ans on change d'organisation en gros, c'est compliqué pour qu'on arrive à se retrouver. Mon objectif est de mettre en place une organisation qui corresponde d'une part aux besoins de la structure pour gérer le quotidien de l'établissement, gérer la dimension administrative mais qui permette aux équipes d'être mobilisées dans les orientations, dans l'étude des candidatures et l'organisation qui était en place antérieurement ne le permettait pas. L'équipe éducative n'était pas associée aux entretiens avec les familles, l'étude des candidatures, les entretiens partenaires davantage mais sur la dimension famille, c'était quelque chose qui était fermé.

Comment décrieriez-vous le public accueilli ici ?

La dimension principale, si on fait le parallèle avec notre agrément qui est déficience intellectuelle, le handicap principale des enfants que l'on peut accompagner au sein de l'établissement si on doit le caractériser n'est à pas à caractériser sous l'angle de la déficience intellectuelle. On a très peu de jeunes qui relèvent de la «D.I.».

Il y a aussi troubles associé ?

Mais j'y viens, l'agrément est «D.I.» avec ou sans troubles associés mais je pense que la principale difficulté, les principales limites des enfants qu'on accompagne tiennent justement de ces troubles associés qui vont soit être des troubles du comportement, pour tout ce qui touche à la déficience physique, ce n'est pas problématique en tant que tel. C'est quelque chose qui s'accompagne à partir du moment où c'est clairement évalué. Pour autant sur la dimension trouble du comportement, trouble envahissant du développement, trouble du spectre autistique, il y a une évolution très importante ces dernières années. La loi 2005-102 n'est pas neutre dans cette situation avec la scolarisation privilégiée des enfants en milieu ordinaire quand bien même adaptée en ULIS par exemple ou un accompagnement en SESSAD si on est en milieu ordinaire. Je pense qu'effectivement, là, on a vraiment une charnière qui peut-être ne s'est pas vu tout de suite dans les IME. Mais de fait arrive, se confirme et grandit avec beaucoup d'enfants qui arrivent et qui sont orientés par la psychiatrie par exemple. C'est clairement quelque chose à constater.

Comment les IME rebondissent par rapport à cette population ?

Moi je n'ai pas assez de recul dans une structure IME, parce qu'auparavant je rayonnais essentiellement avec une population dans le secteur adulte. Dans le secteur adulte, c'est une dimension psychique.

A partir de quel âge les jeunes adultes ?

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement :Les IME en (-) quête de réorganisation

18 ans et ça pouvait être des jeunes issus d'IME. Mais à ce moment-là, c'étaient des jeunes qui présentaient une D.I, quelques troubles associés mais mineurs. On n'était pas forcément sur des orientations ESAT, par exemple qui avait pu être étudiée préalablement.

Comment vous voyez se mettre en place le parcours de la personne ?
Du côté IME ?

Oui.

Moi j'ai été étonnée en arrivant dans la structure, parce que c'était quelque chose que je n'avais pas constaté dans le cadre de mon stage CAFERUIS à l'IME A. Pujol, voir comment fonctionnait un IME, c'était intéressant dans ce stage de voir comment se faisait l'accompagnement des enfants et des familles, parce que de mon point de vue l'accompagnement ne se fait pas qu'au niveau des enfants. Il est aussi important d'accompagner les familles dans l'acceptation de la situation de handicap, l'élaboration d'un parcours adapté, les contacts avec les partenaires etc. il y a une différence de public entre ce que j'ai pu constater au Thor et ce que l'on peut voir dans d'autres IME, me semble-t-il et l'IME l'Alizarine qui tient peut-être aussi en partie, à la localisation de l'établissement. On est à proximité de certains quartiers populaires, avec certaines familles défavorisées, la barrière de la langue, qui n'est pas neutre en matière d'accompagnement et on est face à une vision culturelle sur le plan de ce qu'est le handicap de l'enfant et la manière dont on va le concevoir à la maison, voire l'accompagner, le prendre en compte. Je pense que s'est une spécificité de cet IME. Encore une fois je n'ai pas assez de recul sur les IME mais...

Ça dépendrait de sa localisation géographique ?

La localisation géographique n'est pas neutre. Il n'y a pas que ça.

La place sur le territoire est importante.

Oui, clairement parce que de toute façon les IME sur Avignon, sont quand même assez concentrés, sur le Vaucluse. C'est un petit département avec un déséquilibre des structures médico-sociales sur le territoire, que ce soit au niveau du secteur enfant ou adulte ; et des prestations aussi ou des types d'établissements qui me semble assez peu représentés. Avec des proximités que l'on va retrouver sur Montpellier, ou Marseille.

Peu représenté, c'est-à-dire ?

En fonction des départements, vous pouvez avoir toute l'offre médico-sociale qui est représentée. Le Vaucluse est particulier, parce qu'à équidistance de Montpellier et Marseille. Vous allez retrouver sur ces deux villes, concentrée l'offre médico-sociale. On est au carrefour. Tout le panel est représenté des établissements pour enfants aux établissements pour adulte en passant aussi par toute la rééducation fonctionnelle, plus la dimension sanitaire. Et c'est vrai que le Vaucluse est sous doté parce qu'il y a la proximité de grandes villes où les services sont proposés. Mais ce qui fait que les personnes ont à se déplacer, si les personnes ne sont pas mobiles, ça devient compliqué tout en sachant qu'il y a la région PACA telle qu'on peut l'analyser et le département si on zoome un peu plus, le Vaucluse, sa configuration, ses zones « dépeuplées ou moins bien dotées ». C'est vrai qu'on a une grosse concentration autour d'Avignon d'établissements pour ceux qui sont présents et pour revenir aux IME, il y a une sectorisation qui fait qu'au niveau de l'institut l'Alizarine, hormis pour la section polyhandicapée qui a quand même une particularité, on est quand même sur des candidatures qui sont de proximité, d'Avignon, voire du quartier alentour.

Ça pose un problème particulier ?

Ça ne pose pas de problème en tant que tel mais par contre c'est un accompagnement qui doit tenir compte de cette particularité. Si vous avez des parents qui ne maîtrisent pas le français par exemple, qui conçoivent le handicap comme quelque part un peu comme une fatalité.

Ça pourrait être un frein au parcours de la personne ?

Ça présente un frein dans ce que l'on peut nous imaginer en tant que professionnel, même si effectivement l'objectif c'est de répondre aux attentes et aux besoins, par rapport à la réponse aux besoins, nous on peut proposer, conseiller, mais effectivement, la famille sera plus ou moins réceptive en fonction de ses représentations. (fin 16.08)

Mais parfois on est face à des situations où on est dans l'attente.

Tout à fait, ça c'est la dimension de l'orientation à l'issue de l'établissement, en tous cas sur la notion de parcours en IME, on est sur une particularité, on va pouvoir proposer un accompagnement long, on a un agrément 6-20 ans, voire + avec les amendements Creton.

Tous ne rentrent pas à 6 ans et ils ont des parcours en amont

Oui ils ont eu des parcours différents.

Ça a été un changement cette notion de parcours, une évolution ?

Pour moi l'évolution tient au maintien en milieu ordinaire, avec une scolarisation ordinaire, avec des familles, une arrivée tardive et la difficulté pour les familles de voir pour l'enfant d'accepter l'orientation en IME. Parce que pendant plusieurs années l'enfant est maintenu en milieu ordinaire (ULIS) et souvent l'IME est posé comme une contrainte. Là on n'a plus le choix, votre enfant doit aller en IME, ce n'est plus possible, on ne peut plus le maintenir en ULIS. C'est ce que j'ai constaté avec les échanges avec les familles lors des études de candidatures. Il y a une attente autour de la scolarisation, l'école en tant que telle est très forte et comme l'IME est souvent qualifié d'école et non pas d'institut par la famille et les enfants, n'est pas neutre non plus ; quand bien même on explique. L'attente autour de l'école est forte et pour moi ça rejoint la question autour de l'acceptation du handicap.

En même temps on n'a pas de visibilité et lisibilité de l'IME. On ne sait pas ce qu'on fait en IME.

Non, aucune. L'IME n'est pas connu. D'une manière très simple on pourrait imaginer que des parents qui souhaitent orienter leur enfant en IME, la première démarche, que j'ai eu d'ailleurs c'est d'aller voir sur internet ce qu'on dit sur l'Alizarine et d'autres IME. Et de ce point de vue-là, nous ne sommes pas lisibles du tout, hormis une adresse, pas d'information aujourd'hui en tous cas, peu d'outils de communication à diffuser à des parents, à l'externe. Certes on répond à la sollicitation des parents dans la manière dont on accompagne les enfants et donner de l'information sur l'établissement, mais il n'y a pas une volonté de créer un petit site internet, pour qu'il y ait une information. Après d'autres dimensions peuvent être ajoutées, l'information auprès des CAMSP qui orientent et les H.D.J pour qu'ils connaissent mieux notre établissement.

Ça ne tient pas au réseau ?

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

Pas que. Je pense qu'au départ c'est d'une volonté institutionnelle. Le réseau est une chose, il se développe, sa difficulté c'est qu'il tient sur des personnes. Au moment où la personne quitte la structure, on perd le réseau s'il n'y a pas eu transmission, d'une certaine manière. C'est pour cela que la dimension institutionnelle est importante. **(Là on est dans la stratégie d'acteurs -c'est là que les notions et concepts de mettent dans la rédaction du mémoire)**

Le réseau l'est tout autant mais en termes de dynamique à impulser c'est aussi à l'établissement, à l'institution de communiquer pour présenter sa structure. (Elle parle des journées portes ouvertes de septembre 2015, c'était une première initiative) fin 20.28

Il est intéressant de favoriser cela et pouvoir développer les liens avec d'autres structures, soit par le biais d'activités, il y a les journées sport adapté avec l'HDJ. C'est intéressant de pouvoir échanger dans un autre contexte pour les professionnels. Il y a la dimension d'aller voir les autres structures et de leur présenter ce qu'on fait à l'IME avec un outil de communication.

Il y a une partie moins exploitée c'est la partie préprofessionnelle, elle est – connue.

Elle n'est pas moins connue. J'aurais tendance à dire que peut être, c'est la dimension la + connue des IME, anciennement IMPRO. C'est l'impression que j'ai aux travers des échanges avec des parents avec des partenaires. C'est la dimension la plus visible de l'IME. Finalement tout ce qui est proposé en amont de la SIPFP est peut-être soit moins connue soit moins considérée. C'est-à-dire que l'IMPRO a du sens, on prépare ou on évalue la faisabilité d'une orientation professionnelle en milieu ordinaire, milieu adapté. Alors que tout ce qui est fait avant, soit on est en termes de représentation sur l'école, soit une dimension « centre de loisirs », occupationnelle. J'ai cette impression là, mais encore une fois je n'ai pas de recul par rapport aux structures IME. **La dimension éducative est moins valorisée si elle n'est pas connectée à la dimension travail.**

Pourtant il y a plus d'éducateurs que d'ETS.

Oui je pense mais heureusement, l'accompagnement préprofessionnel ne tient pas qu'à la fonction ETS.

La culture des éducateurs en a été impactée.

Oui, bien sûr.

Par ces nouveaux publics, les nouveaux fonctionnements et comment les IME permettent d'associer cela, les nouveaux publics, la culture professionnelle qui se modifie, l'IME qui doit s'ouvrir sur l'extérieur, comment ça se passe concrètement ?

Oui tout à fait.

Comment les acteurs se coordonnent ?

Comment les acteurs se mélangent, se coordonnent, comment les choses sont initiées ?

Il y a plusieurs dimensions. Vous avez des structures médico-sociales où les professionnels ont été fortement sensibilisés à la loi 2002-2 et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Déjà en soi, ça permet une évolution des pratiques professionnelles car cela génère un questionnement éthique, par rapport à la démarche engagée qui est intéressante. Ça peut être un point de départ, ce n'est pas forcément celui de l'établissement. **Idéalement construire ses pratiques en parallèle des recommandations de bonnes pratiques professionnelles est une démarche qui dans le secteur maintenant est d'une part fortement attendue et donc incitée et d'autre part c'est positif pour les équipes parce que l'accompagnement est porté par autre chose que la simple volonté d'un chef de service, d'une direction.** Pour ce qui concerne l'institut, l'évaluation interne qui doit avoir lieu fin 2016, peut permettre d'amener les équipes à se questionner autour de ça. L'évaluation interne va être menée sur un temps court mais ce sont des temps forts institutionnels qui permettent de prendre du recul sur sa pratique et de pouvoir réfléchir à ce que peut être l'accompagnement de ces nouveaux publics, qui ne sont pas si nombreux que ça, mais qui sont en plus grand nombre.

Au regard des recommandations, mais simplement de la logique d'accompagnement aujourd'hui, l'IME ne peut plus fonctionner tout seul, n'est plus une institution fermée (donc nécessité du territoire, de stratégies d'acteurs et d'ouverture, reconfiguration de l'existant et transformation en « prestataire de service »).

Ça a été le cas de plusieurs IME pendant plusieurs années parce que l'IME se suffisait à lui-même, on était sur des parcours assez simples, IME, ESAT, voire milieu ordinaire, formation. Ça pouvait être le parcours schématique au niveau des IME.

Aujourd'hui au niveau de la notion de parcours, ils sont beaucoup plus divers et variés que ça. C'est-à-dire qu'on a un parcours IME qui peut commencer à 6 ans, 10 ans, à 15 ans et je pense que c'e n'est pas forcément adapté qu'il commence plus tard. Et à l'issue, il va être très divers en fonction des problématiques de handicap, non plus seulement l'orientation et l'étude de la faisabilité d'une orientation professionnelle en milieu ordinaire, adapté, protégé mais qui maintenant touche à des dimensions occupationnelles qui étaient moins présentes il y a quelques années au niveau des IME avec des orientations vers des foyers de vie, voire des structures plus médicalisées (FAM, MAS) et aussi la progression de professionnels intervenant en libéral, des familles qui peuvent faire le choix à un moment donné, plutôt que d'attendre une place hypothétique dans une structure de privilégier un accompagnement au domicile avec l'intervention d'un éducateur en libéral mais aussi des professions para médicales, plus classiques dans le secteur.

Ça donne une orientation qui va être plus marquée avec la mise en place de plateformes de compétences, avec les derniers appels à projets des ARS qui visent la coordination des interventions autour d'un usager. Interventions qui ont lieu plutôt en libéral.

Ça transforme l'organisation des établissements alors ?

Ça transforme l'organisation des établissements et je pense que ça va encore transformer le public. On a des jeunes qui voient à un moment donné, tomber l'orientation IME comme un couperet, peut-être avec ces plateformes médico-sociales pourront continuer leur parcours en milieu ordinaire. Je pense que c'est quand même l'intention de la mise en place de ces plateformes, de favoriser l'accompagnement en milieu ordinaire et de désinstitutionnaliser clairement les accompagnements.

C'est déjà le cas.

Oui tout à fait. L'IME pourrait devenir un prestataire de services mais aussi va devoir se concentrer sur l'accompagnement d'enfants présentant des situations de handicap encore plus complexes.

Donc ceux qui seraient le moins complexes seraient suivis dans les plateformes

Dans le droit commun.

Ceux ayant des difficultés plus importantes seraient en IME ?

Dans des établissements médico-sociaux, je pense que cela serait l'évolution à terme, à voir. De mon point de vue l'évolution du secteur tend à penser cela.

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement :Les IME en (-) quête de réorganisation

Les établissements ont été chamboulés dans leur fonctionnement et là ils le seront encore plus. Ils seront toujours avec les mêmes moyens.

La question des moyens, ça je ne sais pas, quand on regarde le schéma régional de l'offre sociale et médico-sociale, on voit des orientations, qui sont portées par le plan autisme en partie avec effectivement des moyens qui soient alloués soit pour de fonctionnement pérenne (fin 30.03) de structures type ESAT, on s'intéresse au champ de l'orientation, soit sur le développement de places manquantes de type foyer de manière ponctuelle, soit de places spécifiques, dernièrement on a eu les places autistes qui se sont fortement développées, surtout avec des appels à projets réguliers sur le territoire vauclusien.

Est-ce que ça répond à des besoins sur le territoire, ça répond à de la globalité ou des besoins de structures qui doivent se développer ? Ça tient compte quand même d'une réalité sur le territoire nombre d'enfants n'ont pas de solutions de place en IME.

Les zéros sans solution, mais on a aussi les zéros sans solution de sortie également ?

Oui tout à fait. Il y a eu pas mal de places créées dans le secteur enfant et aujourd'hui on est confronté à la difficulté de ne pas avoir de places dans le secteur adulte pour ces publics spécifiques.

Ensuite il y a ces adultes qui deviennent vieux.

Et la question se pose déjà avec des structures qui proposent des choses intéressantes, certains proposent adossée à la maison de retraite un FAM pour accueillir les publics (à Saint Andiol ou Noves, par exemple). C'est l'accueil des parents vieillissant avec l'accueil des enfants en situation de handicap aussi avec l'ouverture de places en Fam tout simplement. Je trouvais cette articulation intelligente. Je n'ai pas le sentiment que ce soit une volonté globale, on reste sur une association. **C'est peut-être la difficulté dans le champ du handicap aujourd'hui, on voit bien avec les différents plans il y a des moyens spécifiques alloués.**

Mais c'est sectorisé.

Oui, on a eu il y a quelques années, en 2006 2007, c'était le handicap psychique qui était ciblé, maintenant c'est l'autisme qui se développe énormément, tout en sachant que derrière les places estampillées autistes, on peut malgré tout accompagner plusieurs types de situation de handicap. Les préconisations qu'on peut avoir concernant le trouble autistique peuvent être aussi adaptées aux besoins d'autres profil d'enfants. Comme les temps d'individualisation, des temps d'équipe plus importants, plus renforcés, ce sont des préoccupations qui ont du sens quel que soit les enfants accompagnés. Un accompagnement en petit groupe est plus porteur et favorable et moins anxiogène qu'un accompagnement en grand groupe.

L'évolution des pratiques on la voit aussi au quotidien, c'est de privilégier des accompagnements en petits groupes pour répondre aux besoins de chacun, c'est la logique d'individualisation, idéalement ça serait personnalisation. L'évolution est qu'on passe de projet de groupe dans lesquels doivent s'inscrire les enfants et les jeunes à des projets individualisés qui vont structurer et faire évoluer le projet de groupe. **Le projet de groupe n'est plus la donnée d'entrée du projet individuel, mais c'est l'inverse qui se passe.**

C'est le passage du « c'est l'enfant qui doit s'adapter mais la structure qui doit s'adapter à l'enfant ».

Exactement. Et aussi les attentes de la famille et du jeune aussi quand il souhaite participer à un atelier, si c'est quelque chose qui peut s'adapter à l'équipe et qui peut se mettre en place, il faut répondre à ça.

Sur mon groupe 3 jeunes avec des profils différents et donc des cas différents, que fait-on avec ces jeunes-là ? Comment le parcours s'est mis en place et comment on y a répondu ? On était sans solutions.

Le pas de solution je ne suis pas complètement d'accord.

Pas de solution mais comment on travaille ces parcours parfois à la marge, pas dans le milieu ordinaire et pas dans celui adapté.

Pour moi c'est la notion de relais, je pense que certains accompagnements sont vécus comme des échecs par les équipes, ou des questionnements, se dire le jeune sort et il n'y a pas de solution directe sauf que l'IME ne peut pas porter ou avoir la solution à tout. Ce qui est important dans l'accompagnement et le parcours du jeune, c'est de mettre en place des relais d'accompagnement adapté, soit sur le volet du soin, social ou celui de l'orientation. Cette notion de relais d'accompagnement est importante, se dire qu'à un moment donné l'accompagnement par l'IME devra s'arrêter, on sait que ça doit continuer pendant des années avec l'amendement Creton, après c'est la question du sens que ça peut avoir et notre capacité à répondre aux besoins des jeunes adultes, alors qu'on est une structure qui accueille en grande majorité des enfants et adolescents. C'est le décalage que l'on peut questionner. Mais il est important de travailler les dimensions assez tôt de l'orientation et des relais. Et ne pas attendre les 18 ans du jeune, pour certaines orientations, il faudra attendre 18 ans pour avoir la notification par la MDPH pour la prise en charge par le secteur adulte. Par contre, c'est une dimension qui peut être travaillée assez tôt avec les parents, avec ce que signifie atteindre les 18 ans, les démarches à réaliser, la question d'une mesure de protection, type tutelle ou curatelle, la question d'une orientation ESAT, foyer, FAM, MAS. Il faut aussi passer le relais à des structures en milieu ordinaire accompagnants des jeunes, comme la mission locale (qui va être rattachée à Pole Emploi, ça sera difficile d'assurer les relais). Les professionnels n'ont pas forcément la connaissance, la formation de ces publics en situation de handicap, pour Pole Emploi c'est la même chose même s'il y a des référents travailleurs handicapés. Il y a la pluralité de situation qui peuvent être rencontrées par les professionnels qui ne sont pas formés pour et n'ont pas le temps nécessaire à ce type d'accompagnement. On arrive après avec un *accompagnement* spécifique type CAP EMPLOI sous réserve d'une RQTH, ça pourrait être le relais et d'une orientation POLE EMPLOI. On voit bien que dans le droit commun et dans l'offre spécialisée financée par l'AGEFIPH et le GIFPHP, il y a un manque et c'est toujours le constat. **Pour ce public jeune (18-25 ans) qui a une spécificité, qu'il n'est pas encore prêt à se projeter dans le monde du travail, qui n'a pas encore d'expérience professionnelle, c'est une dimension qui n'est pas neutre.** C'est plus simple d'accompagner un public qui relève du milieu protégé car il va aller faire des stages pour aller se confronter, d'être mis dans un contexte de travail lié à l'organisation d'un atelier avec certaines activités et là on pourra être sur la notion d'intérêt ou d'environnement adapté ou non. C'est quelque chose qu'on peut évaluer et qu'on sait faire en IME. Pour un jeune relevant du milieu ordinaire, je pense qu'on est plus limité. La question du choix professionnel, choix éclairé est plus compliqué à mettre en œuvre. Je ne dis pas que ce n'est pas possible c'est juste plus compliqué à mettre en œuvre parce qu'on peut partir de l'envie du jeune, organiser des stages, dans le cas positif, on fait des relais etc. Si le jeune dit ça ne me plaît pas, on fait autre chose, j'ai l'impression que la temporalité de l'IME ne permet pas forcément cela. Dans un accompagnement individualisé on pourrait être dans du spécifique et être porté par un professionnel.

J'avais déjà posé la question à la direction, ça se fait dans d'autres établissements, mais on n'est pas suffisamment grand pour.

On n'a pas le public et ce n'est pas pertinent aujourd'hui de détacher un professionnel là-dessus. Les accompagnements de ces parcours vont se faire de manière ponctuelle aujourd'hui. Il y a des relais sur le champ de l'orientation professionnelle.

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

C'est toujours des réponses au cas par cas.

On est dans la personnalisation de l'accompagnement et des structures relais il en existe (exemple l'AFPA plutôt que le Greta). Sur la dimension de l'évaluation et des capacités de la personne avec l'AFPA on aurait plus d'éléments. On est en mesure d'évaluer le niveau scolaire avec l'unité d'enseignement et on peut solliciter une structure pour avoir leur regard et une évaluation circonstanciée lors d'une formation pour un jeune. Aujourd'hui on n'a pas le public pas par manque de déploiement. Si la situation devrait se présenter, on a des structures sur Avignon et la psychologue chez nous peut évaluer la personne. Si le jeune a des capacités d'apprentissage, il faut le travailler assez tôt avec lui et la famille pour ne pas « perdre le jeune ». Ce n'est pas un souci d'activité mais qu'il se perde dans l'accompagnement et que l'accompagnement ne soit plus adapté à un moment. Les relais on peut les trouver, encore à la Mission Locale car ils ont des psychologues du travail. Cette compétence est importante à mobiliser, celle du droit commun, il y a des prestations qu'on ne peut pas solliciter car le jeune est accompagné chez nous, comme les prestations de l'Agehip (prestations pour évaluer un potentiel par exemple), car on est établissement médico-social. Si un jeune est accompagné par un service médico-social on n'a pas accès aux offres spécifiques car nous on est censé déployer les moyens pour répondre à l'évaluation, aux questionnements, aux demandes, aux besoins. Il faut chercher la compétence à l'extérieur, on peut mobiliser le droit commun, questionner les services professionnels de l'AFPA. Ça pourrait être travaillé avec la MDPH du Vaucluse.

Il y a un peu de travail en partenariat, au sein de l'IME on n'est pas sur cette dimension partenariale aujourd'hui. Mais le partenariat se construit à partir de besoins, si on est sur du besoin ponctuel il faut voir si on peut solliciter l'AFPA. Chaque prestataire est financé selon des prestations et il a un cahier des charges qui définit l'orientation de leur service. Il faut vérifier si on peut orienter sur leur service. Sur d'autres structures les conditions d'accès sont importantes à questionner.

On propose l'ouverture sur l'extérieur mais le médico-social reste fermé.

De par les modes de financement, on a des décrets qui s'imposent à nous sur le plan du fonctionnement, des moyens à mobiliser. Les échanges dans le cadre du partenariat peuvent se développer. Les échanges avec d'autres professionnels partenaires aussi avec les orienteurs (CAMSP, HDJ) sont aussi également importants.

Il y a déjà un rapprochement avec le sanitaire.

Oui rapprochement qui va se marquer encore plus. Lors de la dernière réunion institutionnelle, la directrice évoquait une forme de tarification à l'activité. Le sanitaire est confronté à cela avec tout ce que ça bouleverse.

Il y a la loi HPST.

Tout à fait, là on a les effets de la loi HPST avec les rapprochements avec les hôpitaux. (discussion autour de la réorganisation du centre hospitalier de Montfavet, la manière dont il réorganise leurs services, il y a des chefs de pôle, médecins, qui coordonnent en partie l'offre médico-sociale, qui est rattachée au C. H Montfavet, ça c'est une réalité, quelle sera cette évolution là, en tous cas les rapprochements se font). Ce qui peut être positif pour faciliter le lien entre le médico-social et le sanitaire et quand il y a une proximité institutionnelle c'est plus facile de travailler ensemble, c'est aussi utiliser les ressources d'un territoire.

C'est utiliser les ressources d'un territoire pas seulement pour ce qu'il apporte mais aussi on peut lui apporter.

C'est ça. Utiliser le territoire pour aussi voir ce qu'on peut lui apporter. Ça peut questionner une coordination à un moment donné de toute l'offre qui est proposée pour des questions de cohérence, des questions de lien. Si vous analysez la façon dont évoluent et s'organisent les grandes associations du secteur, l'APF, l'ADAPT, la réorganisation de ces associations se fait de manière territoriale avec une analyse de l'offre sur chaque territoire qui englobe le sanitaire et le médico-social. Ils fonctionnent de la même manière. (53.04)

Le risque est que certains territoires soient moins dotés que d'autres. Il y aura des manques dans certains territoires parce qu'ils sont moins dotés et d'autres où ça fonctionne mieux.

Moins dotés ou moins couverts. Mais ces associations là on une logique d'implantation. Je dis rachat, parce que c'est souvent une logique financière qui anime un peu la démarche. La « fusion » d'autres associations et l'absorption de petites associations, et c'est comme cela, qu'elles se développent sur le territoire, ça c'est aussi une réalité du secteur actuellement. Il y a tellement de démarches aussi dans le secteur médico-social qui s'imposent aux établissements, qu'il est préférable d'avoir une structure qui fonctionne soit en direction commune comme c'est le choix entre l'Alizarine et l'EPSA, parce que ça permet de mutualiser des moyens et en outre pour pouvoir répondre aux obligations réglementaires de nos établissements soit sur le plan d'une procédure budgétaire et je ne parle même pas de la spécificité du secteur public, soit pour répondre aussi à nos obligations réglementaires en lien avec la loi 2002-2 (54.57). On voit bien que les petites associations peinaient à répondre à cela pour des questions organisationnelles effectivement, dans l'élaboration d'un projet d'établissement, une démarche d'évaluation interne, externe, l'élaboration d'un référentiel d'évaluation, tout cela nécessite du temps et donc des moyens. Aussi, il est plus confortable d'avoir le siège d'une association, qui réfléchit, qui mobilise les moyens, qui mobilise les professionnels de terrain pour faire émerger quelque chose quand bien même c'est pas des plus satisfaisant pour les professionnels de terrain, mais au moins il y a un cadre, un cadre de fonctionnement qui va être un projet associatif. Il y a un cadre de fonctionnement qui va être un projet associatif duquel va décliné les valeurs qui vont porter le P.E, les projets de service. (55.35)

Si on l'analyse à différents niveaux, on travaille sur de la personnalisation, pas sur de la globalisation, chacun tire la couverture à soi, on se met ensemble pour certaines choses mais on ne voit pas sur un temps plus long.

Je ne sais pas, il y a pas mal de groupements médico-sociaux qui se mettent en place sociaux (GCSMS, GIPS...) c'est assez récent, l'intention se développe, dans une logique de mutualisation, de partenariat pour répondre aux besoins des territoires.

Les professionnels ont-ils connaissance de tout cela ?

J'ai deux visions, celle de mon précédent poste et celle d'ici. Les professionnels de terrain peuvent être associés à cela, dans la démarche, informés.

Ça dépend de la gouvernance.

C'est ça. Cet établissement a une histoire qui fait qu'aujourd'hui la question de la communication descendante, la question des partenariats, tout cela pour moi est à construire, il y a une envie, des capacités des professionnels. Ces dernières années, on était sur une institution fermée et peu d'ouverture sur ce qui se passe dans le secteur. Dans le précédent établissement précédent on était beaucoup dans la relation partenariale, avec les principaux acteurs et après au besoin en fonction des accompagnements. On était dans l'échange avec les principaux acteurs, dans des prestations qu'on proposait aussi gratuitement car ça avait du sens, ça permettait de mobiliser et valoriser les compétences professionnelles dans l'établissement, on était sur une logique d'expertise pas financière. La logique d'expertise est aussi importante pour les compétences mobilisées mais aussi pour la valorisation de l'établissement. Donc les

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

professionnels étaient aussi de fait intéressés aux évolutions du secteur et s'y intéressaient de fait. A partir du moment où vous donner de l'information, ils vont aussi à l'extérieur en relation avec les partenaires, ils participent à des instances, ils sont sollicités, ça permet d'avoir de l'information, de la rechercher et de la diffuser. Tout en sachant qu'après la particularité de l'établissement c'était que les professionnels venaient d'horizons différents.

Dans un IME, on est quand même très centré sur le secteur médico-social et l'expérience de chacun, l'information n'est peut-être pas arrivée jusqu'à eux et tous les professionnels ne sont pas dans cette logique-là. Mais ça tient aussi à la gouvernance et l'information est à donner en continu parce que ça permet de s'intéresser, de se questionner, de voir l'évolution du secteur car elle impacte de fait. C'est bien de savoir ce qui se fait, ce qui existe pour idéalement s'y préparer et être à minima sensibiliser. C'est important cette dimension de la communication, la sensibilisation des professionnels.

S'il y avait une préconisation à faire ça serait celle-là.

Les professionnels des équipes éducatives ne sont pas que des accompagnants. Aujourd'hui pour certains, ils sont dans cette posture là et ne s'autorise pas à prendre un peu de hauteur, se décentrer d'un accompagnement et pouvoir parler de la pratique, des questionnements, de l'évolution, c'est quelque chose d'intéressant et il y a trop peu de temps dans l'établissement où l'on peut faire ça. Le quotidien absorbe beaucoup de choses mais cette dimension est traitée aussi à travers la formation. Ça permet un apport de connaissance, un échange de pratiques avec d'autres professionnels parfois de secteurs différents, des structures autres, le regard d'un intervenant qui permet de questionner sa pratique, d'ouvrir et de donner de l'information et ça c'est important. (Fin à 1 .02. 11) La formation est aussi importante pour cela. Ça permet d'avoir du recul, de la distance par rapport au secteur et à son quotidien.

Il y a des axes clairement à développer après ça tient à des positions institutionnels.

Tout à l'heure vous parliez d'un fonctionnement organisationnel ?

Il y a les deux, la dimension de l'organisation. Quand l'organisation est posée on peut ensuite se focaliser sur autre chose. Il faut qu'il y ait une forme de ronron et de routine, je ne parle pas de l'accompagnement des personnes, qu'on sache qui fait quoi dans l'organisation, que ce soit automatisé, à partir de là on n'a pas à se préoccuper de ces choses. Pour moi toutes les réunions, plannings sont posés en début d'année scolaire, ça peut changer à la marge mais après, on s'en occupe plus. C'est pareil pour les équipes. Il est préférable d'avoir des personnes ressources quant aux demandes qu'on a à formuler, ou alors une démarche formalisée. C'est quelque chose qui prend du temps. Il faut une organisation qui soit pérenne dans le temps et qui soit indépendante des professionnels, parce que les équipes peuvent changer, le chef de service, la direction. Il faut une organisation suffisamment satisfaisante pour qu'elle puisse être pérenne. Il faut que ça bouge aussi, qu'elle soit améliorée, qu'elle évolue positivement au regard des besoins, des équipes et de la direction. Il faut que ce soit un fonctionnement autonome pour après se consacrer au cœur de métier mais qui passe par la communication, le partenariat, les liens de développement du réseau, en première intention, les liens avec la famille.

Il faut que les choses soient expliquées, si on prend l'exemple du réseau.

Il tient à la personne, pour qu'il continue, il faut en avoir connaissance, qu'il soit partagé. Le réseau, on le mobilise en fonction des accompagnements. La compétence ne peut pas appartenir à un professionnel. Les compétences doivent être partagées au sein des équipes éducatives, les équipes évoluent mais il faut que chacun à un moment donné puisse se mobiliser, prendre des contacts. On pourrait faire un répertoire professionnel, car il n'y en a pas. Chaque professionnel pourrait y participer.

Il y en a eu un mais il n'est pas actif, pas mis à jour

Oui, il n'est pas mis à jour.

Qui le fait ?

C'est le secrétariat et tous les professionnels jouent le jeu. Mais on n'est pas encore dans cette pratique-là. Dans ce sens-là on a plein de ressources en interne.

Mais cela va se voir dans l'évaluation interne ?

Ça devrait.

La précédente évaluation interne, on avait pointé pas mal de points à améliorer et ça avait marché

Mais il faut que tienne dans le temps. Mais il n'y a pas de trace et c'est dommage. Il faut formaliser à minima le qui fait quoi parce qu'à un moment donné il faut pouvoir faire les procédures ou démarches mêmes si les personnes responsables ne sont pas là. C'est tranquilisant et les relais on les trouve. Et quand un nouveau professionnel arrive, ça permet de savoir ce qui est fait et comment.

On n'est pas dans le processus même si on a une direction commune, mais les équipes ne sont pas encore là-dedans. Il y a une question de dynamique institutionnelle. Il faut que cela soit porté à tous les niveaux. Si on raisonne processus, démarche qualité, formalisation, accompagnement de parcours, ça aussi c'est une dynamique qui est importante et c'est vrai qu'il faut en parler. Il faut parler qualité, connecter qualité mais il faut impliquer aussi.

Il y a eu une dynamique.

Une dynamique partagée du coup. Il ne faut pas que ça se limite à de la formalisation de procédures. Il faut que ce soit plus vivant que ça. Le travail de la rentrée participe de ça sur la référence éducative (fin 1.12). On mobilise des professionnels qui seront disponibles pour ça mais ça permet de créer une dynamique par des petits groupes de travail qui pourront être poursuivis dans l'année. On n'a peu de temps pour ça. Mais c'est mettre en place des choses très concrètes qui parlent au quotidien, pouvoir mélanger les groupes, les compétences parce que ça participe aussi de la dynamique, d'une appartenance et de la notion d'équipe au sens large.

Fin de l'entretien.

Discussion après les questions.

Pas mal de choses sont liées. La dimension de parcours tient à tellement de choses, d'une structure à l'autre on va le construire différemment, il y a le parcours au sein de l'établissement et puis ce qu'on appelle dans la cartographie des processus, la préparation à la sortie. C'est se dire à quel moment elle commence cette sortie ? Pour moi, elle commence très tôt. Il faut que pour les autres professionnels elle commence aussi très tôt. C'est la question des possibles après. Je pense qu'on va tendre vers l'accompagnement en libéral à un moment donné. C'est pouvoir dresser une cartographie.

C'est bien que l'accompagnement soit personnalisé, individualisé mais, il ne faut que ce ne soit uniquement une consommation de services car ça n'a pas de sens.

Touta ABED – Mémoire DEIS

Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation

Oui bien sûr, c'est la question du sens, du pourquoi et puis à un moment donné, la question de l'adhésion du jeune et de la famille. On peut avoir plein de bonnes intentions.

Ce sont nos projections.

Oui voilà. C'est parfois le travers. Dès 15 ans on peut évaluer, avec le jeune, la famille, voir les points qui se profilent etc. il ne faut pas être enfermant, il faut laisser la possibilité d'évolution tout en gardant les points de vigilance qu'on avait pu à un moment donné nommés, avoir en tête. Cet accompagnement est particulier, le jeune a un moment donné peut s'essouffler, en avoir marre de l'établissement qu'il côtoie au quotidien depuis des années. Et pour l'équipe, c'est pareil. En milieu ordinaire, il change de classe tous les ans, il se renouvelle. Ici il y a une forme de constance, les équipes ici sont relativement stables. D'accompagner l'enfant depuis des années, ça peut être enfermant pour tout le monde.

C'est important de changer de service, pas juste de groupe.
Mais se mettre aussi du point de vue du jeune. Il peut y avoir un ronron.

Ils nous connaissent par cœur, on les connaît par cœur. On pense pour eux.

Ils ne pensent plus, enfin, ils savent qu'on pense pour eux, c'est une vigilance à avoir. Ils s'appuient beaucoup sur nous. C'est le travers, on peut avoir des jeunes qui ne vont pas faire l'effort de, parce qu'ils savent que l'équipe est là, ils vont être pris, accompagnés et ça traduit peut être à un moment donné un ras le bol d'un accompagnement au quotidien.

Ça peut l'être. On le ressent déjà pour nous.

C'est humain. Passer le relais à un moment donné c'est important. On peut, peut-être trouver la même réponse sur un accompagnement qui sera un peu plus ponctuel qui va répondre aux besoins du jeune. C'est important et ça nécessite de se pencher sur l'offre médico-sociale, les structures et ça c'est un travail à part entière, au-delà des ESAT, des entreprises adaptées, des accueils de jour, se dire quels seraient les relais, la Mission Locale serait un relais cible. Pour cette dimension d'orientation, pouvoir rencontrer les structures c'est important.

Il faut du temps et pour ça il faut que le quotidien soit « automatisé », qui tourne au quotidien, ça enrichirait tout le monde et ça n'appartient pas qu'à un ou deux professionnels. Il y a une trace et ça nous donne les possibilités, des attendus, c'est adapté ou pas adapté. On pourra ainsi être dans l'orientation vers cette structure-là plutôt qu'une autre. **On va aussi orienter la manière dont on va demander l'orientation à la MDPH. Puisqu'on sait on va aller clairement vers le projet de service. On emmène clé en main les éléments qui permettent de valider l'orientation. Voilà ce qu'on observe, cette orientation est pertinente parce qu'elle correspond. C'est l'argumentaire. On le construit à partir du moment où on connaît les structures.** Ça peut être porté par n'importe quel membre de l'équipe, c'est la question de l'analyse collégiale. On teste quand on le peut cet accompagnement. Faire cette démarche c'est déjà important. C'est confronté nos pensées à la réalité, est-ce la bonne option ou pas. Dans l'accompagnement au-delà de l'orientation c'est valable pour tous. On est sur du parcours qui se construit. Mon objectif est qu'on arrive à cette notion de co-construction, je pense que c'est difficile avec le soin car le discours est assez peu basé sur le projet thérapeutique de l'enfant. Les axes d'accompagnement ne sont pas clairement énoncés. On parle d'activités, de comportement. Ils ne nous sont pas énoncés. Cette logique de co élaboration de projet et de co accompagnement est intéressante. La dimension du référent est importante, le référent éducatif porte cela, il va être dans le nœud entre la famille, de l'équipe pluri, les partenaires externes. C'est lui qui va centraliser l'information, il est relais d'information sans tout gérer. Il est le centre de l'accompagnement. La coordination et management d'équipe, ça me revient, mais ce n'est pas le laisser tout seul avec son accompagnement. C'est lui le lien entre les différents acteurs. Il faut que les accompagnements et les rôles de chacun soient posés pour pouvoir s'autoriser à aller voir des partenaires, qu'on est tous un discours commun. C'est présenter l'IME en le véhiculant de la même manière. Cette notion d'appartenance et de valeurs communes sont importantes, cette notion d'équipe large est importante car ça permettra d'avoir les mêmes postures vis-à-vis de l'extérieur, d'avoir la même posture vis-à-vis des parents et des partenaires. Mais ça se construit pas en une année et les bases sont là et la volonté des équipes de suivre ce mouvement est là, et, il faut que ce soit porté à tous les niveaux parce que le cadre intermédiaire à un moment donné, peut porter des choses mais pas tout et la dynamique doit être insufflée plus haut.

Fin de l'entretien.

NOM : ABED	Prénom : Touta	Session de soutenance : Décembre 2017
FORMATION : DIPLOME D'ETAT D'INGENIERIE SOCIALE		
TITRE : Parcours et accompagnement : Les IME en (-) quête de réorganisation		
<p>RESUME :</p> <p>Les missions principales d'un Institut médico-éducatif sont d'assurer une éducation adaptée et un accompagnement éducatif et médico-social aux enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap. Les équipes de cet établissement mettent en œuvre un accompagnement global tendant à favoriser l'intégration dans les différents domaines de la vie, de la formation générale et professionnelle et de l'inclusion dans la société. Le travail avec l'ensemble des acteurs du territoire est une action essentielle pour permettre de coordonner, d'organiser et de mobiliser les moyens nécessaires à l'inclusion sociale et professionnelle de ces personnes. C'est construire un travail coopératif, créer une synergie autour de projets afin de mettre en place un parcours et sa continuité qui réponde au plus juste aux besoins et attentes des personnes et de leur famille. Cependant, travailler avec les autres n'est pas inné. Plusieurs difficultés se dressent dans cette démarche pour mener à bien cette mission.</p> <p>Cette étude tente de comprendre comment les organisations face aux évolutions en matière de politiques publiques, de référentiel que le secteur médico-social traverse, se positionnent et répondent aux besoins et attentes des personnes.</p> <p>Ce travail de recherche constitué de lectures d'ouvrages, d'articles, de données chiffrées, d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de professionnels intervenant en établissements et services médico-sociaux propose une réponse à la question des logiques coordonnées et de la continuité des parcours qui en découle.</p> <p>L'analyse stratégique des acteurs et la notion d'identité professionnelle ont été le cadre de références pour mettre en lumière les difficultés rencontrées par les acteurs. Mais la coordination suffit-elle à résoudre l'ensemble de ces problèmes ?</p> <p>Les préconisations présentées dans cette étude nous permettent d'identifier de possibles axes de réflexion rappelant ainsi l'utilité sociale des IME et leur nécessaire évolution quant à leur fonctionnement notamment au regard de l'évolution de notre société et de ses individus.</p>		
MOTS CLES : IME Parcours Accompagnement Organisation Coopération Identité professionnelle Analyse stratégique		
NOMBRE DE PAGES : 119	Volume (s) annexé (s) : 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
CENTRE DE FORMATION :		
Collège Coopératif Provence Alpes Méditerranée Europôle Méditerranéen de l'Arbois, BP 50099 13793 AIX-EN-PROVENCE cedex 3		