

**REORGANISER UN CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR
POUR RÉPONDRE AUX ATTENTES ET BESOINS PLURIELS
D'ADULTES DÉFICIENTS MENTAUX**

**DE LA NECESSITE DE RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES
AVEC TED A L'OPPORTUNITÉ DE BÂTIR UNE COHÉRENCE
INSTITUTIONNELLE GLOBALE**

Mohamed HAMADOU

École des Hautes Études en Santé publique

2016

Remerciements

Je voudrais remercier Damien Hilaire, directeur du Foyer d'hébergement et du SAVS de l'Île Barbe de l'Association lyonnaise de gestion établissements pour personnes déficientes à Caluire-et-Cuire pour sa disponibilité et son écoute ;

Marie-Louise Grellier, directrice de Complexe au sein de l'ADAPEI du Rhône, qui m'a apporté conseils et soutien durant mon parcours de formation au CAFDES ;

Christophe Walisko, ancien chef de service du Centre d'accueil de jour de Parilly à Bron, aujourd'hui directeur du CMPP-Bossuet Lyon, pour les échanges que nous avons eu tout au long de la réalisation de ce mémoire ;

Mes remerciements également à toute l'équipe du Centre d'accueil de jour de Parilly pour son professionnalisme, son engagement pour les usagers, sa volonté de toujours faire progresser la structure.

Mes remerciements pour finir à mes proches, mes amis pour leur soutien, leur présence et leur chaleur.

Sommaire

Introduction	1
1 Hétérogénéité des publics accueillis et diversité des problématiques à intégrer.....	4
1.1 La déficience intellectuelle : caractéristique commune des adultes accueillis	4
1.1.1 Des usagers vivant principalement en famille dans l'Est lyonnais.....	5
1.1.2 Des niveaux hétérogènes d'autonomie et d'indépendance des usagers, officialisation de la présence des personnes avec TED.....	5
1.1.3 Ouvrir davantage le CAJ aux personnes avec TED et adapter l'accompagnement.....	9
1.1.4 Flux de populations attendues au CAJ dans les années à venir	10
1.2 Renforcer la référence au cadre légal pour faciliter l'exercice des droits de l'usager	12
1.2.1 De l'engagement à la professionnalisation des ESSMS	12
1.2.2 La loi du 11 février 2005 : inclure, reconnaître la diversité et faciliter l'accès au milieu ordinaire.....	14
1.2.3 Transfert du sanitaire au social et médico-social : un mouvement de fond	16
1.3 Analyse institutionnelle : une inscription dans une grande association départementale du secteur social et médico-social	17
1.3.1 L'ADAPEI du Rhône, une offre d'accompagnement diversifiée inscrite dans une double logique : militante et instrument des politiques publiques.....	18
1.3.2 Une culture militante encore vivante chez les professionnels du CAJ.....	18
1.3.3 Entre centralisation de la gestion et autonomie opérationnelle, un positionnement parfois inconfortable	19
1.3.4 Le CAJ de Parilly : une histoire mouvementée, des difficultés économiques, un Projet d'établissement à revitaliser, des processus à réajuster ou à créer	20
1.3.5 Le CAJ de Parilly : une identité floue	23
1.3.6 Héritage historique, habitudes professionnelles en déphasage avec les besoins d'une partie de la population accueillie.....	24
1.4 Conclusion de la première partie	26

2	Personnaliser l'accompagnement en impliquant les professionnels.....	27
2.1	Pour une définition renouvelée de l'accompagnement et des pratiques.	28
2.1.1	Éthique de l'accompagnement et prévention de l'ancrage dans la liminalité ..	28
2.1.2	Développer la communication au quotidien, objectiver l'évaluation des besoins et la formalisation d'objectifs, adapter l'accompagnement	33
2.1.3	Redéfinir les principaux processus d'accompagnement.....	35
2.2	Promouvoir les droits des usagers en rééquilibrant le cadre relationnel et institutionnel	37
2.2.1	Refonder les liens avec usagers et partenaires.....	37
2.2.2	Définir et affirmer l'identité du CAJ par son utilité sociale et la qualité de ses accompagnements	39
2.2.3	Bâtir de véritables partenariats pensés sur la durée et en termes d'objectifs .	41
2.3	Sens, cohésion et vision partagée à construire : orienter et impliquer ...	43
2.3.1	Les ressorts de l'évolution du CAJ envisagé comme une bureaucratie ou organisation professionnelle : donner le cap et impliquer.....	43
2.3.2	De la bureaucratie professionnelle à l'organisation apprenante	45
2.3.3	Affirmer une position, tenir compte des objections et s'appuyer sur le groupe comme instrument de changement.....	46
2.3.4	Rendre vivant l'exercice des métiers pour inscrire durablement le changement.....	47
2.4	Conclusion de la deuxième partie	48
3	Mobiliser les professionnels, refonder le projet institutionnel pour revitaliser le cadre d'action du CAJ et rénover les pratiques	49
3.1	Mobiliser et inscrire les professionnels dans une démarche d'apprentissage organisationnel	52
3.1.1	La démarche d'évaluation interne et d'élaboration du Projet d'établissement.	53
3.1.2	Reconfigurer les instances et processus de communication / coordination / intégration de la stratégie.....	56
3.1.3	Faire des ressources humaines un levier clé du changement	58
3.2	Redonner leur place aux personnes présentant des TED en améliorant le fonctionnement global du CAJ	60
3.2.1	Aménager, rendre lisible et rassurant l'environnement physique et humain ...	61
3.2.2	Appuyer et soutenir les professionnels : le développement des compétences clés.....	64
3.2.3	Intégrer la dimension médicale dans les processus et pratiques.....	67

3.2.4	Évaluer les besoins, attentes et acquis des usagers, évaluer les effets de l'accompagnement.....	69
3.3	Revitaliser les outils de la loi 2002-2 et renforcer la qualité des réponses	72
3.3.1	Ajustements des processus clés : personnaliser, objectiver et associer usagers et entourage.....	72
3.3.2	Réécrire les principaux outils de la loi de 2002 : faciliter l'exercice des droits et communication / expression.....	74
3.3.3	Construire et formaliser des partenariats externes : désinstitutionnaliser en intégrant les apports de l'extérieur	76
3.4	Le plan de communication : promouvoir cohésion et cohérence institutionnelles.....	77
3.4.1	Les usagers.....	77
3.4.2	L'entourage	78
3.4.3	Les professionnels	78
3.4.4	Prévenir les distorsions liées à la communication orale.....	78
3.5	Conclusion de la troisième partie	79

Conclusion : Ancrer le changement et consolider la dynamique d'amélioration des pratiques	80
--	-----------

Bibliographie	81
----------------------------	-----------

Liste des annexes	I
--------------------------------	----------

Liste des sigles utilisés

ADAPEI :	Association départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales
AJ :	Accueil de jour
AMP :	Aide médico-psychologique
ANACT :	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANESM :	Agence nationale d'évaluation du secteur social et médico-social
CAJ :	Centre d'accueil de jour
CAMSP :	Centre d'action médico-sociale précoce
CAT :	Centre d'aide par le travail
CASF :	Code de l'action sociale et des familles
CATTP :	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CEDIAS :	Centre d'études de documentation, d'information et d'action sociales
CG :	Conseil général
CHS :	Centre hospitalier spécialisé
CIF :	Classification internationale du fonctionnement
CIM :	Classification internationale des maladies
CMP :	Centre médico-psychologique
CMPP :	Centre médico-psycho-pédagogique
CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CRA :	Centre ressources autisme
CVS :	Conseil de vie sociale
CREHI :	Centre régional d'études et d'animation sur le handicap et l'insertion
CUI-CAE :	Contrat unique d'insertion - Contrat d'accompagnement dans l'emploi
CVS :	Conseil de la vie sociale
DAPELA :	Pôle de l'autisme et des psychoses d'évolution longue de l'adulte
DG :	Directeur général
DGA :	Directeur général adjoint
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMA :	Équipe Mobile autisme
ES :	Éducateur spécialisé
ESAT :	Établissement et service d'aide par le travail
ESSMS :	Établissement et service social et médico-social
ETP :	Équivalent temps plein
ETS :	Éducateur technique spécialisé

FAM :	Foyer d'accueil médicalisé
FDV :	Foyer de vie
FH :	Foyer d'hébergement
FEGAPEI :	Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles
HAS :	Haute autorité de santé
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
IME :	Institut médico-éducatif
IMPRO :	Institut médico-professionnel
IRP :	Instances représentatives du personnel
MAS :	Maison d'accueil spécialisé
ME :	Moniteur-éducateur
MDPH :	Maison départementale des personnes handicapées
MJC :	Maison des jeunes et de la culture
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PAC:	Plan d'amélioration continue
PAP :	Projet d'accompagnement personnalisé
PECS :	Picture Exchange Communication System
PISR :	Pôle intersectoriel de soin et de réhabilitation
RH :	Ressources humaines
SAVS :	Service d'accompagnement à la vie sociale
SROMS :	Schéma régional d'organisation médico-sociale
TEACCH :	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children
TED :	Troubles envahissants du développement
TO :	Taux d'occupation
TSA :	Troubles du spectre autistique
UNAPEI :	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis

Introduction

Le Centre d'accueil de jour (CAJ) de Parilly relève de la catégorie Foyer de vie (FDV) sans hébergement. Première structure de ce type dans le Rhône, l'établissement disposait à mon arrivée, en mars 2012, d'un agrément du Conseil général (CG) du Rhône¹ de 102 places pour des personnes en situation de déficience mentale. Ces usagers étaient encadrés par une équipe de 29 personnes en Équivalent temps plein (ETP).

Le CAJ de Parilly se répartissait alors en deux sites : le premier situé rue Forest à Vénissieux et le deuxième rue du Génie à Bron. Le CAJ est intégré au Complexe du « Sud-Est lyonnais », faisant partie de l'Association départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales (ADAPEI) du Rhône. La vétusté des locaux des deux lieux a conduit la Direction générale de l'ADAPEI à envisager la rénovation des 1 400 m² du site de la rue Forest et la construction de 450 m² supplémentaires. L'objectif est de rapatrier, en janvier 2017, les activités, les professionnels et les usagers de Bron. Une transition avec essaimage des populations sur les deux sites a été mise en place au démarrage des travaux en septembre 2015.

J'ai connu le Centre d'accueil de jour de Parilly comme stagiaire CAFDES dans un contexte particulier où le Projet d'établissement était en cours de réécriture. Ma mission était d'appuyer les équipes lors de l'évaluation interne qui s'est achevée en juin 2013 avec la remise du rapport au CG du Rhône. J'ai ensuite assuré pendant six mois les fonctions de chef de service en tant que cadre de direction de transition à la suite du départ de mon prédécesseur qui n'avait pas confirmé sa période d'essai. J'ai continué de m'investir au sein du CAJ jusqu'en mars 2015 afin d'accompagner le nouveau chef de service dans sa prise de fonction et dans la finalisation du Projet d'établissement.

En mars 2012, le CAJ présentait deux problèmes principaux : un taux d'occupation (TO) anormalement bas et un accompagnement inadapté des personnes souffrant de Troubles envahissants du développement (TED). Ce diagnostic a été validé par deux évaluations menées en interne et en externe. Les équipes du CAJ avaient globalement des difficultés à personnaliser l'accompagnement des usagers où les activités collectives dominaient. La nécessité de mieux répondre aux besoins des personnes souffrant de TED m'a servi d'opportunité pour réorganiser l'ensemble du CAJ afin de mieux répondre aux besoins et demandes des personnes accueillies.

¹ Dont les compétences pour le pilotage des ESSMS ont été reprises en 2015 par une nouvelle collectivité territoriale, le Grand Lyon.

Dans le cadre de ce mémoire, j'adopterai la position du directeur de Complexe. Pour traiter les points clés de ma problématique, je m'appuierai en particulier sur :

- les résultats de l'enquête de mars 2013 portant sur le processus d'accueil du CAJ,
- l'analyse, de juin 2013, des projets individuels d'usagers à partir d'un échantillon représentatif de 30 %,
- les entretiens semi-directifs avec les professionnels du CAJ et des partenaires du champ sanitaire (membres de l'équipe Mobile autisme, DAPELA) conduits entre mars 2013 et juillet 2014,
- les résultats de l'évaluation interne de juin 2013 et externe d'avril 2014,
- les résultats de l'étude de population réalisée en février 2014 par J.-P. VESIN, étudiant en Master 2 « Situations de handicap, éducation inclusive » à l'université Lyon 2,²
- les résultats des groupes de travail chargés de la mise en œuvre des plans d'action d'amélioration et de la réécriture du Projet d'établissement. Débutés en mai 2013, ils se poursuivent aujourd'hui dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue.

Dans une première partie, je présenterai le contexte global du CAJ au regard de la population accueillie. Je décrirai les caractéristiques globales de l'accompagnement en m'appuyant sur les résultats des évaluations internes et externes. Les politiques publiques seront également abordées comme le cadre de référence à revitaliser. Je décrirai le rapport avec l'ADAPEI du Rhône, l'organisation sur les deux sites, la composition et le fonctionnement de l'équipe.

Dans une deuxième partie, je m'attarderai sur les principes qui vont nous permettre de personnaliser davantage l'accompagnement et de répondre en particulier aux spécificités des personnes souffrant de TED. J'affinerai le diagnostic institutionnel du CAJ et présenterai les bonnes pratiques de références portées principalement par l'Agence nationale d'évaluation du secteur social et médico-social (ANESM). J'exposerai également les modalités de construction du changement organisationnel que j'ai choisies.

La dernière partie portera sur les plans d'action réalisés et à mettre en œuvre à court ou moyen terme. Je reviendrai sur les objectifs poursuivis, les premiers résultats et les indicateurs de réalisation.

² Étude de population réactualisée chaque année.

Ces plans d'action sont liés à trois grands objectifs :

- amener les professionnels à modifier leur conception de l'accompagnement, de la place des usagers et de leur entourage,
- ajuster et adapter les modalités et processus d'accompagnement ainsi que les outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,³
- inscrire la démarche dans une perspective de changement durable en développant un fonctionnement basé sur l'organisation apprenante.

Le projet immobilier et la démarche de réécriture du Projet d'établissement constituent deux leviers clés sur lesquels je me suis particulièrement appuyé.

Ce mémoire se présente sous la forme d'un récit portant sur une démarche d'accompagnement du changement marquée par plusieurs étapes qui se chevauchent :

- un temps où dominant les logiques de *diagnostic* et de *mobilisation* des professionnels afin de « remettre l'utilisateur et son entourage au centre » (période de 2013 et 2014),
- un temps où dominant des logiques d'*élaboration*, de *mise en œuvre* et d'*évaluation* de plans d'action (période de 2014 à aujourd'hui).⁴

³ LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel du 3 janvier 2002, 124-142, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁴ J'ai terminé l'écriture des grands chapitres de ce mémoire le 6 mai 2016.

1 Hétérogénéité des publics accueillis et diversité des problématiques à intégrer

1.1 La déficience intellectuelle : caractéristique commune des adultes accueillis

L'agrément du CAJ de Parilly précise que l'accueil d'adultes concerne des personnes des deux sexes, âgés d'au moins 20 ans, handicapées mentales reconnues inaptes au travail. Le CAJ disposait d'un agrément de 102 places en 2013. À la demande du Conseil général du Rhône, il comptera 108 usagers en janvier 2017 en intégrant six personnes relevant de l'amendement Creton. Selon les termes de l'agrément, les adultes handicapés accueillis ont une « déficience moyenne ou profonde ». Ils ne peuvent pas ou plus se soumettre au rythme de travail d'un Établissement et service d'aide par le travail (ESAT), mais ont un minimum d'autonomie pour accomplir les actes simples de la vie quotidienne. Les usagers sont orientés au CAJ par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans sa Classification internationale des maladies (CIM-10), définit la déficience mentale comme un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence. Il concerne en particulier les fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales.⁵

Les classements, habituellement retenus par l'OMS⁶, distinguent⁷ :

- le *retard léger* (QI de 69 à 50) : personnes avec des difficultés scolaires, mais capables de s'adapter à l'environnement social de façon autonome à l'âge adulte,
- le *retard mental moyen* (QI de 49 à 35) : personnes connaissant dans l'enfance des retards de développement importants, mais ayant de bonnes capacités de communication et une dépendance partielle, avec nécessité de soutiens de différents niveaux pour s'adapter à l'environnement social à l'âge adulte,
- le *retard moyen grave* (QI de 34 à 20) : personnes ayant besoin d'un soutien prolongé,
- le *retard mental profond* (QI de moins de 20) : personnes ayant peu de capacités à communiquer, à se déplacer et à prendre soin d'elles-mêmes.

⁵ LOUYS J. (2014). Législation psy, disponible sur internet : <http://www.legislation-psy.com>. Cité par FARGETON A., 2013, *Conduire l'indispensable évolution des pratiques pour l'accueil d'enfants porteurs de TED dans un IME à double agrément*, mémoire CAFDES : EHESP, 120 p., p. 3

⁶ BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE, Organisation mondiale de la santé, disponible sur internet : <http://www.euro.who.int/fr/home>. Cité par FARGETON A., *ibid.*, p. 4

⁷ CAMBERLAIN P., 2011, *Politiques et dispositifs du handicap en France*, 2^e édition, Paris : Dunod, 156 p., p. 13

Au moment de l'étude de population en 2014, les usagers du CAJ⁸ se répartissaient ainsi : 20 % avaient un retard moyen, 50 % un retard grave, 25 % un retard profond et 5 % un retard léger. Cette dernière population, plutôt présente sur le site du Génie, est relativement autonome : les usages sont capables de prendre les transports seuls, d'occuper un emploi si cela présente un intérêt pour eux ou si leur comportement social le permet.

1.1.1 Des usagers vivant principalement en famille dans l'Est lyonnais

La majorité des personnes accueillies réside à Vénissieux et dans les communes avoisinantes de l'Est lyonnais : Villeurbanne, Saint-Priest, Saint-Fons, Vaulx-en-Velin et Décines. Avant d'intégrer le CAJ, elles étaient principalement issues d'Instituts médico-éducatifs (IME), mais certaines provenaient également d'ESAT ou de sections d'adaptation. La quasi-totalité (90 %) vit en famille.⁹ Le fait que les usagers aient eu un parcours antérieur dans des structures institutionnelles est, selon moi, un atout : ces personnes et leurs familles ont une expérience de la relation avec une équipe éducative et de la vie en établissement social et médico-social ce qui facilite grandement leur adaptation.

D'un point de vue sociologique, les familles reflètent la population « type » vivant dans l'Est lyonnais, un territoire qui connaît des difficultés sociales et économiques.¹⁰

Depuis 2012, il y a eu un renouvellement et un rajeunissement importants de la population.¹¹

1.1.2 Des niveaux hétérogènes d'autonomie et d'indépendance des usagers, officialisation de la présence des personnes avec TED

L'étude de population réalisée au premier trimestre 2014 a permis de mettre en évidence la présence de personnes ayant des Troubles envahissants du développement. Ils représentaient — et représentent encore aujourd'hui — près de 30 % de l'effectif global. Cette première étape est essentielle pour la prise en compte « officielle » de leurs besoins spécifiques.

Certains usagers du CAJ avaient et ont encore des problèmes de santé qui nécessitent des aménagements et un suivi spécial : aide au régime, repos supplémentaire, adaptation du rythme et du nombre d'activités, suivi de la prise de médicaments, etc.¹² Cet accompagnement particulier augmente avec leur vieillissement. Le CAJ, de par son

⁸ Annexe 1 : Caractéristiques de la population accueillie au CAJ. Proportions analogues en 2015 et 2016 au regard des mouvements enregistrés.

⁹ Annexe 1 : Caractéristiques de la population accueillie au CAJ. Rubrique : répartition par moyens de locomotions.

¹⁰ INSEE ANALYSE RHÔNE-ALPES, février 2015, Précarité dans le Grand Lyon : vers une réduction, mais plus de concentration, n° 22, disponible sur internet : <http://www.insee.fr>, 4 p.

¹¹ Étude de population réalisée par VESIN J.-P., Année universitaire 2013-2014, *La vie dans un centre d'accueil de jour : Enfance prolongée ou transition vers l'âge adulte ?*, mémoire Master 2 Professionnel « Situations de handicap, éducation inclusive » : université Lyon 2, 98 p.

¹² Annexe 1 : Caractéristiques de la population accueillie au CAJ. Suivi médicaux extérieurs/Proportion d'usagers aidés dans les actes de la vie quotidienne.

agrément, n'est pas en mesure de disposer de personnel médical tel que des infirmiers ou des aides-soignants.

A) Les Troubles envahissants du développement : de nombreuses manifestations

La terminologie TED, définie par la CIM-10, évoque des troubles aux manifestations variées, présents dès l'enfance, envahissants et durables, qui modifient le développement cérébral. Les personnes atteintes de TED peuvent être porteuses de déficience intellectuelle (de sévère à légère) ou avoir des capacités intellectuelles supérieures à la moyenne. Le point commun à toutes ces manifestations est appelé la triade autistique¹³ qui regroupe le déficit dans la communication verbale et non verbale, les intérêts et comportements restreints et l'interaction des relations sociales. « Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toute situation ».¹⁴ Dans la révision de la DSM IV8 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de mai 2013, la notion de Troubles du spectre autistique (TSA) remplace celle de TED. Elle met l'accent sur la multitude de symptômes individuels et sur l'aspect social de ce trouble. Les deux premiers groupes de la triade autistique sont ainsi remplacés par un seul : « troubles de la communication sociale ».¹⁵ En France, l'outil diagnostique de référence au moment de l'élaboration de mon mémoire est la CIM-10, qui continue à utiliser le terme de TED. C'est donc celui que j'emploierai. Si les comportements regroupés sous la triade autistique ont fait l'unanimité parmi les praticiens et théoriciens, l'explication des causes de l'autisme a rencontré des controverses importantes et a parfois divisé le corps professionnel et les familles.

B) Historique : d'une conception psychanalytique à la triade autistique

Leo KANNER (1943), psychiatre américain, nomme pour la première fois le nom d'autisme infantile un ensemble de particularités observé chez des enfants : retard dans le langage, tendance à l'isolement et besoin d'immuabilité. Il le différencie de la schizophrénie infantile par sa manifestation principale qui est l'impossibilité d'entrer en interaction selon une norme sociale avec les autres.¹⁶ En France, la psychanalyste Maud MANNONI considère l'origine de l'autisme comme une réponse de l'enfant aux paroles de ses parents qui entraînent un arrêt de son développement.¹⁷ Cette ligne de pensée, reprise en 1956 par Bruno BETTELHEIM, fera porter la responsabilité de l'autisme sur la mère. Ces positions idéologiques ont été illustrées par les thérapies de l'isolement qui consistaient à séparer

¹³ ROGÉ B., 2008, *Autisme, comprendre et agir*, 2^e édition, Paris : Dunod, 227 p., p. 22. Cité par FARGETON A., 2013, *Conduire l'indispensable évolution des pratiques pour l'accueil d'enfants porteurs de TED dans un IME à double agrément*, mémoire CAFDES : EHESP, 120 p., p. 22

¹⁴ HAS, 2010, État des connaissances. Autisme et autres TED, disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>, 186 p., p. 4

¹⁵ CONSTANT J., 2013, *Voyager en pays autiste*, Paris : Dunod, 175 p., p. 27

¹⁶ Cité par FARGETON A., *ibid.*, p. 21

¹⁷ HOCHMANN J., 2009, *Histoire de l'Autisme. De l'enfant sauvage aux TED*, Paris : Odile Jacob, p. 331. Cité par FARGETON A., *ibid.*, p. 22

l'enfant de ses parents en le plaçant dans un établissement. Cette conception entraîna la culpabilité des familles et une scission entre les courants de pensée.¹⁸

Lorna WING, psychiatre, apporte un renouveau sur le sujet en proposant une définition de l'autisme à partir de la triade autistique.¹⁹ Cette évolution conceptuelle historique se traduit dans les outils de diagnostic et dans les nomenclatures utilisées. À partir de la 10^e révision de la CIM de l'OMS en 1993, les Troubles envahissants du développement, appelés aussi Troubles du spectre autistique, sont décrits comme des troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales, un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif et des altérations qualitatives de la communication. Ces anomalies qualitatives apparaissent avant trois ans. Ces trois groupes de critères ont été repris par la Haute autorité de santé (HAS) en 2010.²⁰ Les personnes avec TED diffèrent entre elles par l'intensité des troubles, leur durée et leur fréquence.²¹

Les personnes autistes sont plus sujettes à l'épilepsie (20-25 %) et davantage touchées par des troubles psychiatriques (30 %). Un point notable : le tableau clinique de l'autisme est souvent présent dans certains syndromes génétiques tels que le syndrome du X fragile.²² Un retard mental fait partie des troubles associés aux TED dans 1/3 des cas chez l'enfant.²³

J'ai retrouvé, lors de mon arrivée au CAGE en 2012, nombre de ces critères chez les usagers ce qui mettait en difficulté les professionnels. Si l'accompagnement proposé au CAGE avait tendance à perdre de vue les besoins spécifiques des usagers, il pouvait apparaître comme involontairement maltraitant en certaines conditions pour les personnes atteintes de TED.

C) Méconnaissance des TED par les professionnels

Les problématiques des personnes avec TED étaient méconnues par les professionnels. Les compétences du psychologue et du psychiatre ne me paraissaient pas suffisamment sollicitées pour apporter un éclairage optimal aux équipes et soutenir les usagers les plus en difficulté. Le terme « psychose infantile » était encore utilisé pour caractériser un ensemble varié de troubles comprenant des TED et autres déficiences psychologiques. C'était parmi les personnes avec TED que se situaient les principaux problèmes d'adaptation et d'adéquation de l'accompagnement ce qui se traduisait par le rejet d'activités collectives proposées, des mal-être, des crises comportementales et un absentéisme plus marqué (45 % des usagers absents en 2013 étaient des personnes

¹⁸ CHAUVEAU-CHAVEROCHE, V., 2010, *Les autismes. Abécédaire des théories et concepts*, Paris : Seli Arslan, 223 p., p. 34. Cité par FARGETON A., *ibid.*, p. 22

¹⁹ CHAUVEAU-CHAVEROCHE, V., 2010, *Les autismes. Abécédaire des théories et concepts*, Paris : Seli Arslan, 223 p., p. 34. Cité par FARGETON A. *ibid.*, p. 23

²⁰ CONSTANT J., 2013, *Voyager en pays autiste*, Paris : Dunod, 175 p., p. 23

²¹ *Ibid.*, p. 25

²² CONSTANT J., 2013, *Voyager en pays autiste*, Paris : Dunod, 175 p., p. 27

²³ ANESM et HAS, 2012, *Autisme – Questions/réponses*, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 5 p., p. 1

souffrant de TED). Ces difficultés créaient des conflits et des tensions entre l'équipe éducative et les parents, ne leur permettant pas de coopérer.

D) Les professionnels « déstabilisés » par les troubles du comportement

L'accueil de ces publics tendait à heurter les membres de l'équipe pluridisciplinaire, car ils ne pouvaient construire un projet d'accompagnement basé sur des activités stables et durables. Cela allait à l'encontre de leur conception habituelle de leurs missions. Les situations durant lesquelles se manifestaient des comportements - problèmes chez les usagers avec TED étaient vécues comme des échecs par les professionnels. Porteuses de stress, elles généraient au sein de l'équipe des doutes, un sentiment d'incompétence, de l'anxiété... Ceci contribuait à développer l'impression d'une certaine « usure » professionnelle et pouvait les amener à adopter des attitudes défensives. Concrètement, cela se traduisait par :

- une tendance à poser un diagnostic négatif sur la faculté d'intégration des usagers à problématique psychique ou avec TED dès le stage d'admission,
- des entrées limitées de cette catégorie d'usagers ce qui a contribué à maintenir un taux d'occupation relativement bas.

Pour la majorité des professionnels, ces événements démontrent que les usagers ne « *sont pas faits pour le CAJ* ». Dans les faits, les accompagnants étaient en réalité insuffisamment préparés à gérer des personnes présentant des TED. À titre d'exemple : en mai 2013, un seul salarié avait bénéficié d'une formation sur ce sujet, en trois ans.

Mon premier enjeu était de repérer les éléments clés permettant de faciliter l'intégration de la personne dès son accueil au CAJ. Pour cela, il était important de s'appuyer sur des évaluations formalisées (grilles d'analyse et d'observation en phase d'admission et outils reconnus par les instances scientifiques de référence²⁴). Ces connaissances plus explicites et plus approfondies de l'adulte accueilli devaient également faciliter l'élaboration de son projet personnalisé.²⁵ Il existe différents outils d'aide au diagnostic de la triade autistique chez l'adulte (ADOS-G, ADI-R...)²⁶ et d'évaluation des comportements (EGCP-II, EPOCCA...)²⁷.

E) La question de la sensibilité aux stimulations sonores et visuelles

Cette sensibilité des personnes avec TED posait un problème au quotidien. Par exemple, le bruit et les mouvements des usagers lors des pauses provoquaient des manifestations de mal-être, voire de crises. Leur faible intérêt pour les activités les amenait à quitter les

²⁴ HAS, 2011, Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte, disponible sur internet, <http://www.has-sante.fr>, 119 p.

²⁵ *Ibid.*, p. 19

²⁶ *Ibid.*, p. 27

²⁷ *Ibid.*, p. 47

salles et à déambuler dans les couloirs. Le rapport d'évaluation externe avait confirmé ce diagnostic.²⁸ Les crises se traduisent par des cris, voire des actes violents, un mutisme, une exagération des gestes stéréotypés. Ces premiers constats m'avaient amené à conclure qu'il était important de développer les compétences de l'ensemble des professionnels au niveau de la compréhension et de l'accompagnement des personnes avec TED.

1.1.3 Ouvrir davantage le CAJ aux personnes avec TED et adapter l'accompagnement

Les premières constatations m'avaient conduit à inscrire dans le Projet d'établissement une personnalisation plus poussée de l'accompagnement. L'objectif était de changer la conception de l'accompagnement afin d'aller vers la prise en compte des caractéristiques et problématiques individuelles plutôt que vers l'adaptation des usagers au collectif.

L'agrément du CAJ définit différents critères concernant les usagers :

- ils doivent avoir un minimum d'indépendance dans les gestes quotidiens,
- ils ne doivent pas avoir souvent de comportements agressifs ou violents auxquels les professionnels du CAJ ne seraient pas en mesure de faire face.

La capacité à prendre les transports en commun constitue également un point clé, le CAJ assurant le trajet par car de 70 % des usagers.

A) Développer la personnalisation et l'individualisation de l'accompagnement

J'avais constaté que l'accompagnement proposé présentait des manques, même à l'égard de la population ciblée naturellement par les équipes éducatives, le « *bon trisomique sans troubles de comportement notable* », dit un salarié. Leurs besoins et leurs demandes personnels (durée des activités, capacités) étaient peu pris en compte. Pour la construction des programmes personnels, le déroulement et les priorités d'accès n'étaient pas pensés en termes de besoins, d'impact ou d'effets pour l'utilisateur. Le lien entre le projet de vie et le Projet d'accompagnement personnalisé était très largement absent : « *Nous n'avons pas suffisamment pris en compte les particularités individuelles* » dit le précédent chef de service.²⁹ De façon générale, le CAJ n'assurait pas un accompagnement individualisé, en particulier pour les usagers en difficulté. Le temps de travail des psychologues et psychiatres n'était que de 7 heures par semaine et ils n'intervenaient pas régulièrement auprès des usagers.

B) Une dimension thérapeutique à intégrer

Le Projet d'établissement qui avait cours à mon arrivée en mars 2012 n'intégrait pas la question de la contribution au bien-être et à la santé comme faisant partie de la mission du CAJ. Pour les membres de l'équipe éducative, le « soin » consistait à faire prescrire des

²⁸ Rapport d'évaluation externe CAJ de Parilly, décembre 2014, rubrique « Personnalisation de l'accompagnement », p. 51

²⁹ Interviewé le 6 juillet 2013.

médicaments par des tiers spécialisés extérieurs surtout pour contenir des manifestations de crises au sein du CAJ. L'équipe pluridisciplinaire avait cependant contribué à faciliter l'accès aux soins de certains usagers qui n'avaient pas de prise en charge sanitaire au moment de leur entrée : en 2013, 17 % des usagers n'étaient pas suivis, la moitié a pu entamer un parcours de soin après intervention de l'équipe en 2014.

1.1.4 Flux de populations attendues au CAJ dans les années à venir

A) Des besoins élevés d'accompagnement des personnes avec TED au niveau national, régional et départemental

Bien qu'il n'y ait pas d'étude épidémiologique sur l'autisme et les autres TED chez l'adulte en France³⁰, selon la HAS et l'ANESM, un enfant sur 150 présente des TED en 2009. Au 1^{er} janvier 2010, les personnes de moins de 20 ans avec autisme représentaient entre 92 000 et 107 500.³¹ D'après le Plan autisme 2013-2017, en 2010, seules 75 000 personnes avec autisme ou autres TED étaient diagnostiquées et prises en charge dans le secteur médico-social et « moins de 20 % bénéficient d'un accompagnement dans une structure dédiée ». Selon les contributeurs du plan, « le diagnostic des enfants a progressé avec les précédents plans, par contre la question du dépistage et de la mise en place d'un accompagnement adapté se pose toujours pour les adultes ». Le rapport souligne également le manque de données pour « estimer le nombre d'adultes concernés par les prises en charge psychiatriques qui sont actuellement leur quotidien ».³² Le Plan régional autisme précise que le taux d'équipement dédié aux adultes semble faible, mais que « le défaut de repérage et de diagnostic rend plus que probable l'hypothèse selon laquelle l'équipement généraliste accueille un nombre relativement important de personnes avec TED ».³³ L'étude de la population du CAJ allait dans le sens de cette réflexion. On pouvait donc estimer que les besoins en accompagnement allaient s'accroître dans les années à venir et qu'il était nécessaire de s'y préparer. Cette perspective était également en écho avec celles d'accueil des jeunes adultes relevant de l'amendement Creton. L'évaluation de leurs besoins spécifiques restait encore lacunaire au moment de l'écriture de mon mémoire, avec le risque de systématiser l'équivalence « jeunes sous amendement Creton » avec « jeunes souffrant de TED ».

³⁰ ANESM et HAS, 2015, *Note de cadrage : Autisme et autres TED : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte*, disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>, 31 p., p 5

³¹ ANESM et HAS, 2012, *Autisme – Questions/réponses*, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 5 p., p. 1

³² CARLOTTI M.-A., ministre déléguée en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, 2013, *Document de synthèse du Plan autisme 2013-2017*, disponible sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr>, 15 p., p 1

³³ ARS RHÔNE-ALPES, mars 2015, *Plan d'action régional Autisme Rhône-Alpes 2014-2017*, disponible sur internet : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>, 44 p., p. 11

B) Les personnes sous amendement Creton au niveau associatif :
prendre en compte les troubles des comportements, renforcer l'évaluation

Selon l'amendement Creton, le placement dans un établissement peut être prolongé au-delà de l'âge limite pour lequel il est agréé (20 ans pour les IME) lorsque la personne handicapée ne peut être immédiatement admise dans une structure pour adulte.³⁴

Au niveau régional, au 1^{er} février 2011, 572 jeunes étaient dits « en situation d'amendement Creton ». ³⁵ Fin 2015, 38 devraient être orientés par la MDPH (dont 20 vers le CAJ de Parilly). Une grande majorité relèverait de problématiques de type « troubles psychiques » dont la proportion de personnes souffrant de TED restait à préciser.³⁶ Pour les directeurs d'IME de l'ADAPEI partenaires du CAJ, ces personnes nécessitent un accueil plus personnalisé, plus « apaisant » au sein de petits groupes, mais ne relèvent pas pour autant de Foyers d'accueil médicalisé. Il s'agissait donc de penser à une forme d'accueil qui, sans aller vers la spécialisation des Maisons d'accueil spécialisé (MAS), devait tenir compte des spécificités décrites plus haut.

C) Gérer un conflit avéré avec les IME du territoire, préparer l'accueil d'un plus grand nombre de personnes

Un conflit est toujours en cours avec les IME. Devant l'injonction de l'Agence régionale de santé (ARS) et du CG puis de Lyon Métropole pour trouver des solutions aux personnes de plus de 20 ans encore présentes dans leurs établissements, les directeurs d'IME font pression pour que ces jeunes soient accueillis « d'office » au CAJ de Parilly. Cette admission quasi systématique pourrait les amener à être dans une situation inadaptée : les adultes relevant de l'amendement Creton ne sont pas pris en compte par l'agrément du CAJ de Parilly. Pour ma part, il me paraît important d'étudier notre capacité à répondre à leurs besoins individuels et d'éviter des admissions « automatiques » qui pourraient leur être préjudiciables. Sur l'impulsion de la Direction de la vie associative et des Directeurs généraux adjoints (DGA) des territoires de l'ADAPEI du Rhône, des groupes de travail ont été instaurés au premier semestre 2014 pour développer une réponse mutualisée.

En janvier 2017, le CAJ de Parilly devrait accueillir six jeunes relevant de l'amendement Creton. Pour répondre à leurs besoins spécifiques, j'ai négocié des moyens supplémentaires avec Lyon Métropole afin de renforcer les moyens humains.

³⁴ Article 22 de la loi n°89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social, Journal officiel du 14 janvier 1989.

³⁵ ARS RHÔNE-ALPES, juillet 2012, SROMS 2012-2017, disponible sur internet : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>, 262 p., p. 157

³⁶ Conclusions de la réunion avec 3 IME du territoire Lyon-Est le 11/01/2012.

1.2 Renforcer la référence au cadre légal pour faciliter l'exercice des droits de l'utilisateur

Il m'a rapidement semblé fondamental de faire s'interroger les professionnels du CAJ sur le sens de l'accompagnement au regard des politiques publiques qui s'appliquent à l'établissement et également d'analyser les écarts et différences avec les processus d'accompagnement clés de l'établissement.

1.2.1 De l'engagement à la professionnalisation des ESSMS

A) La loi 2002-2 : renforcer la logique contractuelle et garantir les droits³⁷

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 modernise l'organisation générale de l'action sociale et médico-sociale et refonde le fonctionnement des établissements. Elle remplace ainsi celle 75-534 en renforçant une logique contractuelle afin de garantir les droits de l'utilisateur et prévenir la maltraitance. L'individu est considéré comme autonome, rationnel et prévoyant, capable de s'engager dans une relation contractuelle. Le contrat est construit sur une relation de gré à gré, sous-entendant que le moins renseigné puisse avoir accès à l'information (Marie-José AUBURTIN, 2011). La liberté de choix et l'approche contractuelle visent à équilibrer les rapports entre les institutions et les personnes accueillies. La loi 2002-2 définit sept outils afin de faciliter sa traduction en actions concrètes. Même si ceux-ci étaient présents au CAJ, j'avais néanmoins constaté que l'équipe ne s'était pas approprié l'esprit de la loi.

B) Un CAJ en décalage partiel avec la loi 2002-2 : projet de service et personnalisation de l'accompagnement en panne

À mon arrivée, en mars 2012, le Projet d'établissement datait de 2002. Il avait été élaboré par un intervenant extérieur, en dehors d'un processus participatif pourtant recommandé.³⁸ Les professionnels « *ne s'y retrouvaient pas* » (selon une éducatrice spécialisée) et le CAJ n'était pas engagé pleinement dans une dynamique visant à recueillir formellement les avis et expressions des usagers. Les temps d'échange avec ces derniers se déroulaient principalement lors de l'accueil, mais ne permettaient pas d'avoir une discussion poussée (besoins de la personne, son ressenti, ses attentes, son évolution...) pouvant amener à ajuster l'accompagnement. Cet ajustement avait en général lieu à l'issue d'une période de « crise », quand la personne ne « suivait plus les activités » ou lorsque des places dans des groupes d'activités se libéraient.

³⁷ D'après les cours de Politiques Publiques de Marie-José AUBURTIN, CAFDES 2011.

³⁸ ANESM, 2010, Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 80 p.

Quant aux parents, ils venaient nombreux aux rencontres, mais n'avaient pas une vision claire de leur rôle et de leur place dans le processus d'accompagnement ; place que la majorité des professionnels avaient tendance à limiter.

Concernant l'admission, le CAJ ne disposait pas de procédure et de processus communs aux deux sites. À Bron, le chef de service était même absent, l'institution étant représentée par l'assistante sociale et la psychiatre.

Le Conseil de la vie sociale (CVS) fonctionnait de manière satisfaisante (respect du planning, investissement des usagers élus, propositions sur la vie quotidienne...). Cependant, l'organisation et le contenu de l'accompagnement n'étaient quasiment pas abordés.

Le projet personnalisé était réévalué tous les deux ans en moyenne et n'explicitait pas de façon objectivée et évaluable les objectifs poursuivis compte tenu des besoins et demandes des usagers. Le contrat de séjour ne mentionnait pas les objectifs et moyens à mettre en œuvre ainsi que les recours possibles pour l'utilisateur et son représentant légal. Le règlement de fonctionnement par sa dimension disciplinaire et par l'absence de mention de la chartre des droits et des libertés, était inadapté. Ces éléments étaient révélateurs d'un déficit d'intégration du cadre politique public avec un risque d'inadaptation de son offre d'accompagnement sur le territoire. La loi 2002-2 prévoit d'ailleurs un système de pilotage de cette offre à travers l'évaluation interne et externe qui, pour moi, constitue des outils de management institutionnel clés.

C) Maîtrise de l'offre et recherche de cohérence territoriale³⁹

La loi 2002-2 renforce ainsi la recherche de pilotage de l'offre et de cohérence territoriale. Ces points sont affirmés à travers :

- les schémas départementaux d'organisation de l'offre,
- l'instauration de la démarche d'évaluation interne et externe afin de s'assurer de l'effectivité des droits de l'utilisateur et de l'efficacité des fonctionnements des ESSMS.

Il s'agit de construire avec l'utilisateur les conditions qui vont lui permettre d'exercer ses droits au regard de l'évolution de sa situation.⁴⁰ Pour cela, il faut travailler sur sa « capacité ». Amartya SEN, prix Nobel d'économie 1998 et inventeur de ce concept, estime qu'il ne suffit pas de donner des allocations, de créer des dispositifs et de lutter contre les inégalités. Il est aussi indispensable de rendre les individus capables d'accéder à leurs droits.⁴¹ Dans l'esprit de la loi 2002-2, l'utilisateur est donc d'abord quelqu'un qui a des droits et des besoins plutôt « qu'un inadapté à rééduquer, à protéger ». Ainsi, il est demandé à la personne

³⁹ D'après les cours de Politique Publique de Marie-José AUBURTIN, CAFDES 2011.

⁴⁰ SAVIGNAT P., 2012, *L'action sociale a-t-elle encore un avenir ?*, Paris : Dunod, 215 p., p. 180

⁴¹ BONVIN J.-M., 2005, « La démocratie dans l'approche d'Amartya Sen », *L'Économie politique* (n° 27), pp. 24-37, disponible sur internet : www.cairn.info et MONNET M., 2008, « La théorie des « capacités » d'Amartya Sen face au problème du relativisme », *Tracés*, disponible sur internet : <http://traces.revues.org>

accueillie en ESSMS de s'impliquer dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet personnel. Cette loi tend donc à poser les bases d'une relation de service contractualisée avec un usager qui devient alors un client (d'après Marie-José AUBURTIN, 2011).

1.2.2 La loi du 11 février 2005 : inclure, reconnaître la diversité et faciliter l'accès au milieu ordinaire⁴²

La loi du 11 février 2005⁴³ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a permis de pallier les déficits de la loi 75-534. Elle a fait de l'environnement un constitutif du handicap et privilégie l'inclusion de fait de la personne plutôt que l'intégration. Elle fait enfin de l'orientation en milieu ordinaire la priorité.

A) Inclusion et reconnaissance de la diversité des handicaps⁴⁴

La loi du 11 février 2005 oblige la collectivité nationale à garantir à chacun les conditions de l'égalité des droits et des chances. Il s'agit de mettre en œuvre toute action permettant l'accès au droit commun tout en l'adaptant et en le complétant pour généraliser une réelle égalité de traitement. Elle modifie la loi 75-534 en :

- mettant en avant la notion de parcours de vie dont la personne en situation de handicap doit rester maîtresse,
- privilégiant l'inclusion des personnes dans les dispositifs de droit commun, le recours à un placement en établissement venant dans un deuxième temps,
- changeant la vision tutélaire qui ne permettait pas d'impliquer pleinement la personne handicapée dans l'évaluation de ses besoins et dans la construction de son parcours,
- reconnaissant certains handicaps, jusque-là peu pris en compte (handicap psychique, polyhandicap, par exemple).⁴⁵

Le précédent Projet d'établissement du CAJ n'intégrait pas les orientations de la loi du 11 février 2005 qui reconnaît, pour la première fois, les notions de handicaps psychique et cognitif privant ainsi l'établissement de référents réglementaires et méthodologiques facilitant l'accompagnement des usagers sortant du schéma « Bon trisomique sans troubles notables du comportement ».

⁴² Chapitre écrit d'après les idées développées dans les enseignements CAFDES à l'ARAFDES de 2011 sur les Politiques Publiques dispensés par Valérie LOCHEN, CAFDES, ARAFDES, 2011 et son ouvrage. LOCHEN V., 2010, *Comprendre les politiques d'action sociale*, 3^e édition, Paris : Dunod 458 p.

⁴³ LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel n° 36 du 12 février 2005, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁴⁴ Chapitre écrit en particulier d'après les idées développées dans les enseignements CAFDES à l'ARAFDES de 2011 sur les Politiques Publiques de Valérie LOCHEN et Marie-José AUBURTIN.

⁴⁵ CAMBERLAIN P., 2011, *Politiques et dispositifs du handicap en France*, 2^e édition, Paris : Dunod, 156 p., p. 29

B) L'environnement, un constitutif du handicap qu'il faut rendre accessible

La loi du 11 février 2005 définit le handicap et présente le cadre de mobilisation de la compensation et de l'accessibilité. Le concept d'inclusion affirme la pleine appartenance de la personne handicapée à la société, quelle que soit l'ampleur de ses déficiences. L'inclusion prend ainsi le pas sur le concept d'intégration qui présuppose l'adaptabilité de la personne handicapée.⁴⁶ Il s'agit de « généraliser une réelle égalité de traitement dans des domaines comme l'accès aux soins, au logement, au transport, à l'école, à la formation, à l'emploi, à la cité et connaître ainsi la pleine citoyenneté des personnes handicapées ».⁴⁷ Par rapport à la mission du CAJ, aider la personne à accéder à ses droits ou tout autre droit facilitant son projet de vie fait partie de son utilité sociale. L'exigence de participation, dans l'esprit de la loi du 11 février 2005, implique de mettre en place les conditions institutionnelles pour faciliter un engagement plus grand de la personne accompagnée. Déjà valorisé dans le cadre de la loi de 2002, cet engagement va nécessiter une aide au développement de ses capacités à « s'autodéterminer, décider par lui-même ».⁴⁸ Pour cela, les professionnels du CAJ doivent renforcer leur connaissance des particularités de chacun en leur laissant plus de place dans la coconstruction des réponses. La recherche d'ouverture au milieu ordinaire vise à aider la personne en situation de handicap « à vivre parmi les autres ».⁴⁹ Cette ouverture est, à mon sens, un atout fort du CAJ : sur 2011-2014, environ 35 % des activités se déroulaient en coopération avec des acteurs extérieurs.

C) La reconnaissance des dimensions psychiques et cognitives du handicap

L'enjeu au regard de la loi du 11 février 2005 est de renforcer l'individualisation et la personnalisation de l'accompagnement, de distinguer les problématiques en jeu pour faire un lien optimal avec sa vie à l'extérieur du CAJ (milieu familial principalement). L'accompagnement au CAJ avait surtout été pensé en référence à la déficience intellectuelle. Intégrer les dimensions cognitives et psychiques du handicap va contribuer à enrichir le regard institutionnel sur les problématiques des individus accueillis au CAJ de Parilly. La loi du 11 février 2005 reconnaît trois aspects dans l'altération mentale : la dimension intellectuelle, cognitive et psychique au sens psychiatrique. Dans la terminologie « déficience cognitive », on va trouver les TED.⁵⁰

Un des enjeux de la refonte du Projet d'établissement a été de faire de la loi du 11 février 2005 un cadre de référence pour l'action et pour la reconnaissance officielle de la diversité des populations accueillies, dont les spécificités avaient été peu prises en compte, voire niées.

⁴⁶ *Ibid.*, pp. 28-32

⁴⁷ *Ibid.*, p. 29

⁴⁸ *Ibid.*, p. 29

⁴⁹ STIKER H-J., PUIG J., HUET O., 2009, *Handicap et accompagnement, nouvelles attentes, nouvelles pratiques*, Paris : Dunod, 180 p., pp. 92-93

⁵⁰ CAMBERLAIN P., 2011, *Politiques et dispositifs du handicap en France*, 2^e édition, Paris : Dunod, 156 p., p. 10

1.2.3 Transfert du sanitaire au social et médico-social : un mouvement de fond

A) Du patient au résident-usager

Un changement important est intervenu ces dernières années : « le basculement d'un nombre croissant de patients vers les structures sociales et médico-sociales pour des missions d'insertion ou pour des accompagnements plus adaptés et souvent moins coûteux ». ⁵¹ Cette évolution et le développement d'alternatives à l'hospitalisation ont modifié le fonctionnement des institutions psychiatriques. Depuis le IX^e Plan (1984-1988), le nombre de lits diminue de façon constante, en particulier en psychiatrie. « La réduction de la capacité hospitalière s'accompagne d'un plan d'économie de l'Assurance maladie réaffirmé par la loi 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à l'hospitalisation ». Quelques chiffres sur l'évolution du nombre de lits entre 1989 et 2000 illustrent ce mouvement de fond : en 1989, 76 000 lits, en 2000, 43 173 lits, soit 43 % de moins en onze ans. ⁵² Selon M. JAEGGER, « l'évolution actuelle va vers un élargissement des réponses sous l'effet de l'attraction de l'hôpital général et du secteur social et médico-social. Confronté à l'impact des fluctuations de la démographie et au dépistage plus efficace des maladies congénitales, sollicité de plus en plus par les pouvoirs publics, le secteur social et médico-social tend à accueillir des populations nouvelles. Il tend à étendre son champ d'intervention aux malades mentaux adultes ». ⁵³ Au niveau de la région Rhône-Alpes, sur la question de la prise en charge, le Plan régional autisme note que les structures psychiatriques adultes accueillent des personnes avec TED par défaut d'une orientation en secteur médico-social. ⁵⁴

L'accompagnement proposé au CAJ revient à « aider le patient à devenir usager », comme le disait l'un des animateurs de l'équipe Mobile autisme (EMA) du Vinatier. Sans l'accompagnement via une structure telle que le CAJ, pour certaines personnes, il « *n'y aurait plus guère d'options que l'hôpital psychiatrique, qui ne peut proposer une prise en charge adaptée* », dixit un chef de service du Pôle de l'autisme et des psychoses d'évolution longue de l'adulte (DAPELA) avec qui le CAJ travaille sur des séjours de rupture, de répit et des accueils séquentiels.

B) Penser la dimension sociale du soin et la dimension soin du social

Il me paraît important de souligner la cohérence du 3^e Plan autisme présenté plus haut avec la loi HPST. Celle-ci oblige à penser « l'organisation en fonction de missions conjointes

⁵¹ JAEGGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod, 201 p., p. 1

⁵² *Ibid.*, p. 49

⁵³ *Ibid.*, p. 49

⁵⁴ ARS RHÔNE-ALPES, mars 2015, Plan d'action régional Autisme Rhône-Alpes 2014-2017, disponible sur internet : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>, 44 p., p. 12

plutôt qu'en termes de dispositifs séparés ». Son article 1 mentionne ainsi que la mission des établissements de santé s'inscrit aussi dans la lutte contre l'exclusion sociale et la discrimination. Ces structures sont incitées à travailler en relation avec des « professions et institutions compétentes dans ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le champ de l'exclusion sociale ». ⁵⁵ La loi HPST intègre comme l'une des modalités des objectifs de santé au sens de l'OMS, à savoir la recherche d'« un état de complet bien-être physique, mental et social ». ⁵⁶ Compte tenu de ces orientations, le concept de santé publique « englobe à la fois des réponses sanitaires à la souffrance individuelle, physique et/ou mentale et les interventions sociales et médico-sociales fondées aussi bien sur la prévention que sur les actions d'insertion ». ⁵⁷ L'action sociale est donc liée au travail que notre société peut faire sur elle-même dans son rapport à la différence. « Les actions de santé ne sont qu'un des aspects de ce travail social ». ⁵⁸ La mise en place de coopérations et de partenariats entre sanitaire et social est affirmée.

La loi du 11 décembre 1996 a ainsi conduit à penser l'autisme comme lié au handicap et le fait entrer dans le champ de la législation relative aux institutions médico-sociales. Elle amène ainsi à privilégier la réponse sociale. ⁵⁹

L'amendement Creton est également révélateur de cette évolution visant à une volonté de prise en charge par le secteur médico-social dans une perspective d'accompagnement continu dans le cadre d'un projet de vie et non seulement de soin. ⁶⁰

1.3 Analyse institutionnelle : une inscription dans une grande association départementale du secteur social et médico-social

Par rapport aux axes de progression repérés ci-devant, l'inscription dans une logique d'efficacité et d'interrogation sur les effets et objectifs de l'accompagnement m'était apparue, dès le lancement de l'évaluation interne en 2012, comme porteuse de développement des organisations et des professionnels. Ceci dans un registre qui laissait la place à l'autonomie, le « pouvoir d'agir » de ces derniers ⁶¹, en référence à un projet et une dynamique institutionnelle renouvelés en renforçant le lien avec le projet associatif et les supports méthodologiques proposés par l'ADAPEI du Rhône.

⁵⁵ JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod, 201 p., p. 123

⁵⁶ *Ibid.*, p. 125

⁵⁷ *Ibid.*, p. 125

⁵⁸ *Ibid.*, p. 126

⁵⁹ CONSTANT J., 2013, *Voyager en pays autiste*, Paris : Dunod, 175 p., p. 149

⁶⁰ JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod, 201 p., p. 37

⁶¹ CLOT Y., 2008, *Travail et pouvoir d'agir*, Paris : PUF, 226 p.

1.3.1 L'ADAPEI du Rhône, une offre d'accompagnement diversifiée inscrite dans une double logique : militante et instrument des politiques publiques

Créée il y a 65 ans, l'ADAPEI du Rhône réunit 1 400 adhérents. En 2013, elle accompagnait 2 500 personnes en situation de handicap mental et employait 1 650 professionnels dans les 56 établissements et services répartis sur trois territoires : Lyon-Ouest, Rhône-Ouest et Lyon-Est. Le CAJ de Parilly appartient au territoire de Lyon-Est. Son budget était de 117 000 000 euros (+ 2 % par rapport aux deux années précédentes).

L'histoire et l'évolution de l'ADAPEI du Rhône traduisent la double logique de son positionnement à l'image d'autres associations du champ social et médico-social. Engagée depuis l'origine pour peser sur les orientations politiques, elle entend également agir à leur service. L'ADAPEI du Rhône est née d'une consultation d'hygiène mentale chargée de dépister les enfants porteurs de déficiences mentales, fondée en 1942 par un neuropsychiatre à la demande du comité commun pour l'hygiène de l'enfance. La première association parentale, l'ALPERI (Association lyonnaise de parents d'enfants retardés et inadaptés) est fondée le 15 mars 1948. Après plusieurs changements de noms, elle deviendra l'Association départementale des amis et parents d'enfants handicapés (ADAPEI) en 1999.⁶²

Aujourd'hui, l'ADAPEI du Rhône élargit le champ de ses prises en charge au plus grand nombre de handicaps. Les valeurs affichées par l'association montrent sa volonté d'intégrer la famille comme partenaire naturel et de promouvoir les droits généraux des personnes en situation de handicap.

L'ADAPEI, en se décrivant elle-même comme « forte et structurée », met en avant sa capacité à peser au niveau politique. Elle privilégie ainsi une démarche de coopération avec d'autres structures associatives du secteur (ATMP, AGIHB, Sésame autisme, etc.).

Au niveau national, l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) fédère un ensemble de structures analogues à l'ADAPEI.

1.3.2 Une culture militante encore vivante chez les professionnels du CAJ

La vocation militante initiale s'est traduite dans les années 1970 à 1990 par la volonté de « faire sortir les handicapés des murs des hôpitaux », dit un salarié de longue date du CAJ. L'insertion de la personne handicapée dans la cité était recherchée à travers l'accès au travail. Cette tradition d'engagement se retrouve toujours dans les discours des professionnels les plus anciens. Depuis cette période, l'ADAPEI s'est considérablement développée : en moyenne, un nouvel établissement ouvre chaque année.

⁶² ADAPEI du Rhône, disponible sur internet : <http://www.adapeidurhone.fr>

L'avantage de disposer d'un ensemble aussi varié d'établissements et de services est de faciliter la continuité des parcours et de s'adapter à l'évolution des personnes accueillies. Pour reprendre le terme du sociologue Max WEBER, l'association a assumé le fait de devenir un « instrument » au service des politiques publiques qu'elle décline de façon opérationnelle. Elle continue cependant à être force de proposition en publiant travaux et guides méthodologiques sur le handicap mental. Pour déployer et mener les démarches qualité, l'évaluation externe et interne, l'ADAPEI du Rhône a mis en place un Comité de pilotage associatif de l'évaluation chargé de former, de conseiller les directions, d'organiser les formations des salariés au référentiel d'évaluation interne⁶³ et de planifier les temps d'évaluation. Ce type d'instance fait partie des fonctions supports telles que décrites par H. MINTZBERG⁶⁴, dont le rôle est de favoriser la coopération dans une même organisation.

1.3.3 Entre centralisation de la gestion et autonomie opérationnelle, un positionnement parfois inconfortable

A) Une division géographique et par filières⁶⁵

L'association est composée d'une Direction générale située au siège, relayée par trois Directeurs généraux adjoints (DGA). À partir des axes stratégiques portés par le Conseil d'administration, le Directeur général (DG) garantit la cohérence de l'ensemble, fixe les éléments budgétaires, les objectifs de taux d'occupation, ainsi que les orientations générales sur les publics à accueillir. La Direction générale laisse une large autonomie aux directeurs d'établissements. L'ADAPEI du Rhône pourrait être assimilée à une « organisation divisionnalisée », pour reprendre l'expression de H. MINTZBERG.⁶⁶ Dans une logique territoriale, le réseau d'établissements est organisé en fonction des publics accueillis, sous forme de Complexes ou non. Les services transversaux sont centralisés au siège (ressources humaines, formation, informatique).

Les trois territoires sont animés chacun par un DGA qui est également responsable d'une filière : enfance, adulte et ESAT et travail adapté. On est donc en face d'une structure matricielle qui double la structure divisionnaire, la direction de la vie associative jouant un rôle de coordination et d'animation en lien avec la Direction générale. Cette coordination garantit la pertinence du parcours de l'utilisateur dans une perspective de « plateforme de service »⁶⁷. Ma stratégie vis-à-vis du DGA est de l'associer à l'ensemble des décisions stratégiques, en particulier sur le projet architectural et les orientations du CAJ pour les cinq années à venir. L'année 2013 a été marquée par la prise de conscience de

⁶³ FEGAPEI, Référentiel Quali-Eval développé, [visité le 05/01/2012], disponible sur internet : <http://www.fegapei.fr>

⁶⁴ MINTZBERG H., 2006, *Le Management, voyage au centre des organisations*, Paris : Éditions d'organisation, 704 p., p. 275

⁶⁵ Annexe 5 : Organigramme de l'ADAPEI du Rhône au 30 août 2013.

⁶⁶ *Ibid.* p. 275

⁶⁷ LOUBAT J.R., 2012, *Élaborer un projet d'établissement ou de service*, 3^e édition, Paris : Dunod, 409 p.

l'importance de considérer les troubles du champ autistique comme un axe clé pour les établissements non spécialisés. Un comité autisme a été créé. La question de la gestion des parcours des personnes relevant de l'amendement Creton est clairement affichée comme une priorité.⁶⁸

Les demandes de rationalisation budgétaire conséquente amènent une certaine crispation de la part des Instances représentatives du personnel (IRP) et des instances syndicales ainsi que des craintes quant à la remise en cause d'avantages acquis. Au niveau du CAJ, les relations avec les IRP sont constructives, les désaccords étant traités plutôt ouvertement. Nous considérons comme prioritaire l'attention aux risques psychosociaux, au climat social et à la montée en compétences des professionnels.

En 2013, l'association a subi un rebasage annuel d'un peu plus de 440 000 euros qui limite les marges de manœuvre et les éventuels rééquilibrages entre établissements. Pour le CAJ de Parilly, le taux d'évolution du prix de journée a été de 1,5 % en 2013, 0,5 % en 2014, 0 % en 2015, il est prévu qu'il soit à ce niveau en 2016.

1.3.4 Le CAJ de Parilly : une histoire mouvementée, des difficultés économiques, un Projet d'établissement à revitaliser, des processus à réajuster ou à créer

A) De l'IMPRO au CAJ en passant par l'ESAT

L'institution mère du CAJ était un Institut médico-professionnel (IMPRO) créé en 1964 qui est devenu l'ESAT Jacques Chavent, au début des années 1980. En raison de la crise économique, la structure a « sélectionné » des usagers susceptibles de pouvoir s'adapter aux nouvelles contraintes en « productivité ». Pour accueillir les personnes réorientées ou non retenues, une section d'adaptation préparant à l'ESAT et à l'actuel CAJ de Parilly a été ouverte en 1992. Son objectif était de préparer certains usagers plus autonomes que ceux du CAJ à l'entrée en ESAT. L'expérience n'ayant pas été concluante, elle a été fermée, ses usagers et personnels transférés au CAJ sur le site du Génie à Bron.

Cette histoire mouvementée et les parcours sinueux des professionnels ont une large part de responsabilité dans le flou qui caractérisait l'identité du CAJ à mon arrivée en 2012. Il m'était donc apparu rapidement qu'il fallait la définir clairement avant de réorganiser.

B) Une organisation en groupes de référence, une offre diversifiée d'activités

Jusqu'au transfert dans les locaux de transition en septembre 2015, les usagers étaient accueillis de 8 h 30 à 16 h 30 du lundi au jeudi, de 9 heures à 15 h 30 le vendredi pendant

⁶⁸ ADAPEI du Rhône, 2013, *Rapport annuel 2013, Assemblée générale du 10 juin 2014*, disponible sur internet : <http://www.adapeidurhone.fr>, 64 p., p. 55

220 jours par an. Ils étaient répartis en six groupes dits de référence de dix à douze personnes rue Forest et d'un groupe unique sur le site du Génie. La composition peu homogène en termes de répartition des métiers dans chaque groupe⁶⁹ reflétait une organisation construite selon les affinités interpersonnelles. J'avais constaté un manque de clarté et de lisibilité dans les intentions éducatives de groupe de référence dû à une certaine confusion des rôles et absence de vision partagée explicite de la mission du CAJ.

La présence des usagers se répartissait pour 60 % dans la réalisation des activités et pour 40 % dans les temps informels dits « temps de vie ». Fortement investis par les résidents, ces temps de vie jouaient un rôle dans l'aide à la sociabilité « naturelle ». Au total, près de 44 activités étaient possibles, réparties en cinq grandes catégories : activités physiques et sportives, cognitives, vie quotidienne, « travail » et activités manuelles, expression et création. À celles-ci s'ajoutaient diverses manifestations et événements collectifs.⁷⁰

L'architecture des locaux du site de Forest, avec ses multiples recoins et l'absence de signalétique, donnait à l'ensemble, selon moi, l'aspect d'un ancien collège. Le bâtiment hébergeait dans les années 1970 un IME, ce qui explique en partie la physionomie « scolaire » des lieux. Sur les deux étages, de longs couloirs distribuaient les salles d'activités. Des endroits de pause aménagés dans le hall ou dans une pièce dédiée avec machine à café formaient les lieux de vie utilisés par les usagers. Le rapport d'évaluation externe énonce : « Ces espaces restent cependant à forte connotation scolaire. Salles de classe et longs couloirs deviennent difficilement de lieux de vie, même si l'équipe tente de personnaliser ces espaces ».⁷¹ Sur le site du Génie, la configuration des lieux était différente, mais tout aussi vétuste et inadaptée.

Le contrat de séjour indiquait que « les activités sont un support à la relation ». Elles ont pour objectif de développer ou de maintenir les acquis, le potentiel physique et de faciliter l'ouverture sociale et culturelle. Elles doivent permettre à chacun de participer, selon ses capacités et ses difficultés, en s'appuyant sur le collectif comme « support ». La diversité et l'ouverture à l'extérieur constituaient, à mon sens, le point fort du CAJ. Équipements culturels, sportifs, structures sanitaires étaient, et sont toujours, des partenaires habituels du CAJ de Parilly, sans qu'il y ait eu de formalisation systématique de ces coopérations.

C) Primat des activités collectives et difficulté à intégrer les spécificités individuelles

Chaque référent éducatif animait des activités. Un usager participait en moyenne à huit activités par semaine, découpées par tranche de deux heures le matin et l'après-midi. Ces groupes d'activités et de vie se sont constitués au fil du temps et des affinités des membres de l'équipe éducative. Le système référent / coréférent est toujours un point fort du CAJ. Il permet de faciliter un croisement des regards et prévient des risques d'une

⁶⁹ Annexe 7 : Organisation des sites au 31 juillet 2015.

⁷⁰ Sur 2015/2016, on reste sur cette organisation type avec une augmentation du nombre d'activités à l'extérieur.

⁷¹ Rapport d'évaluation externe CAJ de Parilly, décembre 2014, rubrique Garantie des Droits, p. 57

relation duelle et fusionnelle entre l'utilisateur et le professionnel. Le renouvellement du binôme prévient également une certaine usure, un enracinement dans des habitudes, des routines de fonctionnement parfois inadaptées ou des relations conflictuelles.

Pour recueillir les informations sur les attentes et besoins préalables à l'élaboration du parcours, il n'existait pas de grille d'évaluation commune pour les professionnels intervenant dans l'admission. Ces documents permettraient d'objectiver et d'harmoniser les observations liées aux premières rencontres et au déroulement de stage.

Le format des réunions pluridisciplinaires ne favorisait pas l'instauration de coordinations suffisamment nombreuses et réactives pour mettre en place les admissions ou ajuster les accompagnements. Une seule réunion sur le site de Forest se tenait toutes les trois semaines avec une assiduité assez faible (de l'ordre de 65 %) et une réunion rassemblant les deux sites tous les deux mois avec le même niveau de participation. Je trouvais d'autre part que la durée de présence des usagers sur la semaine était trop importante, au regard de l'état de fatigue que j'avais constaté pour la majorité d'entre eux, les plus âgés surtout. Il me paraissait important de le réduire en faisant terminer la semaine pour les usagers à 13 h 30 au lieu de 15 h 30. Ces deux heures permettraient de faciliter le travail de coordination, de préparation ou de suivi du Plan d'amélioration continue. La réflexion sur cette hypothèse d'aménagement des horaires est à formaliser plus précisément lors de la fusion des deux sites, rue Forest, en janvier 2017.

D) Un taux d'occupation en baisse constante de 2008 à 2013

Le taux d'occupation se situait à mon arrivée autour de 82 %, ce qui était plutôt bas en comparaison des autres ESMS (proche de 100 %).⁷² En 2008, il était de 93 %, en 2009, il se situait à 91 % ce qui correspondait à un taux plus qu'acceptable par le Conseil Général du Rhône à l'époque compte tenu des conditions d'accueil physique dans des locaux vétustes et peu adaptés.⁷³ La diminution constante, jusqu'en 2014, du taux d'occupation s'explique par :

- l'absentéisme des usagers âgés (plus de 45 ans) en raison de leur état de santé qui tend à se détériorer avec l'âge. En effet, leur orientation en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) et Foyers de vie est de plus en plus marginale depuis mi-2012,
- la fatigue d'usagers souffrant de TED ou d'autres troubles psychiques par rapport aux rythmes et aux activités, un point sur lequel il était prioritaire d'agir,
- la mauvaise perception des personnes présentant des risques de troubles du comportement qui avaient tendance à être évaluées négativement par l'équipe éducative. Cela tendait à freiner le nombre d'admissions. Malgré la faiblesse du

⁷² MORDIER B., Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2013, L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010, disponible sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr>, 6 p., p 2

⁷³ Taux d'occupation fixé à 85 %.

- nombre de places sur le département et les demandes régulières faites par les institutions et les familles, il n'y avait pas de liste d'attente au CAJ,
- une certaine usure ressentie par les professionnels devant les difficultés rencontrées dans l'accompagnement des usagers les plus en difficulté, en particulier les personnes présentant des TED.

1.3.5 Le CAJ de Parilly : une identité floue

A) La perception du CAJ par les professionnels, les usagers et leur entourage

Les Centres d'accueil de jour relèvent du septième point du point I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et entrent dans la catégorie Foyer de vie sans hébergement. Le schéma départemental du Rhône 2009-2013 précise que « l'accueil de jour propose aux personnes des activités de vie sociale à la journée ». ⁷⁴ Le Foyer de vie est, quant à lui, présenté comme accueillant « jour et nuit des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler et proposant des activités de vie sociale ». Pour les usagers, le CAJ est d'abord un lieu de sociabilité où ils peuvent exercer des activités qui « leur plaisent ». Les salariés, eux, avaient tendance à présenter négativement le CAJ en référence à d'autres institutions : « *Ce n'est pas un centre aéré* », « *Ce n'est pas une école* », « *Ce n'est pas un centre de loisirs* », « *Ce n'est pas un ESAT* ». Le panneau d'affichage situé à l'accueil mentionnait « Centre d'activité de Parilly ». C'est par cette dénomination, qui ne correspondait à aucune réalité institutionnelle, qu'était présenté le CAJ par les professionnels pour lesquels l'activité collective était à la base du parcours.

Sans une explicitation claire de l'identité et des missions du CAJ, le risque de confusion et de malentendus était élevé par rapport à ce qui peut être attendu d'un accompagnement au sein de l'établissement. J'ai, en effet, constaté des désillusions et des frustrations chez les parents d'usagers voire des conflits avec les professionnels. Le fait d'avoir inclus quelques parents d'usagers dans les groupes de travail de l'évaluation interne avait suscité des oppositions chez les professionnels. Dans ce modèle culturel de référence au CAJ, la relation est dominée par des professionnels qui, par leur expertise, estimaient savoir « ce qui est bien pour l'utilisateur », parce que d'abord sincèrement engagés dans une volonté d'aide et dans une relation forte avec la personne. Les activités servaient alors de support à une relation singulière quasi indépendante de la notion de contrat et d'engagement sur des résultats ou obligations de moyens. En juin 2013, j'avais estimé à 70 % la proportion de situations où les rôles mutuels et les missions du CAJ n'étaient pas rappelés (signature du contrat, remise des divers documents sur la loi de 2002).

Selon moi, l'un des enjeux du CAJ était de parvenir à un partage des « pouvoirs » entre l'utilisateur, son entourage et les professionnels. Il s'agissait de les amener à modifier leur

⁷⁴ CONSEIL GÉNÉRAL DU RHÔNE, Schéma départemental du Rhône, 2009/2013, Accompagner vers l'autonomie personnes âgées et personnes handicapées, disponible sur internet : <http://www.rhone.fr>, 270 p., p. 133

conception de leur rôle vis-à-vis des usagers et de leur entourage. Sans une plus grande place des parents / entourage, nous risquons de continuer à formuler des objectifs trop imprécis, déconnectés du milieu de vie, des attentes et des besoins de la personne.

B) Un établissement ancré dans un territoire riche en équipements culturels, institutions sociales et médicales

Les deux sites du CAJ de Parilly sont situés dans des zones desservies par un réseau dense de transports en commun. La proximité de centres d'activités économiques et culturelles (centres commerciaux, piscine, cinéma, parc...) favorise l'ouverture des usagers à un environnement auquel ils auraient du mal à accéder seuls. La possibilité d'utiliser des équipements variés offre autant de possibilités pour enrichir les activités proposées. Le CAJ entretenait, et entretient encore, des relations suivies avec les institutions sociales et médico-sociales du Sud-Est lyonnais. Les équipes médicales de ces centres ont une bonne connaissance des problématiques de nos usagers, dont certains étaient accompagnés en institution sanitaire ou continuent à l'être dans le cadre d'une prise en charge à temps partiel. L'ouverture du CAJ à son environnement s'est construite au gré des opportunités, par des initiatives individuelles des membres de l'équipe éducative pour trouver des activités absentes au centre ou pour faciliter la prise en charge médicale de certains usagers, « *se défaire d'un poids* ». Ces prises en charge étaient davantage perçues comme des appuis palliatifs que comme faisant partie intégrante d'une activité d'accompagnement au soin intégré au Projet d'accompagnement personnalisé (PAP). Les documents contractuels avec ces structures revêtaient une dimension plutôt administrative, ne contenaient pas de description des éléments fondant cette coopération. Il n'y était pas fait mention d'objectifs identifiés en termes d'effets attendus du partenariat, ni de critères d'évaluation ou d'engagements respectifs des partenaires.

1.3.6 Héritage historique, habitudes professionnelles en déphasage avec les besoins d'une partie de la population accueillie

A) Caractéristiques de l'équipe du CAJ

La moitié des salariés ont au moins de 10 ans d'ancienneté. L'âge moyen est de 46 ans, avec un étalement entre 29 et 62 ans.⁷⁵ Les professionnels en CDI sont diplômés. Je les estimais globalement compétents et motivés pour construire et animer des projets personnalisés centrés sur la participation à des activités collectives. Ils étaient plutôt à l'aise avec un public caractérisé par la déficience même profonde ou grave, sans grands troubles du comportement. Ils s'appuyaient cependant sur des routines et des postures de défense, une « tradition » professionnelle inadaptée aux personnes avec TED ou autres troubles

⁷⁵ Annexe 6 : Organigramme du CAJ au 1^{er} janvier 2015. En 2016 peu de changements, un départ à la retraite prévu.

psychiques. Les membres de l'ancienne équipe qui ont connu la section d'adaptation (25 % de l'ensemble) étaient toujours en poste en 2014-2015 et jouaient un rôle de leaders informels auprès des plus jeunes. Ces « anciens » ont connu la phase militante de l'ADAPEI marquée par la volonté d'aider la personne handicapée à s'intégrer dans la cité par le travail. Ces valeurs étaient encore fortement partagées par les professionnels qui mettaient l'activité, succédané du travail, au centre. Selon cette conception, plus l'utilisateur réalise d'activités, plus il s'épanouit. Les professionnels de l'équipe éducative ont montré leur grande créativité dans la conception et l'organisation de nouvelles activités. Elles n'étaient cependant pas formalisées par des documents de type « fiche projet » afin de repérer de façon plus explicite les besoins et attentes ; point qui faciliterait la formalisation d'objectifs évaluables dans le cadre du PAP.

B) Entre activité support de développement et activité source d'épanouissement

En tant qu'activité support du développement, il restait à faire les liens entre différents aspects : éducatif, social et thérapeutique. La question du développement ou du maintien des capacités via les activités étant perçue par seulement 30 % des professionnels. Pour la majorité, l'activité était surtout envisagée comme une source de satisfaction. L'analyse des projets personnalisés montrait une confusion entre moyens et objectifs (aide à dépasser de manière réaliste certaines limitations pour développer autonomie et indépendance selon la loi du 11 février 2005).

C) Une confusion des rôles qui nuit à la pleine réalisation de la mission du CAJ

L'ADAPEI du Rhône connaissait sur la période 2013-2014, des protestations syndicales, qui se sont traduites par des grèves, suite à un projet Ressources humaines (RH) associatif d'élaboration des fiches de postes. Ce mouvement, suivi au CAJ, était lié à la crainte d'une normalisation excessive du travail des salariés, en particulier éducatifs, qui cherchaient à préserver la « relation singulière à l'utilisateur » et leur autonomie. Ils craignaient de voir les éducateurs spécialisés devenir des « chefs » étant donné leur formation et la fonction qu'ils devraient occuper en termes de coordination sans que ce rôle ne soit valorisé financièrement. Un risque juridique potentiel existait : celui de voir des professionnels réaliser le même travail que les éducateurs spécialisés, réclamer le même salaire en vertu du principe « travail égal, salaire égal ». La question du rôle des psychologues et psychiatres se posait également dans une perspective de décloisonnement et de circulation des informations en interne et dans l'accompagnement individuel des usagers les plus en difficulté. Autre point clé, les professionnels avaient tendance à se situer dans une logique statutaire liée à leur qualification plutôt qu'à une logique compétence. Il me paraissait fondamental de trouver un équilibre entre ces deux dimensions.

1.4 Conclusion de la première partie

Compte tenu de ces éléments, mon projet de réorganisation du CAJ pour mieux répondre aux attentes et besoins des usagers, consistait à :

- redonner un cadre et des principes d'actions communs en s'appuyant sur la démarche de refondation du Projet d'établissement et sur le projet immobilier,
- définir les modalités d'un accompagnement adapté aux attentes et aux besoins qui n'étaient pas suffisamment satisfaits : prise en compte des personnes présentant des TED en priorité,
- amener les professionnels à modifier leurs conceptions de l'accompagnement et soutenir leur évolution,
- reconfigurer les processus les moins efficaces, formaliser les rôles des acteurs clés (usagers et entourage, professionnels et partenaires extérieurs), améliorer la communication, l'information et la coordination (construire des partenariats et des coopérations internes et externes pertinents) pour résoudre le point central à améliorer : la personnalisation de l'accompagnement,
- ancrer dans la durée la démarche d'amélioration continue en faisant du CAJ une organisation « apprenante ».

Je vais préciser dans le chapitre II les principes et méthodes sur lesquels je me suis appuyé pour réaliser ce projet.

2 Personnaliser l'accompagnement en impliquant les professionnels

Au regard de ma problématique, organiser signifie « doter de structure »⁷⁶ ; l'organisation désignant une « association au sens large régie ou non par des institutions et qui recouvre l'ensemble des personnes appartenant à un groupe organisé ». Dans ce sens, réorganiser le CAJ de Parilly revenait à lui donner de nouvelles orientations et façons de travailler ensemble ainsi que de nouveaux processus. L'objectif principal était d'adapter notre accompagnement aux besoins et attentes d'un public très peu pris en compte.

Le besoin peut être décrit « comme l'écart entre un état optimal défini de manière normative et l'état actuel ou réel ».⁷⁷ Dans cette conception, il est défini par l'expert se référant à une norme sociale ou médicale. Le point de vigilance par rapport à cette hypothèse est lié au risque de mettre de « côté le point de vue de la personne en perte d'autonomie » ; les besoins « ressentis et exprimés » prenant « le statut de demande »⁷⁸, demandes qui peuvent alimenter les attentes de l'utilisateur. L'attente étant donc liée à un « événement » sur lequel « peut compter » la personne. En tant que directeur, trois axes me paraissaient fondamentaux à intégrer dans le cadre de mon Projet d'établissement :

- rendre lisible et explicite aux usagers, à leur entourage, aux professionnels et aux différents partenaires notre offre d'accompagnement et ce que l'on peut en attendre de manière réaliste,⁷⁹
- renforcer la capacité des usagers à participer à l'élaboration et à l'expression de leurs besoins et demandes,
- développer le « pouvoir d'agir » des professionnels et de l'établissement en accentuant la vigilance éthique pour la promotion de l'autonomie des usagers.

La recherche d'une personnalisation plus grande de l'accompagnement constituait la clé de voûte de la démarche de réorganisation, dont j'attendais qu'elle apporte des améliorations, en particulier pour les personnes avec TED. Corriger les processus clés défaillants, modifier notre façon de concevoir la philosophie et les principes d'accompagnement et évaluer l'impact de nos actions sur l'utilisateur étaient les conditions pour garantir l'effectivité de notre mission et prouver notre utilité sociale. Un changement opérant et inscrit dans la durée ne pouvait être obtenu que par la construction d'une vision partagée.⁸⁰ Il s'agissait donc d'aider les différents acteurs, internes et externes, à développer un pouvoir d'agir en référence à un Projet d'établissement revitalisé. La

⁷⁶ REY A., 2012, *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris : Le Robert, 2 837 p., p. 2 349

⁷⁷ CONSEIL GÉNÉRAL DU RHÔNE, Schéma départemental du Rhône, 2009/2013, *Accompagner vers l'autonomie personnes âgées et personnes handicapées*, disponible sur internet : <http://www.rhone.fr>, 270 p.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 56

⁷⁹ LOUBAT J.R., 2012, *Élaborer un projet d'établissement ou de service*, 3^e édition, Paris : Dunod, 409 p.

⁸⁰ LENHARDT V., 2002, *Les responsables porteurs de sens*, 2^e édition enrichie, Paris : INSEP, 432 p.

clarification de l'identité, des valeurs et des orientations du CAJ, des missions, rôles et compétences de chacun des acteurs (usagers, entourage, professionnels et partenaires) s'imposaient donc.

2.1 Pour une définition renouvelée de l'accompagnement et des pratiques⁸¹

Je vais reprendre dans cette partie les principales recommandations de l'ANESM et de la HAS qui ont servi aux équipes pour construire des réponses adaptées compte tenu des points faibles identifiés au CAJ. Tout d'abord, je vais interroger le qualificatif « adulte » par rapport à la façon dont le CAJ pouvait l'intégrer pour prévenir les risques présentés par la relation asymétrique qui risquait de rendre les usagers trop dépendants de leurs accompagnants. Je ferai ensuite un résumé des principales recommandations qui m'étaient apparues porteuses de sens à l'issue de l'évaluation interne ainsi que des observations et analyses que j'ai pu réaliser en parallèle, en particulier sur le contenu et le processus d'élaboration et de mise en œuvre des projets personnels d'accompagnement.

2.1.1 Éthique de l'accompagnement et prévention de l'ancrage dans la liminalité

Les marqueurs traditionnels du passage à la vie adulte ne peuvent s'appliquer pour les personnes accueillies au CAJ (accès à un emploi, à un logement, mariage, procréation, vie sexuelle).⁸² Cette situation de « suspension sociale » des personnes présentant une déficience mentale est à rapprocher avec « l'état liminal » décrit par Robert MURPHY⁸³ et Victor TURNER.⁸⁴ La liminalité est « l'immobilité et l'invisibilité sociale », alors que le devenir adulte est le mouvement « vers une conscience de soi de plus en plus affirmée indépendamment du statut social ». ⁸⁵ Au niveau de l'établissement, les effets de la liminalité peuvent être atténués par l'ouverture sur l'extérieur, une meilleure personnalisation de l'accompagnement et l'instauration d'une éthique où la personne est pensée comme ayant des ressources et capable de participer et de se développer.⁸⁶ À l'inverse, l'uniformisation et les conséquences d'une posture asymétrique pourraient conduire à une « minoration des personnes accueillies ». ⁸⁷ Le projet personnalisé est un moyen de prendre en compte la

⁸¹ Cette partie a été écrite en faisant référence de façon précise aux « Recommandations de bonnes pratiques » de l'ANESM et de la HAS, pour disposer d'un référentiel explicite à partir duquel pratiques individuelles, collectives, et processus seront construits et évalués.

⁸² VESIN J.-P., Année universitaire 2013-2014, *La vie dans un centre d'accueil de jour : Enfance prolongée ou transition vers l'âge adulte ?*, mémoire Master 2 Professionnel « Situations de handicap, éducation inclusive » : université Lyon 2, 98 p., p. 21

⁸³ TURNER V., 1990, *Le phénomène rituel, structure et contre structure*, Paris : PUF, 206 p.. Cité par VESIN J.-P., *ibid.*, p. 22

⁸⁴ MURPHY ROBERT F., 1990, *Vivre à corps perdu*, Paris : Plon, 392 p.. Cité par VESIN J.-P., *ibid.*, p. 23

⁸⁵ VESIN J.-P., *ibid.*, p. 24

⁸⁶ *Ibid.*, p. 90

⁸⁷ *Ibid.*, p. 90

singularité de chacun, lui permettant ainsi d'exprimer ses attentes et d'exercer sa responsabilité : « l'éthique est une vertu facilitant son inscription dans le monde et la restitution de ses capacités, en soutenant son pouvoir dire et son pouvoir faire ».⁸⁸

A) Assurer une meilleure personnalisation dans un cadre collectif

L'ANESM recommande que l'établissement permette à l'utilisateur de disposer d'un cadre de vie collectif qui le reconnaisse comme individu. Concrètement, les professionnels doivent :

- assurer un accueil personnalisé en formalisant un « livret d'accueil simple, accessible et accueillant » et en identifiant un professionnel chargé de guider l'utilisateur,⁸⁹
- promouvoir une vie collective de qualité. L'ouverture sur l'extérieur est envisagée comme un moyen de limiter les contraintes issues de la vie en collectivité.⁹⁰

Concernant l'élaboration et la mise en œuvre de l'accompagnement, l'ANESM met l'accent sur l'importance d'identifier les « apports personnalisés de la dimension collective de l'accueil ».⁹¹ Le projet personnalisé doit être coconstruit tout en étant attentif au risque de « chronicisation : apathie, grande dépendance ».⁹² Pour les activités collectives, il est recommandé de « préciser la teneur et les objectifs des activités de groupe ». Ce point est un des axes majeurs d'amélioration au CAJ dont les effets des activités collectives étaient insuffisamment pensés en amont selon le projet de vie de la personne.

L'ANESM préconise également « de mettre en place des temps d'échange, de partage, de débats autour de centres d'intérêt ou de préoccupations communes afin de soutenir les liens entre les personnes accueillies et de stimuler l'expression personnelle ».⁹³ Ainsi, le collectif ne doit pas primer sur le projet de la personne et une souplesse dans l'organisation est à promouvoir.⁹⁴ Compte tenu de la taille du CAJ et de son évolution, la recommandation de l'ANESM de constituer des petites unités m'était apparue cruciale. Il s'agit de « faciliter la communication collective, la convivialité et la personnalisation » et d'interroger le niveau d'hétérogénéité des collectifs. Hétérogénéité et homogénéité peuvent être toutes deux « porteuses de sens et d'une qualité d'accompagnement. Elles procurent des points d'appui et des leviers à la fois communs, complémentaires et différents, ce qui permet de personnaliser l'accompagnement ».⁹⁵ Enfin, la conciliation de la vie en collectivité et de la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement reposant au moins en partie sur l'implication des professionnels, l'ANESM préconise d'instaurer des réunions d'échanges

⁸⁸ *Ibid.*, p. 90

⁸⁹ *Ibid.*, p. 14

⁹⁰ ANESM, 2009, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 52 p., p. 1

⁹¹ *Ibid.*, p. 15

⁹² *Ibid.*, p. 16

⁹³ *Ibid.*, p. 25

⁹⁴ *Ibid.*, p. 32

⁹⁵ *Ibid.*, p. 33

et de réflexion pour les professionnels, des formations ciblées et des cycles d'analyse des pratiques. Ces instances doivent « réguler et fluidifier les relations entre les divers professionnels », veiller à la cohérence des pratiques, à la gestion des contradictions entre projet personnalisé et contraintes de la vie collective.⁹⁶ L'ANESM insiste également sur « la mise en œuvre de règles collectives » où les « professionnels échangent sur la concrétisation des droits au sein de l'établissement et la mise en œuvre de règles de vie collective ». Il s'agit de « repérer l'implicite et l'explicite dans les pratiques » et de « confronter les différentes conceptions de la prise de risque ».⁹⁷ Ces éléments renvoyaient à la nécessité de repenser le Projet d'établissement en termes de principes de fonctionnement formalisés en lien avec un projet personnalisé réajusté pour servir de cadre à la construction et à la mise en œuvre du parcours de la personne au CAJ ; ce point étant particulièrement crucial pour les personnes souffrant de TED.

B) Aménager un environnement rassurant pour les personnes avec TED

L'enjeu pour le CAJ était de proposer un environnement prévisible, rassurant et compréhensible par les personnes présentant des TED.⁹⁸ Pour éviter le stress, il est nécessaire d'avoir des repères fixes grâce à une organisation offrant un cadre régulier et sécurisant dans leur routine quotidienne.⁹⁹ L'aménagement des locaux doit donc être pensé dans ce sens, tout en rendant possibles des moments individuels. De la même manière, la mise en place de repères temporels favorise la prévisibilité des événements et de l'emploi du temps. Il convient d'éviter les temps d'attentes injustifiés, source d'anxiété et d'agitation, tout en donnant à la personne les moyens de gérer ces transitions entre les activités. La journée doit respecter ses rythmes de vie et sa fatigabilité, en s'appuyant sur les observations des professionnels et de l'entourage. La personne doit être informée des changements dans l'équipe ou dans l'institution (rotations, départs, modifications inopinées, accueil de stagiaires...). Plus largement, il est préconisé que l'utilisateur apprenne à gérer, par anticipation, des situations susceptibles de générer du stress (événement festif particulier, consultation médicale, situation inédite...).¹⁰⁰ Il est également conseillé aux accompagnants de filtrer et de hiérarchiser les stimuli sonores pour faciliter le traitement du message par la personne.¹⁰¹ Cette attention portée à l'environnement est un des moyens de prévenir les comportements - problèmes et les crises, point faible du CAJ au moment de mon arrivée en mars 2012. En complément de ces points de repère, la notion d'appropriation de la fonction contenante des locaux m'apparaissait fondamentale. La démarche HQU (Haute

⁹⁶ *Ibid.*, p. 34

⁹⁷ *Ibid.*, p. 35

⁹⁸ CONSTANT J., 2013, *Voyager en pays autiste*, Paris : Dunod, 175 p., p. 23

⁹⁹ ANESM, 2009, Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 64 p., p. 28

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 28

¹⁰¹ CONSTANT J., 2013, *Voyager en pays autiste*, Paris : Dunod, 175 p., p. 101

qualité d'usage) développée par Régis HERBIN et le CRIDEV¹⁰² s'inscrivait dans ma volonté de construire une dynamique participative intégrant tous les acteurs dans une perspective d'amélioration continue de la « qualité d'usage ». L'espace est pensé comme devant mettre en adéquation les besoins de motricité, de perception, de repérage, d'orientation et de prévenance de la personne avec la qualité d'usage du cadre bâti, des transports, des espaces urbains, périurbains ou ruraux. Dans cette optique, l'appréciation de la qualité d'usage des espaces doit être menée de façon participative par les utilisateurs ou leurs représentants organisés en « maîtrise d'usage ».

Quatre types de qualités sont pris en compte :

- celle demandée par l'utilisateur (à l'origine du processus),
- celle prévue et programmée par les décideurs (la direction du CAJ),
- celle produite par les réalisateurs du projet,
- celle perçue par l'utilisateur : utilisation avec satisfaction de ce qui lui est accessible sur les plans moteurs, sensoriels, intellectuels, mentaux, cognitifs et/ou culturels.

C) Comprendre les comportements stéréotypés, prévenir et gérer les crises

Un comportement – problème comprend « tout ce qui constitue une gêne notable, intense, répétée, durable ou qui présente un danger pour la personne avec autisme ou autres TED, ainsi que pour son environnement, et qui compromet ses apprentissages, son adaptation et son intégration sociales. Les insomnies rebelles à tout traitement, les troubles sévères du comportement alimentaire, les agressions envers soi-même ou envers autrui ou entraînant la destruction des locaux en sont quelques exemples ». ¹⁰³ Leur apparition est le plus souvent reliée à des difficultés sensorielles, de communication, des particularités cognitives dans le traitement global de l'environnement et des informations qui s'y rattachent, ou à des problèmes de santé plus ou moins complexes. Ces comportements - problèmes nécessitent une attention particulière pour éviter qu'ils ne deviennent envahissants, ne s'aggravent et ne soient le seul moyen d'expression de la personne. Leur évaluation demeure une démarche fondamentale afin de construire des stratégies d'interventions éducatives et thérapeutiques et de définir des plans de soutien afin d'améliorer la qualité de vie de l'utilisateur. Les outils et les échelles d'évaluation se différencient selon les objectifs, l'évaluation descriptive du comportement (gravité, intensité, fréquence) ou fonctionnelle. ¹⁰⁴ La majorité des personnes avec autisme, surtout si elles sont déficientes intellectuelles, s'exprime par leurs comportements. Le but est de viser une

¹⁰² CENTRE DE RECHERCHE POUR L'INTÉGRATION DES DIFFÉRENCES DANS LES ESPACES DE VIE, 2011, Présentation synthétique de la démarche HQU (Haute qualité d'usage) de la mission d'AMU (Assistance à maîtrise d'usage), disponible sur internet : <http://www.habitation.gouv.qc.ca>

¹⁰³ ANESM, 2009, Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 64 p., p. 32

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 32

amélioration de la qualité de vie en développant leur autonomie, le maintien de leurs acquis et en diminuant les souffrances psychiques et les troubles du comportement.¹⁰⁵

D) Du comportement - problème aux crises

Les crises sont décrites comme étant « des pics d'intensité des « comportements - problèmes » qui vont nécessiter des réponses rapides ; les comportements - problèmes pouvant s'inscrire sur la durée ». ¹⁰⁶ Certains comportements stéréotypés qui paraissent problématiques pouvant revêtir une fonction importante pour la personne, on ne peut donc envisager leur disparition tant qu'elle ne dispose pas d'autres comportements plus « acceptables » et qui rempliraient leurs fonctions. ¹⁰⁷ Le traitement de ces comportements - problèmes, en plus d'améliorer la qualité de vie de la personne, peut avoir d'autres avantages : éviter les ruptures de parcours, favoriser une meilleure acceptation sociale, améliorer la vie familiale et éviter la contagion aux autres usagers. La compréhension de ces comportements et la prévention des crises ne peuvent se faire que dans le cadre d'une coopération étroite entre tous les acteurs. « Il est recommandé d'identifier et d'évaluer le caractère problématique des comportements par une concertation entre la personne, la famille et les professionnels au sein d'une équipe en s'appuyant sur des outils spécifiques ». Il est conseillé « d'associer autant que possible la personne aux orientations prises visant à diminuer ces comportements, en cherchant à déterminer quels sont ceux qui ont un caractère envahissant et gênant pour elle ». ¹⁰⁸ Il est aussi préconisé « d'analyser avec les familles les situations vécues de façon à en tirer des enseignements sur les interactions les favorisant ou au contraire les diminuant. Il importe de prendre en compte les incidences sur les autres usagers, les familles et les professionnels ». ¹⁰⁹ Autre point fondamental : il est préférable de recourir le moins possible à des psychotropes. « Il est recommandé de mettre en œuvre prioritairement toutes les mesures thérapeutiques, éducatives et pédagogiques destinées à prévenir les crises et de limiter le recours à la prescription de psychotropes ». Une précaution à prendre quant au recours à l'hôpital qui risque d'introduire rupture et choc pour l'utilisateur : « Le recours à l'hôpital doit être explicite quant aux motifs et faire l'objet d'une préparation en collaboration avec les hôpitaux. » Par rapport aux stratégies éducatives, il s'agit de susciter « l'apprentissage de comportements socialement acceptables » et de « modifier le cas échéant les caractéristiques de son environnement spatial et temporel ». ¹¹⁰ Le premier point renvoie à la mission de développement des capacités sociales telles que définies dans l'agrément du CAJ et le deuxième à la façon

¹⁰⁵ CONSTANT J., 2013, *Voyager en pays autiste*, Paris : Dunod, 175 p., p. 51

¹⁰⁶ ANESM, 2009, Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 64 p., p. 33

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 32

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 32

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 34

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 33

dont nous pouvions aménager à court terme des groupes de vie dans des lieux à l'abri du bruit, apaisés, apaisants et contenant.

Cette préoccupation sera au centre du projet architectural du CAJ avec la création d'une unité spécifique dédiée aux personnes présentant des TED au premier trimestre 2017.

2.1.2 Développer la communication au quotidien, objectiver l'évaluation des besoins et la formalisation d'objectifs, adapter l'accompagnement

Mes constats m'ont conduit à considérer l'importance d'utiliser des systèmes de communication, augmentatifs ou alternatifs au langage verbal, afin de permettre à la personne d'élaborer sa pensée et de l'exprimer. Ces aides à la communication doivent être accessibles dans les différents milieux de vie de la personne. Pour cela, la famille et l'entourage doivent idéalement être formés. Des appuis concrets, comme les supports visuels, sont utiles pour donner à l'utilisateur les moyens de comprendre ce qui se passe dans son environnement, dans les interactions sociales et ce qui est attendu de lui. Il est recommandé également de « mettre en place des dispositifs permettant la compréhension des codes sociaux ainsi que les comportements d'autrui, par l'expérimentation et des mises en situation. »¹¹¹ Il s'agit ainsi de se situer de manière équilibrée entre demandes et besoins de l'utilisateur ce qui va nécessiter une amélioration de la communication et la mise en place de processus et d'outils facilitant l'objectivité et les échanges.

A) Faciliter la communication et adapter l'accompagnement

Les approches éducatives fondées sur des outils de communication augmentatifs tels que le Picture Exchange Communication System (PECS) ou le MAKATON associés aux approches comportementales (ABA) et d'éducation structurée (TEACCH) sont recommandées par l'ANESM et la HAS.¹¹²

La méthode ABA part du constat que les enfants qui ont un développement dit « normal » apprendront spontanément dans leur environnement (apprentissage du jeu, du langage, des relations sociales). Les enfants autistes sont également capables d'apprendre, mais « dans un cadre particulièrement structuré pour développer les mêmes compétences que les autres enfants acquièrent naturellement ».¹¹³

*Le programme TEACCH*¹¹⁴, créé au début des années 1970 par le docteur Éric SHOPLER, a développé le concept de la « culture de l'autisme ». C'est une manière d'aborder les schémas caractéristiques de pensées et de comportements que l'on retrouve

¹¹¹ *Ibid.*, p. 26

¹¹² ANESM et HAS, 2012, Autisme – Questions/réponses, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 5 p., p. 4

¹¹³ ASSOCIATION AUTISME APPRENDRE AUTREMENT, Qu'est-ce que l'ABA?, disponible sur internet : <http://www.abaautisme.org>

¹¹⁴ COLLECTIF LEARNENJOY, Méthode TEACCH : l'approche développementale, disponible sur internet : <http://learnenjoy.com>

chez les individus présentant ce diagnostic. Pour les promoteurs de cette approche, comme le collectif Learnenjoy¹¹⁵, les principes de l'enseignement structuré impliquent de comprendre la « culture de l'autisme » en développant, pour la personne, un projet individualisé en lien avec l'entourage et son lieu de vie. Autre point important : il est fondamental de structurer physiquement l'environnement et d'utiliser des supports visuels pour rendre compréhensibles les activités et leur ordre de déroulement. Pour la communication, il s'agit de mettre en place des canaux autres que seulement langagiers, selon le style et le niveau des personnes, en utilisant par exemple les approches PECS et MAKATON. L'objectif est d'aider les « mal parlants » TED à entrer en communication avec l'environnement.¹¹⁶

Le PECS¹¹⁷ (*Picture Exchange Communication System*) est basé sur l'ABA et sur les phases de développement type du langage chez l'enfant. C'est un système de communication à base d'échange d'images qui permet de suppléer ou d'augmenter l'échange de la part des personnes ayant des troubles autistiques ou présentant un déficit de la communication sociale.

Le MAKATON¹¹⁸ est constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes. Ces supports offrent une représentation visuelle du langage qui améliore la compréhension et facilite l'expression. Il favorise les échanges en accédant à l'ensemble des fonctions de la communication : dénommer, formuler une demande ou un refus, décrire, exprimer un sentiment, commenter...

Lors de l'analyse des besoins de formation que j'ai réalisée à l'issue de l'évaluation interne en juin 2013, j'en avais conclu que les professionnels devaient avoir davantage de ressources pour comprendre et faciliter la communication avec les personnes présentant des TED.

B) Points d'appui pour l'évaluation des besoins et formalisation d'objectifs

Le troisième Plan autisme met l'accent sur l'importance du diagnostic et de l'évaluation : « Il est recommandé en particulier d'évaluer de façon multidisciplinaire le fonctionnement de la personne à l'aide d'outils utilisés au niveau international. L'évaluation sera complétée par un recueil d'observations réalisé dans les différents lieux de vie de la personne (domicile, école, lieux de travail, de loisirs...) avec son accord ou celui de son représentant légal. L'évaluation doit porter sur les différents domaines de fonctionnement, de façon à rendre compte des compétences acquises et celles qui sont en émergence. De plus, elle prendra en considération les obstacles rencontrés dans l'environnement de la personne,

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ CONSTANT J., 2013, *Voyager en pays autiste*, Paris : Dunod, 175 p., p. 53

¹¹⁷ PECS, 2009/2010, Le système de communication par échanges et l'approche pyramidale de l'éducation, disponible sur internet : <http://www.pecs-france.fr>, 12 p.

¹¹⁸ ASSOCIATION AVENIR DYSPHASIE, Qu'est-ce que le MAKATON ?, disponible sur internet : <http://www.makaton.fr>

ainsi que les facilitateurs disponibles ou à créer ».¹¹⁹ L'ANESM réaffirme l'importance de l'évaluation via les Centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) et les Centres ressources autisme (CRA) en particulier, et de sa traduction en propositions d'accompagnement.¹²⁰ L'ANESM promeut également la coopération entre professionnels et familles : « Les situations problématiques rencontrées au quotidien dans l'environnement familial sont à prendre en compte dans les propositions d'intervention afin qu'elles contribuent à l'amélioration de la qualité de vie de la famille ».¹²¹ J'estimais que le modèle MAP, développé par l'UNAPEI, pourrait alimenter une grille de recueil des besoins, en complément de l'analyse fonctionnelle. Il a l'avantage de considérer deux points essentiels : l'autonomie psychique et le degré de dépendance mesuré à partir de la grille AGGIR.¹²² À mon sens, cette approche peut s'avérer utile si elle laisse la possibilité à chaque établissement de l'adapter en fonction de ses spécificités.

2.1.3 Redéfinir les principaux processus d'accompagnement

A) Le projet personnalisé : trouver un équilibre entre développement et épanouissement personnel

Concernant le projet personnalisé d'accompagnement, il est recommandé de le construire pour les personnes avec TED dans les trois mois maximum après leur admission. Pour le CAJ de Parilly, il était prioritaire de raccourcir ce délai en collaborant avec les parents. Une démarche confirmée par l'ANESM pour qui associer les parents va « aider à décrypter l'expression de la personne. Cette aide est particulièrement cruciale quand les professionnels ont du mal à repérer le degré d'adhésion aux propositions qui lui sont faites ».¹²³ Dans le cadre du projet personnalisé, « l'offre sera déployée sur un ensemble de dimensions : en particulier l'épanouissement personnel à travers les activités et la participation à la vie en société selon les capacités de chacun ».¹²⁴ Un point de vigilance est caractérisé par la « nécessité de trouver une juste mesure entre des sollicitations trop faibles ou trop rares et des interventions trop intensives en prévoyant un ajustement qui tienne compte des caractéristiques de la personne ».¹²⁵ Pour faciliter les apprentissages, l'ANESM conseille de « proposer des activités adaptées aux compétences et intérêts de la

¹¹⁹ ANESM, 2009, Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 64 p., p. 16

¹²⁰ *Ibid.*, pp. 16-18

¹²¹ *Ibid.*, p. 20

¹²² UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS DE PERSONNES HANDICAPÉES ET DE LEURS AMIS, 2012, Modèle d'accompagnement personnalisé, disponible sur internet : <http://www.unapei.org>

¹²³ ANESM, 2009, Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 64 p., p. 21

¹²⁴ *Ibid.*, p. 23

¹²⁵ *Ibid.*, p. 26

personne et l'aider à relier ces activités à ce qui peut faire sens pour elle, pour son entourage, de façon à développer ou renforcer la confiance en soi ».¹²⁶

B) Se doter d'objectifs et intentions lisibles et coconstruits avec l'entourage

Selon Pierre MINAIRE, on peut distinguer les « macro-situations » (aller à l'école) et les « micro-situations » (franchir une marche). Prendre en compte celles de l'usager pour faciliter son quotidien constitue une façon pratique de penser l'accès à des situations de vie par la réalisation d'activités du CAJ.¹²⁷ Participer aux activités reste un moyen privilégié de développer, sans pression pour l'usager, des capacités permettant ensuite un transfert dans le milieu de vie. Il s'agit d'éviter deux écueils : l'occupationnel (« *il y a de la place, il peut s'inscrire, il aime bien* ») ou le trop performatif qui pourrait mettre en difficulté certains usagers.¹²⁸ Pour les personnes avec TED, l'évaluation fonctionnelle¹²⁹ donne des informations précieuses afin de prévenir des situations de mal-être et de crise, qu'il s'agit de définir pour coconstruire des objectifs réalistes. Cette évaluation devra être réalisée par des structures habilitées et reprises par les professionnels formés afin de pouvoir pleinement l'intégrer.

C) La notion d'unité de vie : différencier en garantissant la cohérence institutionnelle

Pour l'ANESM, dans les établissements de grande taille, l'aménagement en petites unités est recommandé pour faciliter la communication collective, la convivialité et la personnalisation. Au sein des unités de vie, le collectif doit être suffisamment large pour permettre à chaque usager de ne pas être en première ligne à tout moment, tout en étant assez restreint pour prendre en compte chacun et pouvoir médiatiser les relations et le fonctionnement du groupe.¹³⁰ Romain LIEBERMAN souligne le fait d'être prudent sur le mixage « incontrôlé des personnes avec des problématiques différentes qui pourrait aboutir à une entrave du fonctionnement institutionnel préjudiciable aux personnes qu'elle est pourtant censée épanouir et réadapter ».¹³¹

D) Intégrer formellement la dimension thérapeutique de l'accompagnement

Il apparaissait déjà évident qu'un chapitre du Projet d'établissement du CAJ devait être dédié à la dimension « accompagnement à la santé ». L'autre point important concernait l'élaboration de conventions avec les structures sanitaires envisagées comme des partenaires associés au CAJ et non plus comme des services externes. Il s'agissait ainsi de constituer des dispositifs dans lesquels le CAJ aurait eu un statut de copilote. Il me

¹²⁶ *Ibid.*, p. 27

¹²⁷ MINAIRE P., « Handicaps et Handicapés. Pour une classification fonctionnelle », *Cahiers médicaux lyonnais*, 2, 1976, pp. 479-480. Cité par HAMONET C., 2012, *Les personnes en situation de handicap*, 7^e édition, Paris : PUF, 127 p., p. 52

¹²⁸ ANESM, 2009, Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 64 p., 23-25

¹²⁹ *Ibid.*, p.16

¹³⁰ ANESM, 2009, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 52 p., p. 33

¹³¹ LIBERMAN R., 2011, *Handicap et Maladie mentale*, 8^e édition, Paris : PUF, 128 p., p. 81

semblait également important de défendre la contribution spécifique d'un équipement tel que le CAJ dont la mission de socialisation peut aider à l'amélioration de l'état de santé des individus. Les modes d'entrée et de sortie d'établissements psychiatriques sont effectivement en rapport avec deux facteurs fortement liés : l'état de santé des patients et la qualité de leur réseau social. En vertu du « théorème d'Escaffre » : « Pour un degré de santé donné, la probabilité d'hospitalisation d'un individu est inversement proportionnelle à la capacité de soutien de son réseau social ».¹³² Dans cette perspective, l'accompagnement aurait pour finalité de se substituer, au moins temporairement, à un réseau social peu ou non accessible en facilitant l'accès à un autre constitué par le système relationnel du CAJ.

2.2 Promouvoir les droits des usagers en rééquilibrant le cadre relationnel et institutionnel

2.2.1 Refonder les liens avec usagers et partenaires

A) Reconnaître un rôle explicite à la personne accueillie au-delà de l'utilisateur, du résident ou du consommateur¹³³

Le terme usager désigne celui qui a « l'usage d'un service ». Dans le Code civil, il est « celui qui a l'usage d'un bien appartenant à autrui ». L'utilisateur est donc celui qui jouit d'un bien mis à disposition par la collectivité. La notion d'ayant droit est liée à la notion d'utilisateur. Le terme « consommateur » ne me paraît pas adapté et porteur de sens, il n'intègre pas la personne comme agissante, ce qui n'est pas révélateur de l'enjeu de l'accompagnement tel que je le conçois. Le terme « client », tel que défini par le courant de la psychologie humaniste de l'école de Carl ROGERS, intègre une personne active avec des droits et des devoirs.¹³⁴ Cette notion de client revisitée met l'accent sur l'engagement et la contractualisation autour d'un service coconstruit entre l'accompagnant et l'accompagné.¹³⁵ C'est selon cette conception que je souhaite redéfinir les rapports entre les professionnels / l'institution et les usagers. Dans cette optique, le contrat permet ainsi de formaliser la déontologie, les principes d'action, les objectifs et les moyens déployés. L'égalité et la complémentarité entre les deux partenaires sont également assurées par deux asymétries qui se complètent. Ainsi, l'accompagnant a la position haute sur le processus, au sens où il propose des modalités et des principes d'action ainsi qu'un processus de coconstruction. Par contre, c'est l'utilisateur qui a la position haute sur le contenu dans la mesure où sa

¹³² ESCAFFRE J-P., 1988, « Réseaux sociaux et prise en charge hospitalière », *Cahiers de l'École nationale de la santé publique*, n°2, p. 40. Cité par JAEGGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod, 201 p., p. 84.

¹³³ À partir de la fiche de lecture tiré de CHAUVIÈRE M., GODBOUT J.-T., 2004, *Les usagers entre marché et citoyenneté*, Paris : L'Harmattan, 332 p., et élaboré dans le cadre de l'atelier analyse de la pratique CAFDES, 2009, ARAFDES.

¹³⁴ ROGERS C., 2005, *Le développement de la personne*, Paris : InterÉditions-Dunod, 274 p.

¹³⁵ LENHARDT V., 2008, *Au cœur de la relation d'aide*, Paris : InterÉditions-Dunod, 228 p.

demande est en cohérence avec les missions et les devoirs de l'établissement en termes de bientraitance, de sécurité et d'éthique.¹³⁶ Compte tenu de ces éléments, l'enjeu pour le CAJ était bien de reconstruire une symétrie entre usagers et professionnels à travers la reconfiguration des modalités visant à élaborer les PAP, le contrat de séjour et le recueil des attentes et satisfaction tout au long de l'accompagnement.

B) Reconnaissance et bientraitance¹³⁷

En reprenant les conceptions développées par G.W.F. HEGEL, H. MEAD a identifié trois formes de reconnaissance dont le déficit conduit à trois formes de mépris. À mon sens, une véritable approche de la bientraitance se doit d'intégrer ces trois niveaux. La *reconnaissance liée aux relations affectives* (amour, amitié, estime de la personne en tant que telle) nécessite de promouvoir la posture du professionnel qui vit le hasard de la rencontre comme autant d'opportunités de découverte, de coconstruction et de partage pour générer confiance et estime. L'individu est « inconditionnellement estimable », pour reprendre l'expression de Carl ROGERS (2005). La reconnaissance liée aux droits correspond à celle aux niveaux juridique et politique telle qu'elle s'incarne dans les différents outils de la loi 2002-2. L'individu est aussi un client qui a droit à des prestations de qualité dont il participe à la conception ou à la mise en œuvre : droit de choisir et de coconstruire constituent les deux pôles majeurs de l'exercice du droit de l'usager-client au sein d'un établissement. La *reconnaissance sociale* renvoie à l'estime sociale en lien avec la place de chacun au sein des groupes, des institutions ou des établissements et dans la société en général. Pour s'inscrire pleinement dans la promotion de la bientraitance, le CAJ de Parilly se devait de garantir les règles du vivre et du faire ensemble¹³⁸ afin de protéger et de promouvoir une éthique et la personnalisation de l'accompagnement, toutes deux vitales pour prévenir l'installation de l'usager dans cette phase liminaire, source de stagnation psychosociale.

C) Évaluer les effets de l'accompagnement

La loi de 2002 ne vise pas de façon explicite une évaluation des résultats ou de l'impact (« ce que l'action produit ») à l'inverse du décret du 15 mai 2007 : « appréciation de l'atteinte des objectifs, de la production d'effets attendus ou non prévus, positifs ou négatifs », annexe 3-10 du CASF chapitre II section I.¹³⁹ La définition du CREDOC me paraît plus adaptée : « Par effet il faut entendre les différences d'état de la personne, de la famille ou du milieu saisis à deux moments différents. La notion d'effets peut désigner un ensemble

¹³⁶ À partir des enseignements tirés du cours de Politique Publique CAFDES, 2011, ARAFDES, Marie José AUBURTIN.

¹³⁷ À partir de la fiche de lecture élaborée par Jean-Charles RAVION, CAFDES ARAFDES 2008, tiré de HONNETH A., 2000, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris : Les Éditions du Cerf, 240 p.

¹³⁸ BOUTINET J.-P., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : PUF. Cité par VERGONJEANNE F., 2010, *Coachier les groupes et les organisations : la théorie organisationnelle d'Éric Berne*, Paris : InterÉditions-Dunod, 289 p., p. 25-28.

¹³⁹ SAVIGNAT P., 2009, *Évaluer les établissements et les services*, Paris : Dunod, 370 p., pp. 216-217

de comportements, de représentations, de ressources disponibles ou un système relationnel ». Les effets perçus chez l'utilisateur peuvent notamment provenir d'actions engagées par l'établissement, mais également de facteurs propres à la personne, à son entourage et à son contexte.¹⁴⁰

2.2.2 Définir et affirmer l'identité du CAJ par son utilité sociale et la qualité de ses accompagnements

A) Épanouissement, développement des usagers et soutien aux familles

Le CAJ est un lieu d'épanouissement et de développement qui matérialise l'obligation de solidarité de la société. L'agrément rappelle qu'il s'agit de considérer l'individu autrement que par sa place par rapport au travail. Le CAJ permet également aux familles de bénéficier d'une forme de répit sur la durée.¹⁴¹ Il participe ainsi aux efforts des familles dans la gestion de la dépendance de leurs proches, en les accueillant à la journée pour des activités qui contribuent à leur épanouissement, voire au développement ou au maintien de leurs capacités. L'objectif est, autant que possible, de réduire leur dépendance et de développer leur autonomie dans la vie quotidienne. Un des autres enjeux clés de l'utilité sociale du CAJ est d'aider les usagers à être reconnus positivement par leur environnement psychosocial par d'autres moyens que leur participation au monde du travail. Même si l'ouverture sur l'extérieur se devait d'être inscrite formellement dans le projet, le CAJ permet de travailler un premier niveau de reconnaissance par l'expérience d'un lieu où il est possible d'être soi-même en toute sécurité et respecté. Un lieu dans lequel existe une confiance inconditionnelle en sa capacité de progresser dans l'acquisition de nouvelles capacités. L'extérieur, en facilitant l'accès à des ressources et à des expériences différentes, favorise l'épanouissement et le développement de la personne. Il est donc partie intégrante du projet d'accompagnement individuel. À ce titre, le CAJ, tout en conservant une logique d'établissement, s'inscrit dans le mouvement de désinstitutionnalisation.

B) Le CAJ de Parilly : un instrument d'ouverture sociale et de désinstitutionnalisation

Le mouvement de désinstitutionnalisation distingue hébergement et accompagnement. Ce dernier ne se définit pas par les endroits où les personnes vivent ou passent la plus grande partie de leur temps, mais par leurs besoins individuels et leurs propres choix du lieu et du mode de vie.¹⁴² L'avantage d'une structure ouverte comme le CAJ est de pouvoir penser l'accompagnement avec le milieu ordinaire via l'entourage de l'utilisateur et des partenaires extérieurs. Cela permet à d'autres acteurs d'exister, d'agir ou de réagir et donc d'enrichir

¹⁴⁰ *Ibid.*, pp. 217-218

¹⁴¹ ASSOCIATION FRANÇAISE DES AIDANTS, Temps pour soi et répit, disponible sur internet : <http://www.aidants.fr>

¹⁴² CONSEIL FRANÇAIS DES PERSONNES HANDICAPÉES POUR LES QUESTIONS EUROPÉENNES, avril 2008, Institutions désinstitutionnalisation : Une proposition française relative aux choix de vie des personnes en situation de handicap au regard des Droits de l'Homme et de la pensée européenne, disponible sur internet : <http://www.cfhe.org>, 53 p., p. 5

les choix et les possibilités de découvertes, d'expériences... Le principe clé de la désinstitutionnalisation est de permettre à la personne de « vivre sa vie » avec les formes d'accompagnement et de protection qui lui conviennent. Les lieux de vie, selon ce mouvement, doivent être intégrés dans la société et disposer de moyens offrant une liberté de choix. « 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 à regagner le contrôle de leur vie comme des citoyens à part entière ». Dans ce cas, la notion de maintien ou de développement des capacités (« Empowerment »), sociales en particulier, prend tout son sens. Le CAJ, grâce à la palette d'activités qu'il propose, les partenariats potentiels qu'il peut nouer sur le territoire, peut proposer des parcours diversifiés. On se situe bien dans les objectifs généraux de la loi du 11 février 2005 concernant l'ouverture sur le milieu « ordinaire ». Les structures ouvertes, comme le CAJ, sont donc un équipement adapté visant à faciliter l'accessibilité à ce monde ordinaire.

C) Construire des liens entre les différents niveaux d'évaluation de la qualité

L'enjeu est de trouver une cohérence entre les différents niveaux de projets et d'évaluation.¹⁴³ Ces quatre niveaux sont tous associés au projet commun :

- le projet politique est décliné sur un territoire via les schémas départementaux,
- le projet associatif est en cohérence avec le Projet d'établissement,
- le projet d'accompagnement est lié à un projet personnel/projet de vie de l'utilisateur.

Le risque pour le CAJ était de s'installer, pour reprendre les termes de J. DANANCIER, dans une « routine rassurante » avec « répétition de réponses semblables ».¹⁴⁴ Une institution sans projet vivant est le reflet de la dominance d'un processus de « déliaison entre professionnels ».¹⁴⁵ J'avais repéré cette déliaison par :

- des perceptions négatives d'une partie de la population reçue (usagers avec TED ou troubles du comportement) par les professionnels,
- l'installation des professionnels dans une posture asymétrique à travers laquelle l'entourage de l'utilisateur est le plus souvent perçu comme dérangeant,
- la tendance des professionnels à investir la dimension disciplinaire des règles collectives pour contrôler les comportements des usagers.¹⁴⁶

En tant que directeur, mon rôle était de garantir cette cohérence et cette continuité entre les différents niveaux de projets. Je me devais d'être le garant de processus de coordination

¹⁴³ BARBE L., 2011, « Réflexions pour des évaluations attentives à la complexité », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 426/427, pp. 41-58

¹⁴⁴ DANANCIER J., 2011, *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*, Paris : Dunod, 192 p., p. 8

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 8 DANANCIER J. citant ENRIQUEZ E., « Processus de liaison et de déliaison », *Les cahiers des psychologues cliniciens*, université Paris VII, novembre 1986, n°4

¹⁴⁶ DANANCIER J., 2011, *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*, Paris : Dunod, 192 p., p. 9

en interne et en externe permettant d'assurer cette liaison sans laquelle nombre de pratiques et d'actions individuelles ou collectives n'auraient plus de sens.¹⁴⁷

2.2.3 Bâtir de véritables partenariats pensés sur la durée et en termes d'objectifs¹⁴⁸

Le changement que j'envisageais pour le CAJ consistait à construire un véritable partenariat coconstruit aux objectifs affichés et partagés. Il me paraissait fondamental de raisonner sur la durée, d'institution à institution, pour aller au-delà de ses « promoteurs charismatiques ou motivés »¹⁴⁹. Pierre SAVIGNAT met en avant une nouveauté que revêt, pour les professionnels et les institutions, la dimension de formalisation des pratiques, des processus et des effets. Cette « formalisation va d'abord être utile aux professionnels à la fois pour améliorer le service rendu, pour qualifier les effets, les définir, consolider leurs grilles d'analyse et ainsi favoriser le déploiement des pratiques. »¹⁵⁰ Elle doit impérativement concerner les liens construits ou à développer avec nos partenaires extérieurs.

A) Coopération et partenariats : vers un formalisme et une proactivité plus poussée

Le partenariat avec des structures sanitaires est largement appuyé par l'appareil légal qui incite au rapprochement et à la mise en réseau. Avant la loi de 2002-2, la notion de réseau avait été évoquée par celle du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, de même que l'intrication des problèmes de santé et les difficultés sociales.¹⁵¹ Avec la loi de 2002, la notion de réseau s'intègre dans un ensemble d'outils qui visent à désenclaver l'action sociale et médico-sociale. Tout d'abord, l'obligation de partenariat est placée au cœur du Projet d'établissement et de service (article L.311-8 du code de l'action sociale et des familles) : « Chaque projet définit les objectifs de l'institution notamment en matière de coordination, de coopération ». La notion de réseau est explicitement énoncée dans ce paragraphe traitant des différentes modalités de coopération (article L.312-7 du CASF). Le texte prévoit un large éventail en particulier via des conventions, GIE, GIP, etc. La loi HPST a complété les modalités de création de réseaux sociaux et médico-sociaux : les groupements et conventions ouvrent la voie « à une mise en plateforme de moyens intéressants à la fois la psychiatrie et l'action sociale ».¹⁵² Une recommandation de l'ANESM va également dans ce sens : inscrire l'accueil en collectivité dans une palette d'interventions

¹⁴⁷ VERGONJEANNE F., 2010, *Coacher les groupes et les organisations : la théorie organisationnelle d'Éric Berne*, Paris : InterÉditions-Dunod, 289 p.

¹⁴⁸ Pour cette partie, je me suis très largement appuyé sur les apports de JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod, 201 p.

¹⁴⁹ JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod, 201 p., p. 86

¹⁵⁰ SAVIGNAT P., 2011, « Évaluer les effets de l'action sociale : une question stratégique », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 426/427, pp. 25-38, p. 27

¹⁵¹ JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod, 201 p., p. 111

¹⁵² *Ibid.*, pp. 112-114

et dans des réseaux. Afin de limiter l'accueil en collectivité « à défaut » d'alternatives, il est recommandé à l'établissement de participer à un travail de diversification des modalités d'intervention sur le territoire. Il lui est également préconisé de s'inscrire dans des réseaux pour éviter que l'équipe ne s'approprie de façon exclusive la situation des personnes accueillies. Cette démarche a de plus l'avantage d'offrir des solutions en cas de réorientation temporaire ou permanente d'une personne.¹⁵³ Par rapport au CAJ, l'enjeu était de penser le parcours de l'usager en termes de mobilité dès l'admission. Cela nécessite de construire un processus de réorientation formalisé et de poursuivre ce travail de relations avec les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire, au sein ou en dehors de l'ADAPEI du Rhône.

B) Vers une nécessaire coopération formalisée avec le sanitaire

L'État a incité, dès 1995, à une autorégulation avec la circulaire AS/EN n° 95-12 du 27 avril 1995 pour promouvoir une action qui soit à la fois « thérapeutique, pédagogique, éducative et socialisante destinée à des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique ». Cette circulaire précise : « Des conventions fonctionnelles entre institutions sanitaires et médico-sociales devront être conclues, afin de favoriser l'accès au dispositif de soins, notamment en période de crise, puis le retour de la personne dans la résidence ou l'institution d'origine, en précisant les moyens à mettre en œuvre pour assurer la continuité des soins lorsqu'elle apparaît nécessaire ». Il s'agit bien de garantir une continuité entre projet de vie, projet d'accompagnement et projet de soins.¹⁵⁴ Autre avantage : « Le recours à une formalisation de liens par des conventions permet qu'un accord écrit sur des objectifs même modestes fasse tiers. »¹⁵⁵ Pour le CAJ de Parilly, l'enjeu était de prévenir des discontinuités dans les parcours réalisés en lien avec des institutions sanitaires et une confusion des rôles entre les professionnels, les usagers et leur entourage et les partenaires extérieurs.

C) Conventions et partenariats : promouvoir le principe d'égalité

Le recours à une convention évite les malentendus sur les objectifs poursuivis et constitue un guide pour les équipes. Elle prévient également d'éventuels déséquilibres quant à la répartition des pouvoirs ou aux risques de perte d'identité réelle ou fantasmée. Par exemple, les professionnels craignaient de sortir de leur cœur de métier et de leur mission d'origine pour « faire du soin ».

La convention est « un accord de volontés qui suppose la complémentarité autour d'objectifs précis. Les responsabilités se partagent sans que l'une de parties puisse imposer

¹⁵³ ANESM, 2009, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 52 p., p. 32

¹⁵⁴ JAEGGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod, 201 p., p. 100

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 100

des obligations sans réciprocité à l'autre ». ¹⁵⁶ La convention implique « une souplesse que n'a pas le contrat au sens strict du terme, dans la mesure où le contrat est une espèce de convention qui crée des obligations. » ¹⁵⁷ Au regard des missions du CAJ, cette souplesse est nécessaire pour préserver les zones d'autonomie des différents acteurs concernés et prévenir des relations dissymétriques entre les « soignants qui savent » et les accompagnants ou usagers qui reçoivent ce savoir.

2.3 Sens, cohésion et vision partagée à construire : orienter et impliquer

Faire du CAJ une organisation « apprenante » m'est apparu rapidement comme la condition nécessaire pour construire des réponses adaptées aux personnes accueillies et pour ancrer un changement sur la durée en mobilisant et en impliquant au mieux les professionnels. La définition donnée par M. CROZIER amène à considérer le changement comme une façon d'organiser ou de réorganiser, de créer ou de recréer le rapport de coopération et les jeux d'acteurs. Ainsi, le changement se comprend comme « le processus de création collective à travers lequel les membres d'une collectivité donnée apprennent ensemble, c'est-à-dire inventent et fixent de nouvelles façons de jouer le jeu social de la coopération et du conflit, bref une nouvelle praxis sociale, et acquièrent les capacités cognitives, relationnelles et organisationnelles correspondantes ». ¹⁵⁸ La transformation des modes d'action collective qui permet aux individus d'acquérir plus d'autonomie passe par plus d'organisation, au sens de « structuration consciente des champs d'action ». ¹⁵⁹ Il était donc important d'identifier la configuration organisationnelle du CAJ en termes de jeux d'acteurs et de pouvoir pour actionner les leviers pour lesquels j'aurais suffisamment de marges de manœuvre en tant que directeur.

2.3.1 Les ressorts de l'évolution du CAJ envisagé comme une bureaucratie ou organisation professionnelle : donner le cap et impliquer

Le CAJ, de par son organisation, pouvait être qualifié d'« organisation professionnelle » ou de « bureaucratie professionnelle ». ¹⁶⁰ Selon H. MINTZBERG, c'est une forme d'organisation qui apparaît quand le « centre opérationnel », c'est-à-dire le lieu de réalisation de l'activité, est « dominé par des opérateurs qualifiés qui utilisent des procédures qui sont difficiles à apprendre ». ¹⁶¹ Au CAJ, ces opérateurs sont les membres

¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 88

¹⁵⁷ COURBE P., 1992, *Droit civil*, Paris : Dalloz, p. 79. Cité par JAEGGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod, 201 p., p. 88

¹⁵⁸ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Paris : Éditions du Seuil, collection Points politique, 436 p., p. 35

¹⁵⁹ *Ibid.*, p. 35

¹⁶⁰ MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Éditions d'organisation, 434 p., pp. 310-335

¹⁶¹ MINTZBERG H., 2006, *Le Management, voyage au centre des organisations*, Paris : Éditions d'organisation, 704 p., p. 322

de l'équipe éducative. Ce qui est standardisé ce sont les qualifications et des normes qui peuvent être les caractéristiques comportementales des usagers « admissibles », les relations avec les parents, des principes (exemple : « la réussite de l'accompagnement passe par la réalisation d'activités diverses auxquelles adhère ou ne s'oppose pas l'utilisateur »). Dans ce modèle, la qualification, complétée par un processus de socialisation des nouveaux par les anciens, est censée garantir la compétence et la capacité à agir sur les situations habituellement rencontrées dans le contexte d'exercice. Le constat de difficultés face aux personnes avec troubles psychiques et TED met en échec l'équilibre basé sur des routines et a amené les professionnels à être en position défensive ou à tenter de prendre le pouvoir pour peser sur les critères de sélection. Selon l'image de H. MINTZBERG, le rapport des professionnels du centre opérationnel (l'équipe éducative) pourrait être illustré par la phrase suivante : « *Laissez-nous tranquilles, nous sommes des professionnels, laissez-nous affûter nos compétences et les appliquer de façon autonome de sorte que tout aille pour le mieux* ». ¹⁶² Les professionnels du centre opérationnel de la bureaucratie professionnelle cherchent à fonctionner sur un mode démocratique et souhaitent peser sur les orientations et décisions. ¹⁶³ Ils ont tendance à vouloir contrôler leur travail, mais aussi à chercher le contrôle collectif des décisions administratives qui les concernent. ¹⁶⁴ La référence au groupe comme lieu de décision privilégié est une façon de contrebalancer l'arbitraire redouté du pouvoir du hiérarchique, qu'une situation de face à face serait, dans leur esprit, plus à même de favoriser. ¹⁶⁵ « *Parlons-en en équipe* » était la réponse rituelle que je recevais quand j'évoquais, en face à face avec un professionnel, un problème que je constatais.

Un risque d'inversion des moyens et des fins. ¹⁶⁶ Une stratégie est un mode d'action, selon la terminologie de H. MINTZBERG, qui vise à définir une mission de base : quels services, quels moyens, quelle organisation pour réaliser cette mission de base ? ¹⁶⁷

H. MINTZBERG pointe le fait que l'autonomie poussée à l'extrême et une loyauté plus forte à la profession et à ses règles plutôt qu'à l'institution pourraient conduire les professionnels à ignorer les besoins et la stratégie de la structure. Cela freinerait également le déploiement d'une stratégie pensée pour s'adapter aux contraintes de l'environnement dont le directeur est le garant et le maître d'œuvre. ¹⁶⁸ Selon l'auteur, il apparaît que les stratégies propres à une bureaucratie professionnelle représentent « l'effet cumulé au fil du temps des projets, des initiatives que les membres ont réussi à promouvoir » au sein de la structure. Cela s'est vérifié au CAJ. L'enjeu était d'aller au-delà de l'évolution naturelle de la structure en

¹⁶² *Ibid.*, p. 454

¹⁶³ MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Éditions d'organisation, 434 p., p. 317

¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 317

¹⁶⁵ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Paris : Éditions du Seuil, collection Points politique, 436 p.

¹⁶⁶ MINTZBERG H., 2006, *Le Management, voyage au centre des organisations*, Paris : Éditions d'organisation, 704 p., p. 337

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 325

¹⁶⁸ *Ibid.*, p. 337

favorisant les initiatives par rapport à un projet impulsé par la direction, mais qui tient compte du professionnalisme et de l'expertise des acteurs. La démarche de changement va donc, selon la conception de H. MINTZBERG, nécessiter du temps pour que les professionnels s'approprient le changement et puissent ainsi participer à sa mise en œuvre. Ce délai évite de générer des conflits de pouvoir trop marqués. La formation, le recrutement et la « motivation au perfectionnement professionnel » sont des leviers fondamentaux facilitant une mutation sur la durée.¹⁶⁹ La formation des professionnels du CAJ, la prise de recul par rapport à leurs pratiques constitueront des leviers clés du changement organisationnel tel que je le conçois.

2.3.2 De la bureaucratie professionnelle à l'organisation apprenante¹⁷⁰

Les moments de changement sont propices à l'apprentissage. On parle alors de « transformation qualifiante »¹⁷¹ que je traduirai personnellement par « apprenante » au regard de son évolution : profiter du changement pour apprendre de nouvelles façons d'agir. Cette transformation cherche à créer une dynamique d'accompagnement au changement et à maintenir une recherche permanente de progrès. Le point de départ de toutes les actions de transformation qualifiante est de prendre en compte le « centre opérationnel » décrit plus haut en référence au modèle de H. MINTZBERG. Celui-ci devra participer à l'identification des problèmes et à l'élaboration des solutions. La construction d'une démarche de « transformation apprenante » permet de profiter d'une modification dans le travail pour faire évoluer les compétences par le jeu de coopération entre les acteurs. L'intégration des évolutions internes va conduire à qualifier l'organisation en plus de ces membres, l'enjeu étant de maintenir cette démarche permanente et les compétences acquises valorisables par les acteurs.¹⁷²

La démarche de « production de savoirs »¹⁷³ sous-jacente aux évaluations interne et externe ou à la construction du projet s'inscrit pleinement dans une perspective de « transformation apprenante ».

Les caractéristiques d'une organisation apprenante¹⁷⁴ : une organisation est dite apprenante lorsque sa structure et son fonctionnement favorisent les apprentissages collectifs, en développant et privilégiant une logique de professionnalisation à celle de qualification (acquisition de connaissances généralement validées par un niveau de

¹⁶⁹ MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Éditions d'organisation, 434 p., p. 335

¹⁷⁰ Pour cette partie, je me suis attaché à me situer au plus près des idées et principes développés par BEAUJOLIN F. et du CEDIP de façon à disposer de points de repères explicites pour penser les plans d'actions relatifs au développement organisationnel du CAJ.

¹⁷¹ BEAUJOLIN F., 2001, *Vers une organisation apprenante*, Paris : Éditions Liaisons, 167 p., p. 92

¹⁷² *Ibid.*, pp. 93- 95

¹⁷³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Bulletin Officiel n° 2007/5. disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 8 p.

¹⁷⁴ LA LETTRE DU CEDIP, 2001, L'organisation apprenante, n° 16, sur internet : <http://www.cedip.equipement.gouv.fr>, 4 p.

diplôme). L'acquisition de savoirs suffit pour occuper un poste donné avec une probabilité assez forte de réussite. Néanmoins, ces connaissances ne suffisent pas toujours pour maîtriser les situations et problèmes réellement rencontrés. L'approche par les compétences, leur construction et leur développement ne relève plus de la seule formation, mais « résulte de parcours professionnalisants incluant le passage par des situations de formation et des situations simples de travail rendues professionnalisantes » (Guy LE BOTERF).¹⁷⁵ Un professionnel est une personne sachant combiner savoirs, savoir-faire et savoir-être selon les caractéristiques de la situation et le diagnostic réalisé.¹⁷⁶ Il s'agit donc d'apprendre dans et par l'organisation. Les situations de travail sont exploitées à des fins d'apprentissage. Le travail en réseau et la capitalisation sont privilégiés, les échanges et la communication organisés. L'évaluation fait partie des pratiques courantes et elle est reconnue comme source de connaissances. On ne se place donc pas dans la perspective de l'individu, mais dans celle de l'organisation ou de l'équipe. Trois types de rôles incombent à l'équipe de direction¹⁷⁷ :

- identifier les compétences existantes et définir avec les professionnels celles manquantes,
- repérer les situations professionnalisantes, mettre en place du tutorat ou du compagnonnage en partenariat avec les services supports,
- accompagner, suivre, évaluer les effets des actions et instaurer des actions correctives.

2.3.3 Affirmer une position, tenir compte des objections et s'appuyer sur le groupe comme instrument de changement

Sans une démarche participative, les résistances et la démotivation viendraient annuler les effets d'un changement porté par les seules injonctions de la direction. L'ANESM recommande d'ailleurs une démarche participative qu'elle envisage comme un exercice de « citoyenneté au sein des entreprises »¹⁷⁸, la traduction constituant le fondement de la convergence entre points de vue opposés.¹⁷⁹ « La réussite d'un changement se trouve liée au réseau généré par l'action et la ligne de traductions qui transforme et rapproche les points de vue sur le changement ». ¹⁸⁰ « Sans traduction, aucun accord ne peut être trouvé, le changement alors adopté risque de ne correspondre qu'à la vision d'un seul acteur »¹⁸¹.

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 2

¹⁷⁶ LEBOTERF G., 2000, *Compétences et navigation professionnelle*, 3^e édition, Paris : Éditions d'organisation, 332 p.

¹⁷⁷ LA LETTRE DU CEDIP, 2001, L'organisation apprenante, n° 16, disponible sur internet : <http://www.cedip.equipement.gouv.fr>, 4 p., p. 3

¹⁷⁸ SAVIGNAT P., 2012, *L'action sociale a-t-elle encore un avenir ?*, Paris : Dunod, 215 p., p. 234

¹⁷⁹ FOUURIAT M., 2011, *Le changement organisationnel dans les ESSMS*, Rennes : Presses de l'EHESP, 313 p., p. 292

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 293

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 293

Il s'agit donc de concevoir un dispositif d'accompagnement des salariés visant le dépassement des controverses non constructives et l'émergence d'une convergence.¹⁸²

La méthode de gestion du changement que je comptais utiliser dans le cadre du CAJ est basée sur le concept de développement humain.¹⁸³ « Le registre du développement humain vise à faire évoluer les représentations à propos de l'objet du changement et par là même les résistances au travers de groupes d'échanges ».

Selon la conception du développement humain qui s'appuie sur les approches de LEWIN (1947), le groupe est un levier du changement.¹⁸⁴ Cette méthode s'intéresse à la représentation que se fait l'individu du changement et de son envie d'y participer compte tenu des avantages et des pertes réelles ou fantasmées qu'il perçoit. Selon les travaux de LEWIN, il est en effet plus facile de faire changer les présentations d'individus constitués en groupe que d'individus pris isolément. Le groupe joue alors un rôle de « réducteur d'incertitudes pour l'individu », à partir du moment où il est cadré par des règles lui donnant un sens et protégeant l'individu et lui offrant le droit de s'exprimer sans être jugé.¹⁸⁵

2.3.4 Rendre vivant l'exercice des métiers pour inscrire durablement le changement

Le modèle du « métier vivant » développé par Yves CLOT¹⁸⁶ (2008) offre un angle de vue pour envisager les métiers, les pratiques professionnelles comme susceptibles d'évoluer dans une institution apprenante en abordant quatre dimensions : impersonnelles, interpersonnelles, transpersonnelles et personnelles :

Dimension impersonnelle : le prescrit institutionnel. Les métiers se définissent à partir d'un « prescrit » porté par la direction et, idéalement, par l'ensemble des professionnels. Le prescrit est la source du droit et de la légitimité à agir. Au sein du CAJ, le Projet d'établissement constituait l'élément central de ce prescrit à revitaliser. C'est un outil qui est « directement lié à la fonction de direction, car il oblige à anticiper, prévoir, planifier, coordonner, évaluer ».¹⁸⁷ Il fournit aussi le cadre formel du « vivre et du travailler ensemble » ainsi que le sens de l'action collective.¹⁸⁸ Il restreint les jeux de pouvoir en limitant la capacité des acteurs à générer et jouer avec les incertitudes.¹⁸⁹

Dimension interpersonnelle : les instances formelles et informelles de débats. C'est dans le débat constructif que le prescrit institutionnel, les pratiques et les cultures professionnelles vivent au quotidien, évoluent et disparaissent. Le métier se développe à

¹⁸² *Ibid.*, p. 293

¹⁸³ AUTISSIER D., BENSEBA F., MOUTOT J.-M., 2012, *Les Stratégies de changement*, Paris : Dunod, 206 p., p. 83

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 85

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 87

¹⁸⁶ CLOT Y., 2008, *Travail et pouvoir d'agir*, Paris : PUF, 226 p.

¹⁸⁷ LEFÈVRE P., 2011, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3^e édition, Paris : Dunod, 492 p., p. 211

¹⁸⁸ VERGONJEANNE F., 2010, *Coacher les groupes et les organisations : la théorie organisationnelle d'Éric Berne*, Paris : InterÉditions-Dunod, 289 p., p. 25

¹⁸⁹ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Paris : Éditions du Seuil, collection Points politique, 436 p.

partir d'échanges et de saines controverses entre pairs, au sein d'équipes pluridisciplinaires pour définir des règles de métier et de coopération, en particulier face à des situations nouvelles ou à la nécessité de changement.

Dimension transpersonnelle : genre et culture. Le métier s'inscrit dans l'histoire et la culture d'un milieu professionnel et dans un ensemble plus vaste tel que l'association gestionnaire et ses valeurs. Cette culture donne sens et légitimité aux actes professionnels dans la tradition et dans une éthique qui fait référence.

Dimension personnelle : la personne avec son style et son projet individuel. Le métier s'exerce en fonction de son style individuel, mais se développe également à partir des ressources provenant des dimensions impersonnelles, interpersonnelles et transpersonnelles.

Le métier est vivant dans la mesure où les quatre dimensions existent et sont en interactions. Le travail sur ces quatre axes facilite le développement des **capacités réflexives** de chaque professionnel. C'est par cela que l'individu développe des compétences et peut réellement s'inscrire dans une organisation apprenante sur la durée.

2.4 Conclusion de la deuxième partie

Un « métier vivant » constitue un moyen de prévenir l'usure professionnelle en redonnant des marges de manœuvre et d'autonomie tout en fournissant des ressources et repères aux membres de l'équipe du CAJ.¹⁹⁰ Ces références sont représentées par le cadre légal et réglementaire (en particulier, les recommandations de bonnes pratiques), mais aussi dans un cadre éthique, dont on a vu l'importance pour remplir pleinement notre mission en laissant la juste place à l'utilisateur, à son entourage et à nos partenaires. Ces ressources sont une base à partir de laquelle les professionnels pourront, à condition de leur fournir orientation et conditions organisationnelles, développer leur créativité et leur implication.

Une autonomie réfléchie permet, d'autre part, de prévenir certaines « souffrances au travail » pour les professionnels ; souffrances qui peuvent avoir des répercussions négatives pour les usagers.¹⁹¹

¹⁹⁰ DEJOURS C., 1993, *Travail et usure mentale, nouvelle édition augmentée*, Paris : Bayard, 263 p.

¹⁹¹ *Ibid.*

3 Mobiliser les professionnels, refonder le projet institutionnel pour revitaliser le cadre d'action du CAJ et rénover les pratiques¹⁹²

Les représentations, principes et pratiques dominantes des professionnels par rapport à la mission du CAJ et aux objectifs de l'accompagnement constituaient un « projet implicite »¹⁹³ qui était en concurrence avec le projet institutionnel de l'établissement tel que je l'envisageais. Ce projet implicite s'inscrit dans un fonctionnement en bureaucratie / organisation professionnelle. Il constituait un système qui se maintient selon le principe d'homéostasie, les organisations humaines « relevant de l'artifice » et « ayant besoin d'un artifice pour évoluer ». Cet artifice est constitué par le manager.¹⁹⁴ En tant que directeur, ma stratégie consistait donc à créer une « crise contrôlée » via la mise en place d'actions dont l'objectif est de redéfinir un nouveau cadre amené à devenir une référence. « Sortir du statisme revenant à déséquilibrer le système. Manager c'est résorber sans cesse le déséquilibre que l'on provoque ». ¹⁹⁵ L'enjeu était de modifier les processus inadaptés tout en initiant et en consolidant les changements de posture des professionnels à travers l'instauration d'une démarche participative portée par des orientations et des principes clairement affirmés :

- redonner une place officielle aux personnes avec TED, légitimer, rendre visibles leurs besoins et attentes en lien avec leur famille et entourage,
- rééquilibrer la logique de l'activité entre moyen de développement et d'épanouissement et prévenir le risque de fuite en avant dans « l'activisme »,
- organiser l'accompagnement en intégrant la dimension thérapeutique,
- remettre l'usager au centre en améliorant la communication, en légitimant la place des proches et de l'entourage.

Pour cela, je dispose des leviers suivants :

- les processus d'accompagnement à consolider, créer ou revitaliser et des ressources humaines à adapter,
- le projet immobilier, qui est l'occasion de penser l'environnement physique (lieux accueillants pour tous et sécurisants pour les personnes avec TED),
- le développement des compétences et des qualifications de l'équipe,

¹⁹² ANESM, 2009, La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du CASF, disponible sur internet, <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 78 p.

¹⁹³ BOUTINET J.-P., 2003, *Anthropologie du projet*, Paris : PUF, 350 p.. Cité par VERGONJEANNE F., 2010, *Coacher les groupes et les organisations : la théorie organisationnelle d'Éric Berne*, Paris : InterÉditions-Dunod, 289 p., pp. 25-28

¹⁹⁴ MARFOGLIA F., ROCHE B., 2006, *L'art de manager*, Paris : Ellipses 137 p., p. 50

¹⁹⁵ *Ibid.*, p. 60

- les démarches d'évaluation interne et externe¹⁹⁶ et d'élaboration du Projet d'établissement à la base de la transformation apprenante. Celles-ci ont conduit à construire un Plan d'amélioration et un processus continu de développement à ancrer durablement.

Je vais présenter dans cette partie les plans d'action réalisés et ceux qui restent à mettre en œuvre¹⁹⁷. Le modèle que j'ai choisi pour évaluer les actions fait référence à celui de la HAS¹⁹⁸ et prend en compte des indicateurs :

- *d'impact ou d'effet* : efficacité de l'effet d'un accompagnement, expression de la satisfaction...
- *de processus* : conformité par rapport à une séquence d'actions et d'étapes...
- *d'activité* : volume d'économies réalisées, taux d'occupation...
- *de structure* : moyens RH, financiers, matériels...

L'enjeu pour moi est de concevoir et de partager des critères observables dans des conditions définies, en particulier ceux liés au comportement¹⁹⁹ humain et au bien-être. Certains indicateurs vont être révélateurs du fonctionnement global du CAJ : absentéisme des usagers et des professionnels, taux d'occupation, nombre et nature des événements indésirables / crises et situations de mal-être...

Résultats globaux constatés en termes d'amélioration du fonctionnement

De façon générale, entre 2013 et aujourd'hui,²⁰⁰ j'ai constaté une amélioration globale dans la compréhension des situations grâce à la formation et aux efforts d'implication des professionnels. Cela a notamment permis d'éviter des situations de fuite en avant dans la mise en place d'activités inadaptées ou de comportements défensifs de la part des professionnels (par exemple : « *Il le fait exprès, changeons-le de groupe* »).

En définitive, les actions de mobilisation ad hoc ont globalement joué leur rôle et ont été intégrées dans le management et l'action au quotidien. Le renforcement du rôle managérial du chef de service et une meilleure cohésion ont permis de redéfinir et d'enrichir graduellement l'identité du CAJ en légitimant la place des personnes avec TED. Les opposants au projet ont ainsi trouvé un espace dans lequel leurs désaccords peuvent être intégrés ce qui facilite la prévention des résistances passives ou un désengagement trop prononcé.

¹⁹⁶ Outre les apports de la formation dispensée par la FEGAPEI et du comité Associatif de l'évaluation, je me suis largement nourri de la lecture de CHARLEUX F., 2010, *Outils pour réussir l'évaluation en action sociale*, Issy-les-Moulineaux : ESF, 143 p.

¹⁹⁷ Annexe 12 : Déroulement / Planification au 6 mai 2016.

¹⁹⁸ HAS, Indicateurs génériques, disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>, 3 p.

¹⁹⁹ BLANC B., 2003, *Développer la fonction tutorale*, Lyon : Chroniques sociales, 336 p., pp. 163-168

²⁰⁰ Au 6 mai 2016.

J'ai constaté sur la période de janvier 2014 à juillet 2015, une baisse de :

- 20 % du nombre d'événements indésirables,
- 10 % des remarques faites par l'entourage ou les usagers sur des situations de stress ou de mal-être (suivi réalisé à partir de cahiers de liaisons journaliers).

La période allant de septembre 2015 à janvier 2016 a constitué un moment sensible de transition dans des lieux d'accueil provisoire avant un retour sur le site unifié et rénové de la rue Forest. Je me suis aperçu que cette situation a mis en difficulté environ 10 % des usagers qui ont vu leurs repères et habitudes rassurantes perturbées malgré leur « préparation » durant toute l'année 2014. L'absentéisme a cependant peu progressé²⁰¹ et le nombre de situations de crise est resté stable en 2015²⁰² par rapport à 2014.

Au moment où j'écris ce mémoire, cette tendance se confirme en 2016. La dynamique et les mesures mises en œuvre ainsi que l'adaptation des locaux provisoires ont permis de minimiser les effets négatifs de cette phase de transition. J'estime, au regard du développement du pouvoir d'agir global du CAJ, que l'établissement en a recueilli les bénéfices : meilleur bien-être des usagers et augmentation du taux d'occupation sur 2016 qui devrait se maintenir en 2017.

L'année de référence à prendre en compte dans les projections budgétaires sera l'année 2014 qui se rapproche le plus d'une année de fonctionnement normal avec les premières retombées positives des démarches d'amélioration.

Par rapport au financement des mesures clés du Projet d'établissement, trois sources ont été considérées :

- l'excédent généré par l'amélioration et la stabilisation du taux d'occupation. Dans le cadre du dialogue de gestion intra ADAPEI, il est prévu d'utiliser cette marge pour financer les aménagements de la phase transitoire et la reconfiguration des équipes sur le site réunifié comportant une unité spécifique TED en janvier 2017,²⁰³
- le surplus de tarification due à 6 usagers supplémentaires relevant de l'amendement Creton à partir de janvier 2017,
- les subventions et prêts longue durée pour financer le projet immobilier.

Je vais présenter ci-après trois catégories de plans d'action : réalisés entre 2013 et début 2016, en cours de construction et à venir à horizon 2019.

²⁰¹ Annexe 11 : Évolution du taux d'occupation et perspectives.

²⁰² Les premiers éléments recueillis en mars 2016 vont dans le sens de cette tendance.

²⁰³ Annexe 33 : Financement des mesures du Projet d'établissement.

La mise en œuvre de ces plans d'action s'appuie sur la dynamique de mobilisation et d'implication des professionnels présentée dans les chapitres précédents. L'enjeu est de construire un diagnostic partagé et d'impulser le changement en s'appuyant sur un cadre institutionnel rénové que je porte en tant que directeur du Complexe. Ce cadre institutionnel est matérialisé par des instances de coordination, de supervision et de délibération²⁰⁴ qui explicitent et redéfinissent les places et rôles de l'équipe d'encadrement, chefs de service psychiatre, psychologue et assistantes sociales en tant que relais de la direction. Cela favorise aussi la création d'espaces de débat et de concertation pour l'ensemble de l'équipe. Cette mobilisation et cette rénovation des instances collectives ont facilité l'élaboration et la mise en œuvre de modalités d'accompagnements afin de prendre en compte les problèmes liés aux personnes avec TED tout en se situant dans une recherche permanente de cohérence et d'amélioration ; l'enjeu systémique étant de pallier au déficit dans la personnalisation des projets et de l'accompagnement.

Les processus et outils de la loi 2002 formant l'ossature d'un « Projet d'établissement envisagé comme un outil vivant »²⁰⁵ permettent de se référer à des règles et principes de fonctionnement pensés pour répondre à notre mission.

3.1 Mobiliser et inscrire les professionnels dans une démarche d'apprentissage organisationnel²⁰⁶

« J'en suis arrivé à croire que les seules connaissances qui puissent influencer le comportement d'un individu sont celles qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie », Carl ROGERS.²⁰⁷

Le professionnel dans une organisation apprenante, ce que je souhaite faire du CAJ, doit être en mesure de comprendre, d'adapter et d'ajuster ses réponses en lien avec l'équipe, au sein d'une institution qui fournit des ressources, valide des choix, reconnaît et capitalise les nouvelles pratiques et valorise ses contributions. Pour que l'organisation soit réactive et fasse évoluer ses processus et pratiques, il est fondamental d'ancrer une démarche continue d'aller et retour entre ce prescrit, l'évaluation et les pratiques individuelles ou collectives. D'où l'importance d'organiser des réunions collectives de discussion, de cadrage et d'orientation qui sont autant de temps de créativité, d'ajustement, de consolidation des légitimités des actions de l'ensemble de l'équipe. Le débat cadré constitue ainsi le pivot d'une démarche participative favorisant la gestion des perturbations

²⁰⁴ Réunions d'équipes, réunions institutionnelles, réunion de coordination médico-sociale, groupes de travail par exemple

²⁰⁵ Séminaire 20-21 octobre 2015 de la FEHAP, 2015, Actualiser son projet d'établissement/service, disponible sur internet : <http://www.fehap.fr>

²⁰⁶ ARGYRIS C., SCHÖN D. A., 2001, *Apprentissage Organisationnel : Théorie, méthode, pratique*, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 380, p.

²⁰⁷ ROGERS C., 2005, *Le développement de la personne*, Paris : InterÉditions-Dunod, 274 p.

dues au changement en permettant au professionnel d'apporter sa contribution et d'influer en partie dessus.²⁰⁸

3.1.1 La démarche d'évaluation interne et d'élaboration du Projet d'établissement

Un important travail d'explication de la démarche qualité et de l'évaluation interne a été nécessaire pour éviter de générer et de cristalliser les résistances. Il était fondamental que les groupes de travail ne deviennent des espaces de revendication et de confrontation non constructifs.

A) Construire des liens entre pratique sur le terrain et processus organisationnels²⁰⁹

L'évaluation interne s'est déployée à partir de l'analyse des processus clés et de « bonnes pratiques » envisagées comme des actions identifiées. Il s'agissait d'éviter la confusion entre « bonnes pratiques » et pratiques individuelles. En ce sens, les bonnes pratiques et les processus clés sont des cadres à partir desquels le professionnalisme de l'accompagnant se déploiera en autonomie. Un des effets bénéfiques de la démarche d'évaluation interne a été de développer les compétences de l'équipe en gestion de projet et de contribuer à renforcer leur appropriation des politiques publiques.

Pour que l'évaluation interne joue son rôle dans la transformation apprenante, les situations analysées devaient renvoyer à des éléments concrets pour les professionnels. La partie « analyse » de l'évaluation interne a conduit à formaliser les principaux processus d'accompagnement mis en œuvre. Les plans d'action d'amélioration constituent l'élément dynamique du projet de service, base de référence pour l'ensemble des professionnels. Cet élément commun constituera un prescrit institutionnel à partir duquel les pratiques individuelles pourront se déployer et être ajustées le cas échéant.²¹⁰ En participant à l'évaluation interne, les professionnels ont eu la possibilité de faire le lien avec leurs « cliniques ». ²¹¹ Pour les rassurer, j'ai été attentif à rappeler que seuls les processus et « engagements de service institutionnels »²¹² seront évalués et non les pratiques individuelles. J'ai également saisi l'évaluation interne comme temps de remise à niveau en termes de rappel de politiques publiques et du cadre de la mission. Pour cela, j'ai fait appel, durant la phase d'évaluation interne et dans le cadre du séminaire de restitution, de lancement de la démarche d'écriture du Projet d'établissement, à un consultant, ancien directeur d'ESSMS à destination de publics en situation de handicap. Il a pu ainsi former les professionnels aux principes des lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005, sur les méthodologies et les outils d'accompagnement. J'ai reproduit cette session lors du

²⁰⁸ CLOT Y., 2008, *Travail et pouvoir d'agir*, Paris : PUF, 226 p.

²⁰⁹ Éléments tirés de la formation « Implanter une démarche d'évaluation interne » organisée par la FEGAPEI en 2012.

²¹⁰ CLOT Y., 2008, *Travail et pouvoir d'agir*, Paris : PUF, 226 p.

²¹¹ Cf. 2.2.2 C) « Construire des liens entre les différents niveaux d'évaluation de la qualité », p. 40 de ce mémoire.

²¹² Éléments tirés de la formation « Implanter une démarche d'évaluation interne » organisée par la FEGAPEI (2012).

séminaire d'avril 2014 portant sur l'écriture, l'élaboration et la mise en œuvre du Plan d'amélioration continue.

B) Matérialiser le fonctionnement participatif par une démarche de consultation et d'explicitation des choix retenus (avril 2012 à mars 2013)

Dans le cadre de la partie « priorisation et élaboration de plans d'action » de l'évaluation interne, j'ai veillé à consulter les salariés en les encadrant par des consignes claires : « Donnez votre avis sur les plans d'action prioritaires, sachant que je validerai les axes prioritaires en explicitant les raisons de ce choix, qu'ils soient en accord ou non avec celui des salariés. »²¹³ Un point commun a été trouvé sur la nécessité de mieux accompagner les personnes souffrant de TED ou d'autres troubles psychiques. La formation collective a été perçue comme un levier essentiel pour concrétiser le nouveau Projet d'établissement. La question de repenser le projet personnalisé n'a pas été estimée comme prioritaire par les salariés, qui pourtant ont reconnu l'importance de formaliser les projets d'activités afin de mieux expliciter leurs impacts. J'ai cependant maintenu la refonte du PAP et de son processus d'élaboration comme une des priorités.

La démarche d'évaluation interne et de réélaboration du projet a compris des temps de travaux en groupe et des temps de restitution à l'ensemble des personnels. Une communication auprès de familles et du CVS a également été organisée.²¹⁴ Trois parents d'utilisateurs ont collaboré à ces groupes de travail. La participation aux groupes de travail et aux comités de pilotage s'est faite sur la base du volontariat. La démarche d'évaluation interne a été critiquée par environ 30 % de l'équipe qui estimait que le travail social relève avant tout de la relation et « qu'on ne pouvait vraiment le décrire », car lié à des savoir-faire, des valeurs humanistes difficilement formalisables, mais suffisantes pour faire du « bon travail ». À partir du moment où cette opposition ne freine pas la démarche de changement, cela ne me pose pas problème. En effet, les IRP et l'ensemble des salariés avaient perçu les avantages de ce changement : pérennisation du CAJ et de ses équipes, développement des compétences, clarification de processus, mise en place d'arbitrage systématique et objectif dans les conflits (inscriptions des usagers dans les groupes).

Les principaux résultats sont :

- 80 % des salariés ont participé à la formation organisée par la Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI) début 2012. Son thème : « Implanter une démarche d'évaluation interne et utiliser le référentiel Quali-Eval »,
- 50 % des salariés ont participé aux groupes de travail (sur la base du volontariat),

²¹³ Annexe 13 : Organisation de la démarche d'évaluation interne.

²¹⁴ *Ibid.*

- les synthèses et diagnostics ont été réalisés conformément au cahier des charges de la démarche Quali-Eval, référence institutionnelle au niveau de l'ADAPEI du Rhône,
- le nombre de séances et les délais ont été dépassés. J'avais décidé d'organiser davantage de séances de travail par rapport à ce qui était prévu pour prendre le temps de débat et d'explicitation que j'estimais nécessaire afin que les professionnels s'approprient la démarche globale de changement. J'ai aussi été confronté des difficultés : absences imprévues ou gestion de situations sensibles qui ont conduit à reporter des séances,
- respect du nombre de séances d'appui-conseil prévu : 6 au total, ces dernières ayant parfois été perçues dans les évaluations comme trop scolaires et directives. J'assume cependant ce point : la transmission de données factuelles m'a paru être incontournable pour la mise à niveau des connaissances de l'équipe en termes de politique publique et leurs liens avec les pratiques institutionnelles à promouvoir,
- définition d'un échéancier décrivant les plans d'action prioritaires à mettre en œuvre à court, moyen ou long terme.

C) De l'évaluation à la démarche d'élaboration et de mise en œuvre du Plan d'action d'amélioration

Je vais faire un focus sur le premier séminaire projet « Refonder et réécrire le Projet d'établissement, 29 au 30 avril - 2-3 mai 2013 ». Mené en continuité avec l'évaluation interne, ce séminaire devait faire le lien avec la démarche de redéfinition du Projet d'établissement et les plans d'actions prioritaires repérés précédemment. J'ai construit cette action sous la forme d'une « formation-action » organisée en séminaire semi-résidentiel. Un consultant extérieur avec une expérience de pilotage de projet l'a coanimé avec moi-même. Il a joué un rôle dans la structuration des travaux de groupes et dans l'apport de connaissances sur l'aspect législatif et méthodologique. En tant que directeur, je devais faire le lien entre les résultats du diagnostic et les enjeux au regard des points forts et des atouts repérés.

Les principaux résultats sont les suivants :

- 90 % de participants invités étaient présents,
- constitution du comité de pilotage chargé de superviser l'élaboration du projet et le suivi des plans d'action d'amélioration qui restent à réaliser,
- formation à la démarche processus d'amélioration (élaboration, mise en œuvre d'évaluation et ajustement des plans d'action),
- création des groupes thématiques chargés de réaliser, de suivre les plans d'action issus de l'évaluation interne et de procéder à l'écriture du document sous supervision de l'équipe de direction. Quatre groupes ont été constitués « identité »,

« personne accueillie et son entourage », « accueil et accompagnement », « organisation du travail ». À ceux-ci s'ajoute un groupe transversal dont je suis l'animateur. Il réunit des professionnels, des usagers membres du CVS, des entrepreneurs, le cabinet d'étude qui travaille sur l'aménagement du futur ensemble architectural et le directeur de patrimoine,

- lancement des premiers travaux (formalisation et planification des plans d'action, écriture du projet),
- construction d'un planning prévisionnel de réalisation à partir des priorités que j'ai validées,
- rédaction de synthèses sur les domaines préliminaires du Projet d'établissement,
- lancement de la démarche projet / Plan d'amélioration continue : constitution d'un comité de pilotage de la démarche de réécriture du projet et de suivi de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans d'action prioritaires.

Le document « Projet d'établissement » a été présenté en juin 2015 à la commission associative qui l'a validé.

La démarche d'évaluation externe a été réalisée de mars à décembre 2014, période qui n'était pas la plus adéquate : le Projet d'établissement et les premiers plans d'action étaient alors en cours de réalisation. Cette démarche a cependant permis de conforter les principaux résultats de l'évaluation externe et les priorités que j'avais validées, en particulier celles liées au PAP qui suscitaient certaines réserves de la part des professionnels même s'ils en voyaient l'intérêt pour l'utilisateur en raison d'une plus grande formalisation des objectifs et modalités d'y parvenir.²¹⁵

3.1.2 Reconfigurer les instances et processus de communication / coordination / intégration de la stratégie

A) Mettre en place une réunion d'équipe pluridisciplinaire hebdomadaire sur le site de Forest

J'ai instauré cette réunion en avril 2013 afin de fluidifier le fonctionnement du site de Forest. Les sujets abordés portent sur le fonctionnement du site et de l'établissement, l'organisation des accompagnements, les situations prioritaires à traiter, les décisions à prendre en termes de réorientation et d'adaptation du projet, l'organisation et les moyens matériels. Auparavant, ces thématiques étaient traitées toutes les trois semaines en réunion dite « d'équipe Forest ». Cette rencontre hebdomadaire a permis de faciliter la prise de décision sur l'ensemble des points portant sur la gestion des PAP et de gérer des situations qui

²¹⁵ Annexe 18 : Appréciation globale de l'évaluation externe du CAJ de Parilly.

étaient restées en suspens (par exemple, mise en place de séjours de répit). Elle est obligatoire, je n'ai pas eu de cas d'absence injustifié.

B) Consolider la réunion institutionnelle

La réunion institutionnelle réunissant les deux sites une fois toutes les trois semaines a été maintenue, ses objectifs institutionnels précisés et consolidés. J'ai lui ai assigné depuis mai 2013 les rôles suivants qu'elle continue à remplir durant la phase de transition :

- communication portant sur les décisions, les projets, le lien avec la vie associative,
- information sur la réalisation, le suivi et l'évaluation du Plan d'amélioration continue à travers les travaux des groupes de travail et les décisions que j'ai validées en comité de pilotage de la démarche d'amélioration continue,
- management des connaissances : approfondissement de thématiques portant sur l'accompagnement des usagers (contenu du PAP, fonctionnement des groupes, d'expression, etc.). Sont également traitées aujourd'hui les formalisations, les diffusions des bonnes pratiques, de l'éthique et de la promotion de la bientraitance.

Les sujets sont choisis en fonction des demandes des professionnels et l'actualité.

Cette réunion est animée par le chef de service. Je la dirige au moment des réunions institutionnelles et dans le cadre du lancement des actions :

- *hier*, dans le cadre du démarrage et du suivi de la démarche des évaluations interne et externe, de la construction du Projet d'établissement,
- *aujourd'hui*, durant la phase transitoire dans le suivi et l'évaluation des Plans d'amélioration continue.

Je vais continuer à lui faire jouer ces rôles lors du retour sur le site unifié de la rue Forest en janvier 2017.

Cette réunion institutionnelle remplit aujourd'hui ses fonctions. Elle permet de faciliter la cohésion durant la phase de transition. J'ai prévu d'aller plus loin en approfondissant des thématiques spécifiques liées à la connaissance de notre public et aux méthodologies d'accompagnement en faisant participer ponctuellement des intervenants extérieurs dans le cadre de tables rondes trimestrielles. Les sujets seront choisis en fonction de leur importance et des suggestions des professionnels et des membres du CVS. Des minutes produites par un référent thématique volontaire, en lien avec l'intervenant et le chef de service, seront diffusées à l'ensemble des professionnels et des parents d'usagers. La première table ronde est prévue à la fin du premier semestre 2017, le thème reste à valider. Les indicateurs de résultats et de suivi sont :

- les suggestions proposées,
- l'établissement d'un calendrier prévisionnel sur 2017,
- la production de comptes rendus diffusés trois semaines maximum après.

C) Soutenir les professionnels par l'analyse des pratiques

Les séances d'analyse des pratiques ont été réactivées en juin 2013 après un arrêt de six mois suite au départ de la psychologue qui les animait auparavant. Le cadre législatif, les attendus du CAJ et le diagnostic étant posés en termes de points forts et points à développer dans le processus de travail, il s'agit de permettre aux professionnels :

- d'interroger les situations qui posent problème ou qui les mettent en difficulté,
- de repérer des réussites et d'en tirer des enseignements pour identifier des « bonnes pratiques » que chacun peut s'approprier²¹⁶. Le fait de prendre du recul par rapport aux situations, de bénéficier d'un espace d'écoute confidentiel a un effet positif sur le bien-être et l'aisance des professionnels.

Les principaux résultats et effets à avril 2016 sont les suivants :

- le nombre de séances réalisées : deux sous-groupes par mois, en moyenne, l'ensemble des professionnels est inscrit
- la participation des professionnels de l'ordre de 90 % des inscrits
- le taux de satisfaction sur 2014 et 2015 : 75 % sont très satisfaits ou satisfaits. 25 % sont peu ou pas du tout satisfaits en raison surtout d'une attente en termes de solutions « clés en main ». J'ai apporté un recadrage sur les finalités de cette action en réunion institutionnelle fin novembre 2015.

3.1.3 Faire des ressources humaines un levier clé du changement

A) Renforcer les équipes quantitativement et qualitativement : organigramme cible²¹⁷

À horizon de janvier 2017 sur l'ensemble du CAJ réunifié sur le site de Forest, j'ai prévu un renfort de 4,2 ETP dont 4 seront consacrés à l'accompagnement des personnes présentant des TED ou les plus en difficulté. Au niveau de l'établissement, la fonction d'assistance sociale a été renforcée de 0,2 ETP. Il s'agit de faciliter la gestion de la liste d'attente, la préparation administrative et sociale de stages, l'aspect administratif des conventions à venir avec les institutions médicales, dans le cadre d'accueils séquentiels, de séjours de rupture ou de réorientation en fonction de l'évolution de la situation de santé des usagers. Pour le personnel socio-éducatif, les 4 ETP supplémentaires se répartiront entre :

- un(e) éducatrice spécialisé(e) qui assurera des fonctions de coordination fonctionnelle,
- deux aides médico-psychologiques dédiés à l'accompagnement de proximité, au quotidien des personnes et à la réalisation d'activités en petit groupe ou en individuel,

²¹⁶ ANACT, 2009, Transfert des savoir-faire d'expérience, disponible sur internet : <http://www.anact.fr>, 83 p.

²¹⁷ Annexe 32 : Organigramme cible du CAJ de Parilly (janvier 2017).

- un cadre médico-social en appui de l'équipe au quotidien. Il sera chargé en particulier d'ajuster, de suivre les PAP, de fournir un accompagnement individualisé aux usagers, un soutien à leur famille et de suivre, en relation avec l'ensemble de l'équipe, les conventions avec les partenaires sanitaires. Il a idéalement une double compétence : en tant que cadre / chef de service et en tant que psychologue avec une connaissance pratique de l'accompagnement en collectif et individualisé du public présentant des TED.

Le recrutement de ces personnes est prévu trois mois avant le retour au site rénové de la rue Forest. Des moyens supplémentaires vont donc être dégagés : le ratio d'encadrement moyen (en comptant l'équipe socio-éducative + médicale + psychologue) est de 1 pour 4,5 aujourd'hui pour l'ensemble du CAJ. Il passera à 3,5 pour les groupes de vie généraliste et à 1 pour 2,3 pour la section dédiée aux personnes présentant des TED en janvier 2017. Un appel au volontariat a été lancé début novembre 2015 avec la mise en place de formations spécifiques en communication augmentée et en éducation structurée à partir de novembre 2016. Un système de roulement sera institué tous les trois ans en misant sur le renouvellement par binôme (1/2 tous les 3 ans). Cette formation devra concerner l'ensemble des professionnels sur les trois années à venir.

B) Accompagner l'évolution professionnelle

J'ai défini sur la période 2015-2019 un plan de mobilité interne visant à mener des Aides médico-psychologiques (AMP) et des Moniteurs-éducateurs (ME) vers des fonctions d'éducateur spécialisé. Ce dispositif a permis à une salariée ME de devenir éducatrice en 2014.

J'ai prévu de mettre en place le même processus pour un autre AMP en remplacement d'un prochain départ à la retraite en 2017. Ce changement de statut, accompagné d'une validation des acquis et d'une formation complémentaire, sera opérant à partir de janvier 2017. J'ai également recruté, à chaque fois, sur les mêmes postes les personnes en Contrat unique d'insertion-Contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE) qui ont donné satisfaction.

J'ai parallèlement modifié la procédure de recrutement en interne pour éviter un effet « promotion automatique » déconnecté du niveau de compétences de la personne. Le recrutement s'appuie donc depuis juillet 2013 sur un processus dans lequel les candidats sont invités à formuler leurs projets professionnels, expliciter leurs motivations et leurs atouts / limites par rapport aux postes proposés.

Pour faciliter le déploiement des compétences et l'intégration des nouveaux embauchés, en CUI-CAE (renouvellement une fois par an de quatre professionnels) ou en CDD / CDI, j'ai mis en place un processus d'intégration / tutorat matérialisé par un « guide du nouvel arrivant ».

À court terme, à partir du premier trimestre 2017, une fois l'installation dans les nouveaux locaux assurée et les nouveaux comportements professionnels ancrés, j'envisage de formaliser les entretiens d'évaluation annuels. J'assure déjà aujourd'hui les entretiens de mi-parcours / entretiens professionnels. Ceux-ci me permettent de disposer d'un outil d'accompagnement, de motivation et de clarification des positionnements des professionnels par rapport aux orientations du projet. C'est en particulier un espace de traitement des malentendus ou des désaccords. Pour l'évaluation des pratiques, je m'appuie sur les groupes de pairs²¹⁸ et les recadrages réguliers quand cela est nécessaire. J'ai d'ores et déjà commencé à promouvoir les démarches de bilans de compétences qui sont un très bon moyen de réfléchir sur son rapport au travail et de construire un projet au plus proche de ses compétences, motivations, et centres d'intérêt professionnels, au sein du CAJ ou à l'extérieur.

3.2 Redonner leur place aux personnes présentant des TED en améliorant le fonctionnement global du CAJ

Un des problèmes organisationnels à gérer en priorité portait, comme je l'avais indiqué, sur une baisse constante du taux d'occupation due notamment à des difficultés à ouvrir les portes du CAJ et à adopter de nouvelles pratiques plus adaptées.

J'ai donné courant juin 2013 des informations et des consignes à l'équipe pour dépasser une situation qui nous mettait hors-jeu par rapport à notre mission, ce qui pouvait avoir à moyen terme de graves conséquences en particulier financières. J'ai donc commencé par sensibiliser l'équipe sur les risques de rebasage, perte de budget qui pourraient reconduire à revoir nos moyens humains à la baisse. En parallèle à l'évaluation interne, j'ai également donné les premières consignes au sujet des précautions à prendre pour faciliter l'accompagnement des résidents souffrant de TED en m'appuyant sur les bonnes pratiques déjà existantes, mais portées individuellement. J'ai mis en place dès avril 2013 une nouvelle procédure d'accueil/admission, en référence à l'analyse réalisée en mars 2013 et à mes observations ultérieures. Cette démarche d'accueil de référence a été complétée en février 2015 par une procédure formalisée de réorientation.²¹⁹ La création de nouveaux temps de réunion a permis de réduire les délais de traitement des candidatures, le temps d'organisation et de prise de décision. Le taux d'occupation est passé de 85 % à 88 % entre 2013 et 2015. Les premiers éléments recueillis au premier trimestre 2016 me permettent d'envisager de manière réaliste un taux d'occupation à 90 %.²²⁰ Je vise un taux

²¹⁸ LAGADEC A.-M., 2009, L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences ; ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs, Recherche en soins infirmiers, disponible sur internet : <http://www.cairn.info>, pp.4-22

²¹⁹ Annexe 23 : Continuité du parcours / Extrait du Projet d'établissement.

²²⁰ Annexe 11 : Évolution du taux d'occupation et perspectives.

d'occupation de l'ordre de 95 % en 2017 et pour les années suivantes. Les conditions d'accueil seront alors optimales.

Les indicateurs suivants permettront d'évaluer l'efficacité globale du Projet d'établissement :

- l'absentéisme des usagers,
- le nombre de places effectivement occupées,
- la réponse aux demandes de repos, d'activité en dehors de la salle prévue pour cela,
- le nombre d'événements indésirables,
- les changements comportementaux sur une période donnée pour des usagers présentant des problèmes de fatigue, de stress, de mal-être, de comportements – problèmes,
- les déclarations et expressions des usagers et de leur entourage sur leur niveau de bien-être,
- le nombre et la nature des réclamations et des plaintes,
- le degré de réalisation des objectifs formalisés dans les PAP,
- le niveau de développement des capacités liées au PAP des usagers sur une année,
- le volume financier économisé grâce aux économies d'échelle chaque année,
- l'élaboration et formalisation de projets de vie intégrés au Projet d'établissement 2020-2024.

3.2.1 Aménager, rendre lisible et rassurant l'environnement physique et humain

A) Entre janvier et septembre 2014 : aménagement de lieux calmes sur le site de Forest

En attendant le lancement des travaux, les locaux du site de Forest ont été aménagés en janvier 2014 afin de créer des temps de vie, d'accueil et de repos, proches des salles d'activités pour des questions de sécurité. Cependant, ces espaces n'étant pas assez conviviaux, les accueils des personnes souffrant de TED ont été privilégiés au premier étage, plus calme et éloigné des zones de pause collective. Pour éviter les effets de grand groupe, les repas ont été organisés en décalé (salle de restauration remplie au maximum aux deux tiers). Il était possible également de prendre des repas sur les lieux de vie pour accompagner les personnes les plus gênées par le bruit et la « foule ». Grâce à ces modifications que j'ai mises en place, le taux d'absentéisme des personnes souffrant de TED ou autres troubles psychiques a diminué de 10 % entre janvier 2014 et juillet 2015. Il a ensuite légèrement augmenté pour rester à un niveau satisfaisant.

Cette expérience a fourni un modèle qui a été utilisé durant la phase transitoire et pourra être utilisé pour l'unité spécifique TED.

B) Amortir les effets de la transition, capitaliser pour le court terme

Durant la phase transitoire de septembre 2015 à janvier 2017, les usagers du site de Génie forment le groupe *Génie 1*. Les usagers du site de Forest sont répartis de la façon suivante :

- 28 dans les locaux réaménagés du site du Génie (*Génie 2*), en particulier les personnes présentant des TED, car nombre d'entre eux connaissent les lieux. Il s'agit ainsi de prévenir stress et mal-être liés à un changement trop marqué. Les lieux ont été pensés pour jouer un rôle d'espace apaisant,
- les autres usagers sont dans un espace aménagé pour l'occasion dans des locaux appartenant à l'ESAT Jacques Chavent à Lyon.

Les groupes et binômes de référence ont été maintenus dans leur composition actuelle pour rassurer les usagers. Le travail sur la redéfinition des groupes a commencé graduellement et s'est déployé en fonction du bien-être des personnes accueillies. Les indicateurs à considérer en particulier sont :

- l'absentéisme des usagers,
- le degré de confort psychologique des personnes (observation des situations de mal-être, de stress),
- le nombre et la nature des plaintes et réclamations, les réponses apportées,
- le nombre et la nature des comportements - problèmes et des crises,
- les réponses faites aux demandes de repos, à l'aménagement de plannings et de rythme,
- la satisfaction globale.

Après la phase transitoire, l'objectif est de construire, au deuxième semestre 2017, des projets d'« unités de vie », de façon à expliciter la nature et les spécificités des accompagnements proposés.

C) Organiser les futurs groupes de vie : créer un groupe dédié à l'accueil des personnes présentant des TED

Après la réunification en janvier 2017, le CAJ de Parilly sera organisé en quatre unités de vie de 27 personnes, dont une sera dédiée à l'accueil des personnes souffrant de TED comme je l'ai précisé plus haut. 35 % des activités se poursuivront à l'extérieur en étant vigilant au caractère potentiellement anxiogène de chaque déplacement pour les usagers. Pour les transports domicile-CAJ, la société prestataire a accepté de donner des consignes à ses chauffeurs pour qu'ils soient attentifs aux situations de mal-être et qu'ils en informent quotidiennement les professionnels.

Les lieux de vie et les salles d'activités seront différenciés. Pour éviter des présences d'usagers en grand nombre, les pauses et les repas seront planifiés différemment. Le projet architectural prévoit un certain nombre d'aménagements afin d'atténuer l'influence du bruit. Les groupes de vie sont pensés pour faciliter la vie sociale, la convivialité et produire un effet apaisant, en particulier pour les personnes avec TED. Chaque unité comprend également un espace spécifique propre à un temps calme, pouvant être un lieu « refuge » pour les personnes fatiguées ou ayant des difficultés à s'inscrire dans les activités. La création d'une unité dédiée aux TED permettra également d'adapter l'accompagnement et de prévenir les situations de mal-être. Elle se caractérisera par un temps de réajustement des projets tous les six mois, des activités basées en partie sur les principes de l'éducation structurée à terme. Les personnes avec TED pourront participer à l'ensemble des activités existantes qui leur permettront de côtoyer les autres usagers.

Les indicateurs de suivi pour l'unité spécifique aux personnes présentant des TED sont :

- le nombre de personnes accueillies dans cette section,
- l'effectivité des mesures d'adaptation du rythme, d'élaboration et de révision du PAP,
- le contenu des plannings d'activité, la taille des groupes d'activités communes à l'ensemble du CAJ,
- la mise en place d'outils, de supports de communication augmentée et de signalétique adaptés,
- l'évolution de l'état de bien-être des usagers, le nombre et la nature des comportements et des crises.

D) Développer des outils et des modalités de communication adaptés

Les actions mises en place en 2014 bénéficieront à l'ensemble des personnes présentant des difficultés de communication, de repérage et d'orientation. Deux groupes d'activité ont été créés afin de concevoir, avec les usagers, des outils de communication à partir de leurs dessins, photographies et pictogrammes. Leurs réalisations ont été diffusées à tous les groupes du CAJ, commentées et explicitées par les référents et coréférents. En fonction des réactions des usagers, les pictogrammes les plus accessibles ont été sélectionnés pour alimenter la signalétique du CAJ (indication des toilettes pour hommes / femmes, salle de repas, salles d'activités, lieux de vie, etc.) et illustrer différents documents institutionnels (planning d'activité, livret d'accueil). Les retours positifs des professionnels montrent que ces outils ont favorisé les transmissions d'informations et les échanges au sujet des événements quotidiens au sein du CAJ ou lors de l'accueil des nouveaux usagers.²²¹ Cette signalétique sera reprise dans les locaux durant la phase de transition pour permettre aux personnes accueillies de retrouver les mêmes références. L'objectif est d'assurer une

²²¹ Annexe 25 : Illustration des activités dans le nouveau livret d'accueil.

meilleure appropriation des outils de communication institutionnelle par les usagers et un repérage plus aisé des lieux par les nouveaux entrants. Les indicateurs de suivi sont :

- l'impact et les effets sur l'utilisateur : observation, déclarations / enquête d'impact auprès d'eux et de leur entourage,
- le temps moyen mis par les nouveaux arrivants pour se repérer seuls (à degré de capacité identique),
- la diminution des situations d'errance et de stress due à des pertes de repères.

Ce travail d'adaptation de la communication se poursuivra par un plan de formation sur les années 2016 et 2017 destiné, dans un premier temps, aux professionnels dédiés à la section renforcée. Il vise à développer leurs compétences en « communication augmentée » dans leurs relations au quotidien avec les usagers, en s'appuyant sur l'appropriation et l'adaptation d'outils et de méthodes tirés des approches ABA, TEACCH.²²²

3.2.2 Appuyer et soutenir les professionnels : le développement des compétences clés

Le format *intra* a été privilégié. Nous continuerons à nous situer dans le registre formation - action pour la meilleure adaptation possible aux situations rencontrées. Il s'agira d'entrer dans une étape de perfectionnement et d'approfondissement suite à la première phase de formation - action qui s'est déroulée en avril / mai 2015. Nous profiterons des vacances de printemps, période durant laquelle les usagers sont absents, pour mener avec les professionnels, un travail de groupe dans le cadre de la démarche qualité. Sur 2015, deux formations collectives ont été organisées sur la compréhension des personnes avec TED et la promotion de la bientraitance. Une autre visant à faciliter la fonction de coordination a également eu lieu pour les éducateurs spécialisés fin 2015. Fin avril 2016 une formation portant sur l'aménagement et l'adaptation des locaux au regard de leurs fonctions a été organisée

A) Accompagner les personnes présentant des TED : de la compréhension à l'adaptation des pratiques²²³

L'objectif de cette formation organisée fin avril 2015 était de permettre aux professionnels de mieux comprendre les problématiques des usagers avec TED et de construire des réponses adaptées dans un cadre pluridisciplinaire en s'appuyant en particulier sur une meilleure connaissance des méthodes ABA et TEACCH. Les principaux résultats et effets sont :

- l'ensemble des salariés étaient présents. Les évaluations ont montré un fort degré de satisfaction des participants,

²²² Cf. 2.1.2 A) « Faciliter la communication et adapter l'accompagnement », p. 33 de ce mémoire.

²²³ Annexe 27 : Programme de formation « Troubles envahissants du développement : de la compréhension à la pratique ».

- des situations à maîtriser, spécifiques au CAJ, ont été définies,
- à l'issue de cette formation, chaque participant a élaboré un plan d'action personnalisé concernant une situation clé qu'il devait mieux maîtriser,
- avec la participation de l'équipe pluridisciplinaire supervisée par la chef de service et avec l'appui des psychologues et psychiatres, des formalisations de protocoles d'intervention / modes de conduite ont commencé à être élaborées. Celui pour les gestions des crises, conçu en 2014, a été précisé et consolidé.

B) Formation à la bientraitance²²⁴

Les objectifs principaux de cette formation mise en place en janvier 2015 étaient de développer la compétence collective du CAJ à prévenir des conduites professionnelles et des modes d'organisation à risque. Au niveau des pratiques individuelles, il s'agissait d'amener les salariés à identifier et évaluer les risques et les points de vigilance dans la réalisation des projets d'accompagnement personnalisé (par exemple, l'impact d'un déplacement en termes de stress, de risque d'entrée dans une crise, etc.). 95 % des salariés tous métiers confondus ont participé. Un seul était absent pour maladie.

C) Formation à la démarche HQU et HQS

Indicateurs de suivi :

- application des démarches HQU et HQS sur le projet d'aménagement du CAJ,
- prise en compte dans l'accompagnement et l'élaboration des PAP des éléments liés à l'environnement spatial, aux transports.

Je fais l'hypothèse que l'ensemble des formations suivies depuis 2013 contribuent à accompagner davantage de façon bientraitante. Il y a une complémentarité entre mieux comprendre, mieux communiquer avec les usagers, prendre du recul sur sa pratique, sur l'organisation et se référer à des points de repères méthodologiques. Ces axes contribuent à développer la compétence collective globale à « bien traiter ». J'ai globalement perçu les effets suivants à l'issue de la formation (« Analyse des réunions d'équipe en termes de pratiques, mises en œuvre et compréhension objectivée des situations ») :

- mise en lien entre contenu de la formation et situations emblématiques du CAJ,
- formulation d'avis et d'idées lors de l'élaboration ou de l'adaptation du PAP,
- remise en question des pratiques par des retours d'expérience suite à des événements indésirables.

²²⁴ Annexe 26 : Programme de la formation sur la bientraitance.

D) Faciliter l'exercice de la fonction de coordination des éducateurs spécialisés

Une formation sur ce thème a eu lieu en octobre 2015.

Le coordinateur, compte tenu des compétences attendues d'un éducateur spécialisé (formation de niveau III et de la fiche de poste de l'ADAPEI du Rhône) doit faciliter la mise en œuvre du Projet d'établissement et dynamiser l'équipe avec l'appui de la direction. L'objectif de cette formation était de développer la capacité des éducateurs spécialisés à jouer un rôle de relais entre les groupes de vie et l'équipe de direction.

Par rapport à l'équipe, j'attendais qu'ils apportent des conseils et une aide méthodologique aux autres membres dans la compréhension de situations, l'écriture des Projets d'accompagnement personnalisé (PAP)... Les premiers constats sur les résultats et les effets sont :

- l'ensemble des éducateurs spécialisés ont participé,
- prises d'initiatives pour mener des actions spécifiquement dédiées à la fonction de coordination. Par exemple : accompagnement des usagers auprès des structures sanitaires en collaboration avec le référent / coréférent, rappel du cadre réglementaire, apports de concepts et grilles de lectures éducatives, etc.
- participation plus active au suivi des accueils séquentiels / partenariats avec partenaires hospitaliers, socioculturels, ESSMS sous supervision du chef de service ; ce qui n'était pas le cas avant.

Nous commençons donc à sortir d'une forme d'indifférenciation des rôles affichés. Néanmoins, il reste à leur faire jouer un rôle de référent du cadre légal qu'ils ont encore des difficultés à assumer. L'enjeu est que lors du retour sur le site unifié, en janvier 2017 les éducateurs spécialisés deviennent un relais formel entre les unités de vie et le chef de service pour faciliter et fluidifier la circulation de l'information et l'application des processus d'accompagnement. Dans le cadre de l'unité dédiée aux personnes avec TED, ils seront appuyés par le futur cadre médico-social que j'envisage de recruter.

E) Former les professionnels à l'éducation structurée, à la communication alternative et augmentée

Après la formation aux fondamentaux pour mieux comprendre les TED (fin avril 2015), une seconde phase va consister à perfectionner les professionnels affectés en premier à l'unité TED (communication, éducation structurée). Une première session va être organisée fin avril 2016 pour sept d'entre eux. Quatre sessions sont également prévues en septembre 2016. Il est nécessaire de prendre un temps de recul six mois après chaque formation pour évaluer le retour. Seront pris en compte des éléments déclaratifs à partir des résultats de l'enquête de satisfaction prévue au deuxième semestre 2016, des éléments informels repérés au cours des contacts et des groupes de vie et d'expression (compréhension des consignes, de l'information en cours de construction). Sachant que

ces éléments peuvent être également dus à l'influence du développement de l'efficience globale du CAJ et à l'impact des autres formations. J'envisage ce type d'apprentissage en complément et en consolidation des premières formations mises en œuvre. Il conviendra cependant de construire un référentiel spécifique pour distinguer les apports particuliers de chacune. Pour cela, il est important de formuler avec les organismes de formation des objectifs pédagogiques précis, réalistes et évaluables.

3.2.3 Intégrer la dimension médicale dans les processus et pratiques

A) Mettre en place une commission médico-sociale interne

J'ai formalisé à partir de novembre 2014 un processus de concertation permanent réunissant les cadres sociaux (assistance sociale), médicaux (médecin psychiatre) et l'équipe de direction. Un des objectifs était de réduire les situations de désaccords ou de conflits entre psychiatre, psychologue et chef de service. Ainsi, depuis le 2 janvier 2015, une réunion se tient une fois par semaine, le lundi après-midi de 13 h 30 à 14 h 30. Un protocole interne garantissant la confidentialité des données médicales a été élaboré et signé par tous les professionnels participants. Cette commission sera chargée, sous ma supervision :

- d'instruire les candidatures, d'élaborer et de suivre la liste d'attente,
- de valider les demandes de stage,
- de mettre en place des actions de suivi individuel des usagers,
- de formaliser les modalités d'organisation et de suivi des séjours de rupture, des accueils séquentiels, des conventions avec les structures sanitaires et sociales,
- de valider et d'organiser de façon anticipée les réorientations liées à la situation médicale.

Résultats et effets : pour l'instant, des effets notables sont à noter sur l'explicitation des avis sur les dossiers de candidature des usagers et une argumentation plus détaillée dans les objectifs attendus en termes de soin ou « prendre soin » dans le cadre de projets d'accompagnement personnalisé. Sur 2015, le nombre d'entretiens individuels des usagers a notablement augmenté (+ 15 %). En 2016, le nombre de rencontres devrait être supérieur, compte tenu des situations de stress et de mal-être chez les usagers en difficulté durant cette transition. Les contacts avec les structures sanitaires visant à organiser des séjours de répit ou des accueils séquentiels seront également plus réguliers. Il reste à poursuivre les efforts en systématisant la présence d'un ou deux référents / coordonnateurs afin de diffuser davantage les travaux de cette commission. Les conventions avec les établissements sanitaires sont en cours d'élaboration ou à prévoir.

B) Prendre en charge des comportements - problèmes et les crises : identifier, gérer, prévenir

Une modalité d'accompagnement spécifique a été formalisée en septembre 2014 et complétée à l'issue de la formation « TED : de la compréhension à la pratique » d'avril 2015. Elle comprend un renforcement éducatif auprès de l'utilisateur, un accompagnement des familles, des partenariats avec des structures sanitaires et la mise en place d'activités apaisantes dans des lieux pensés pour remplir une fonction de contenance bienveillante des personnes en crise. Un protocole prévisionnel de prise en charge d'un usager en grave crise, construit en partenariat avec le DAPELA a été formalisé. Son objectif est d'anticiper les réponses pour éviter l'improvisation et le stress qui risquent d'aggraver la situation et de mettre en difficulté les professionnels et les autres usagers. L'enjeu était de prévoir et d'accompagner le recours à une structure hospitalière en cas de crise grave, avec risque de mise en danger de soi et des autres, de détresse, en concertation étroite avec l'entourage. Par ailleurs, les professionnels ont reçu comme consigne de recueillir par écrit et avec les familles les éléments déclencheurs des crises lors de la phase d'élaboration du projet ou dans le cadre d'entretiens complémentaires. Ces éléments serviront de points d'appui méthodologiques et de points de vigilance aux professionnels. Les résultats et effets sont :

- le respect des phases du protocole de gestion de crise,
- le recueil formalisé des éléments clés déclencheurs en respectant les règles de confidentialité (information médicale). Partiellement atteint. Un effort est à poursuivre pour expliciter davantage et mettre en place le partage d'expérience,
- le pourcentage de prise en charge des usagers concernés : globalement atteint. L'objectif visé de 100 % est prioritaire au regard des enjeux en termes de santé et de prévention des souffrances,
- à travers l'observation et l'expression des usagers et de leur entourage, j'ai constaté un impact en termes de bien-être des résidents et d'atténuation des souffrances. Cette nouvelle façon d'appréhender les situations et d'agir en amont a joué un rôle dans la réduction des manifestations de crise (- 35 %) sur l'année 2015,
- les « fiches incidents / événements indésirables » sont systématiquement renseignées,
- nous parvenons, aujourd'hui, à systématiser les changements d'activités quand il apparaît qu'elles pouvaient avoir un impact. Dans le déroulement de l'accompagnement au quotidien, la majorité des personnes concernées (75 %) bénéficient dorénavant de temps de calme. Ce qui est très compliqué pendant les activités extérieures, d'où un effort à poursuivre pour repérer des usagers qui risquent de se sentir en difficulté.

3.2.4 Évaluer les besoins, attentes et acquis des usagers, évaluer les effets de l'accompagnement

L'enjeu était de mieux évaluer les besoins et d'anticiper les impacts de l'accompagnement en formulant des objectifs adaptés aux problématiques de chaque usager. L'objectif principal est de se situer dans un équilibre entre épanouissement personnel et développement / maintien des capacités et des acquis, conformément à notre agrément. Les professionnels devaient ainsi être capables d'expliquer la plus-value attendue d'une activité par rapport au projet personnalisé ; l'impact étant à relativiser en fonction de l'environnement de l'usager qui échappe aux professionnels du CAJ. À la fin de la démarche d'évaluation interne, en juin 2013, 65 % des salariés observés ont fait spontanément le lien entre les bénéfices de l'accompagnement au CAJ et leurs conséquences dans la vie quotidienne de l'usager. C'était le cas pour 45 % d'entre eux avant le démarrage de la démarche d'évaluation interne en 2012. L'effort devait donc être poursuivi en s'appuyant sur des outils cohérents : une grille d'analyse des besoins et attentes et une grille d'analyse des activités en cohérence avec les différents chapitres du PAP qui serviront d'ossature commune à l'ensemble des outils.

Ces axes et catégories d'objectifs fondent le nouveau PAP mis en place en février 2015 :

- prendre en compte les centres d'intérêt personnel et les habitudes de vie,
- faciliter l'accès à des loisirs et des équipements extérieurs,
- faciliter la vie affective et la participation sociale,
- faciliter l'accès à des droits sociaux et des prestations de service social,
- assurer le bien-être physique et psychologique, promouvoir la santé,
- assurer sécurité et protection,
- assurer une aide dans les gestes de la vie quotidienne, développer l'autonomie,
- aider au développement et au maintien d'aptitudes cognitives, physiques, relationnelles, connaissances (aptitudes générales qui entrent dans la maîtrise des situations sociales générales ou sont considérées pour une d'orientation en ESAT par exemple).

Les moyens à mettre en œuvre sont :

- l'élaboration d'un planning d'activités adaptées aux objectifs prioritaires,
- la création de points de vigilance et de modalités spécifiques de communication.

Les indicateurs de suivi du parcours sont :

- indicateurs spécifiques : en lien avec les activités,
- objectif général en termes de situations clés et du niveau de maîtrise réaliste de celles-ci, de satisfaction / réponse à une demande.

A) Construire une grille d'analyse des besoins et attentes

J'ai proposé en février 2015 une grille de recueil des besoins et attentes à titre expérimental qui évolue par le retour d'expérience. L'objectif était de systématiser et de formaliser les informations dans le cadre d'un échange dès les premiers contacts avec l'utilisateur et son entourage. Je l'ai proposée et adaptée à partir d'un outil utilisé par le CAJ Adélaïde PERRIN de Lyon que je trouvais particulièrement pertinent en raison de l'exhaustivité des points abordés et de son utilisation souple dans un cadre d'entretien semi-directif. Le travail d'adaptation fera partie du Plan d'amélioration continue. Cette grille reprend les grandes catégories du PAP présentées plus haut pour formuler les besoins et les objectifs. Elle sera utilisée pour chaque nouvelle admission. Chaque partie, présentée ci-devant, est décomposée en 5 à 7 questions ouvertes. L'enjeu est de :

- mettre en lien le PAP, le projet de vie et les situations de la vie quotidienne en intégrant les registres sociaux, sanitaires, éducatifs,
- répondre à des besoins et attentes de façon réaliste compte tenu des moyens et des possibilités et de l'intérêt pour l'utilisateur au regard de son PAP,
- déterminer les priorités et les objectifs poursuivis en termes d'effets et d'impacts pour l'utilisateur, de définir des critères spécifiques d'évaluation.

Cette grille est aujourd'hui²²⁵ systématiquement utilisée. L'analyse des projets réajustés depuis février 2015 montre que la référence aux différents registres est devenue la règle. Le chef de service garantit cette référence institutionnelle dans le cadre de la supervision des Projets personnalisés par les référents éducatifs. Les demandes et les besoins sont priorisés pour faciliter les ajustements en réunion de préparation quand des arbitrages sont à opérer, notamment pour le choix d'activités. L'évaluation de l'impact en termes d'effet est le point qui va nécessiter le plus d'effort et de temps compte tenu des difficultés méthodologiques rencontrées à mettre en lien de façon précise changement de comportement et nature de notre accompagnement. Cet objectif sera à travailler en développant la description et la connaissance des situations de vie et de situations au CAJ. Les prochaines formations à la démarche MAP²²⁶ faciliteront ce travail.

B) Construire une grille d'analyse des activités collectives proposées aux usagers

Un questionnaire a été distribué aux professionnels de l'équipe éducative en juin 2013 pour commencer à élaborer la grille d'analyse des activités. Le taux de réponse a été de moins de 30 %, ce qui m'a amené à reconduire ce travail dans le cadre du deuxième séminaire intitulé « Projet d'établissement et démarche d'amélioration continue » d'avril-mai 2014. Un groupe de travail pluridisciplinaire a alors été créé et poursuivra la réécriture de l'ensemble

²²⁵ A avril 2016.

²²⁶ Dates pas encore fixées à ce jour au niveau de l'ADAPEI du Rhône.

des projets d'activité d'ici à la fin 2016. Chaque synthèse de projet individuel sera réalisée sous l'angle de l'impact et des effets des activités pour l'utilisateur et s'inspirera d'un canevas commun.²²⁷ Il s'agit de faire le lien entre projets d'activités et PAP. La première étape consiste à formaliser l'ensemble des fiches « activités collectives » et d'en faire des aides pour l'élaboration des projets personnalisés et le suivi du parcours des usagers. Cet effort d'évaluation sera mis en lien avec la grille d'analyse des besoins commune aux professionnels. Il s'agit de préciser les bénéfices attendus pour l'utilisateur. Le chef de service sera chargé d'accompagner les équipes avec des indicateurs pour chaque activité. Les progrès apportés dans la mise en place de véritables parcours jalonnés d'étapes et d'objectifs évaluables sont une amélioration systémique qui bénéficiera à l'ensemble des usagers atteints ou non de TED. Les indicateurs de suivi sont :

- le nombre de fiches activités élaborées et finalisées,
- la formalisation des objectifs de façon mesurable (éléments observables).

Aujourd'hui, 40 % de fiches sont formalisées. L'objectif de 80 % de fiches projets d'activité devrait être atteint à fin 2016.

C) Mettre en œuvre des diagnostics fonctionnels

Je me heurte aujourd'hui à la disponibilité des équipes spécialisées capables de mettre en œuvre ce type d'évaluation. Le diagnostic spécialisé sera prioritairement utilisé pour les personnes avec lesquelles nous aurons des difficultés pour comprendre les problématiques. Un planning d'évaluation sera organisé dès la notification de l'admission de façon à pouvoir compter sur une évaluation fonctionnelle dans les six premiers mois afin d'adapter, au besoin, le projet personnalisé. À ce jour, deux évaluations ont été réalisées en 2015 et leurs conclusions ont été reprises en synthèse « élaboration de projet » en commission médico-sociale. Un planning est en cours de réalisation pour l'année 2016. Un des indicateurs clés, outre la reprise des conclusions dans les instances pertinentes, sera le nombre de diagnostics réalisés et le respect du calendrier. Les premiers constats vont dans le sens des objectifs recherchés.

²²⁷ Annexe 28 : Grille d'analyse des activités du CAJ Parilly.

3.3 Revitaliser les outils de la loi 2002-2 et renforcer la qualité des réponses

Cette modification d'outils visait surtout à se mettre en pleine conformité avec la loi de 2002. L'enjeu était de renforcer la compréhension et l'exercice des droits et une plus grande participation des usagers et de leur entourage à l'élaboration de leurs parcours et de leur vie au CAJ.

3.3.1 Ajustements des processus clés : personnaliser, objectiver et associer usagers et entourage

A) Modification du processus d'admission²²⁸

- J'ai fait évoluer le processus d'admission commun aux deux sites, en avril 2013, pour garantir une prise de décision éclairée de l'utilisateur et de ses représentants légaux à partir d'une analyse plus précise des besoins et de ses demandeurs. Il s'agissait de favoriser le recueil et la formalisation d'avis, les observations et le diagnostic des membres de l'équipe disciplinaire de façon à sécuriser la prise de décision par le chef de service. L'amélioration apportée a renforcé l'objectivité dans l'étude des besoins avant l'admission et la mise en place de l'accompagnement en associant plus étroitement les usagers et leur entourage. *Résultat* : en 2014 et 2015,
- 65 % des projets, en moyenne, sont formalisés en référence à des situations de vie observables, l'effort reste à poursuivre,
- les différentes étapes du processus sont respectées à 90 % : modifier le contenu du processus d'élaboration et de suivi du Projet d'accompagnement personnalisé.

L'objectif principal était d'uniformiser la matrice du PAP en tenant compte du cadre légal. Pour les personnes présentant des TED ou autres troubles psychiques identifiés, le PAP est, depuis janvier 2014, élaboré dans les trois mois suivants l'admission. J'ai fixé l'objectif de ramener le rythme de révision à un an à partir de janvier 2015 pour tous les autres usagers conformément aux recommandations de l'ANESM décrites au chapitre II²²⁹. Cet objectif est, sur 2015, atteint à 75 %. La nouvelle mouture du PAP fournit aujourd'hui un guide pour faciliter la construction, le suivi et l'évaluation du projet personnalisé et des décisions prises. Il fera le lien avec les activités sous l'angle de l'impact pour l'utilisateur. Les professionnels ont eu pour consigne d'encourager les personnes à participer et à faciliter leur expression en utilisant si besoin d'autres supports que l'oral. Des points intermédiaires avec le référent, accompagné d'un psychologue, seront organisés à partir d'un planning prévisionnel annuel ajustable.

²²⁸ Annexe 21 : Note à l'intention de l'équipe sur le processus d'admission.

²²⁹ Cf . 2.1.3.A « Le projet personnalisé : trouver un équilibre entre développement et épanouissement personnel », p. 35 de ce mémoire.

J'ai eu des résistances chez 30 % des professionnels de l'équipe éducative, qui perçoivent ce cadre comme restreignant leur autonomie et leur indépendance. Cela m'amène à être particulièrement vigilant sur la suite de cette mesure centrale. Les indicateurs de suivi sont :

- le respect des étapes du processus et du calendrier,
- la présence des acteurs concernés aux temps formels prévus dans le processus,
- le respect des différents rôles : professionnels, dont référents, usagers, chefs de service, parents,
- la prise d'initiative par les usagers et leur entourage dans la formalisation de demandes ou d'ajustements de parcours,
- la formalisation d'objectifs évaluables,
- l'explicitation des outils : contrat, livret d'accueil, règlement de fonctionnement aux usagers et entourage
- la production de bilans écrits par le référent à partir des éléments apportés par les professionnels intervenants (bilans de stages et à partir des apports des activités ou autres temps sociaux),
- l'appréciation systématique à travers des échanges avec l'utilisateur de sa compréhension des éléments de son PAP,
- la vérification de la compréhension des droits et devoirs.

B) Redéfinir les missions du référent éducatif

L'objectif était de faciliter la cohérence entre élaboration et suivi du projet personnalisé dès le début du parcours d'admission. Formalisée en avril 2015, cette définition de fonction permet aujourd'hui de cadrer les relations entre l'utilisateur, le professionnel dédié à la réalisation de son PAP et l'équipe éducative. Le référent est complémentaire de celui de coordonnateur porté par les éducateurs spécialisés qui, lui, joue un rôle au niveau de l'unité de groupe de vie et dans les liens privilégiés avec les structures sanitaires. Cette clarification de la fonction de référent a permis de faciliter le processus d'élaboration du projet, de prévenir et de limiter des conflits ou des pertes de temps et d'efficacité en interne. On peut assimiler le rôle du référent éducatif à celui de tuteur. Par analogie, avec une expérience que j'ai menée aux Hospices civils de Lyon en coopération avec le service Formation et gestion prévisionnelle des métiers et compétences²³⁰, le tuteur est chargé :

- de concevoir parcours et de formaliser les objectifs dont leur évaluation est basée sur des indicateurs explicites,
- d'évaluer la progression de la personne accompagnée,
- d'être, avec le coréférent, le garant de la cohérence, de l'évaluation et du soutien de l'évolution de la personne.

Les constats à avril 2016 sur l'effectivité de cette mesure sont les suivants :

²³⁰ Dispositif Apprenant HCL/Métod depuis novembre 2008.

- les référents et coréférents sont nommés dès le stage d'admission,
- un respect global des missions liées à son rôle,
- les moyens dédiés à ce rôle sont utilisés (ex. : grille d'interview). Un effort est à poursuivre pour faciliter leur utilisation et mieux repérer les besoins et attentes prioritaires, définir les objectifs et les moyens d'action. Les référents sont soutenus par le chef de service et la psychologue ; la psychiatre étant sollicitée quand l'utilisateur présente des TED ou autres troubles.

La présence des référents en réunion médico-sociale constituait sur l'année 2015 encore un point faible, en raison surtout de la difficulté à planifier suffisamment à l'avance et de la priorité donnée à la gestion des aléas. J'ai donné des consignes pour que le chef de service établisse un planning prévisionnel plus en amont sur l'année 2016. La mesure est en cours de réalisation et ne peut être évaluée pour l'instant.

C) Développer le suivi personnalisé des usagers

Dès 2014, il m'était apparu fondamental de développer le temps consacré à l'écoute et à la réflexion avec les usagers quand ils en exprimaient la demande ou lorsqu'il y avait besoin d'approfondir une problématique, de prévenir un risque... Sur 2014 et 2015, ce suivi individuel a augmenté en moyenne de 10 % par rapport à 2013. L'entourage et la famille pouvaient aussi être sollicités. Ces rencontres sont réalisées par le psychologue, avec ou non un référent éducatif, sous la supervision du chef d'équipe. La prise de décision et l'organisation de ce suivi se font lors des réunions d'équipe pluridisciplinaire. Lorsqu'ils notent des situations sensibles chez l'utilisateur ou à sa demande, les membres de l'équipe éducative sont encouragés à mettre en place des entretiens formels sous la supervision du chef de service et dans un cadre pluridisciplinaire. Cette mesure permet de s'inscrire pleinement dans la mission du CAJ. Un des enjeux est que ces entretiens servent à définir des orientations auprès de tiers psychologues libéraux ou partenaires institutionnels plus adéquats, en accord avec les usagers et leurs représentants légaux.

3.3.2 Réécrire les principaux outils de la loi de 2002 : faciliter l'exercice des droits et communication / expression

Il était important de réactualiser les références institutionnelles, compte tenu des nouveaux principes d'organisation et d'accompagnement, tout en se mettant en conformité avec le cadre légal et réglementaire. Mon objectif était qu'ils deviennent des outils de référence facilitant l'exercice des droits, des rôles de chacun durant les étapes de l'accompagnement au CAJ et la communication. Cela permettait notamment de rééquilibrer les rapports entre les différents acteurs (professionnels, usagers, entourage). La modification de ces outils profitera à l'ensemble des personnes accueillies.

A) Réécrire le règlement de fonctionnement

Le règlement de fonctionnement a été réécrit en février 2015 en supprimant les éléments non conformes. Il insiste aujourd'hui sur les droits et présente les différentes procédures pour la promotion de la bientraitance, la prévention de la maltraitance et la chartre des droits et des libertés. La forme a été repensée pour plus de lisibilité pour les usagers : certaines informations, comme les règles de vie collective, sont traitées sous forme de pictogrammes. Il précise enfin les nouveaux principes de l'accompagnement et les principaux processus clés. Il est donné systématiquement lors de la signature du contrat de séjour. Les différents points sont lus avec la famille et le résident. Il est signé avec le contrat de séjour.

B) Construire un livret d'accueil conforme à la loi et plus lisible

Ce document a été modifié en mars 2015 afin de présenter les éléments insuffisamment développés dans la version précédente, à savoir :

- les missions et le cadre institutionnel,
- le processus d'admission,
- la description d'une journée type et des activités à l'aide de pictogrammes et photographies,
- des extraits du règlement de fonctionnement.

Il est aujourd'hui donné à chaque rencontre de présentation et lors de la signature du contrat de séjour pendant l'admission. Il est également repris comme référence par les professionnels pour expliciter leurs actes durant le parcours.

Indicateur de suivi : s'assurer que ces outils sont systématiquement utilisés et explicités

C) Mettre en place des groupes de parole et d'expression

Lancée en novembre 2015, cette action s'inscrit dans une démarche globale visant à faciliter l'expression des usagers sur des thématiques liées à la vie sociale, affective et sexuelle et l'accompagnement proposé au CAJ. Ces ateliers d'expression utilisent des techniques ludiques et faciles d'accès (images, photographies, etc.). J'envisageais une session par mois organisée pour chaque groupe et unité de vie. Ainsi, dix usagers maximum seraient réunis, pendant 1 h 30, autour d'un professionnel, référent ou coréférent, assisté par un animateur psychologue vacataire (volume annuel estimé en 2016 à 200 heures). Ces groupes constituent aujourd'hui un élément important pour l'expression des sentiments, des doutes et des inquiétudes générés par la transition dans les locaux provisoires ce qui permet d'atténuer les effets.

Ces ateliers viennent en complément des temps informels d'expression et de communication qui ont lieu au fil du temps. Ils prépareront la participation des usagers aux plans d'amélioration continue et aux évaluations internes et externes à venir.

Les premiers résultats sont :

- le calendrier prévisionnel des ateliers d'expression est respecté,
- le niveau de participation peut être considéré comme « bon » : la majorité des usagers apporte ou fait part d'un thème lié à la vie de l'établissement qu'il souhaite aborder dans ces temps.

3.3.3 Construire et formaliser des partenariats externes : désinstitutionnaliser en intégrant les apports de l'extérieur

A) Formaliser des conventions et évaluer, copiloter et suivre les partenariats

L'objectif était de consolider et de développer les capacités de réponse du CAJ afin de permettre aux usagers d'accéder à des équipements socioculturels et sanitaires. Il s'agissait d'intégrer ces partenariats de façon plus approfondie et formelle au niveau des PAP des usagers. Les conventions et partenariats avec les structures sanitaires concernent les accueils séquentiels et les séjours de répit. Il s'agissait de définir des objectifs partagés, des règles de fonctionnement formalisant les apports des différents partenaires (usagers et entourage, structures sanitaires, CAJ) et les modalités de transmission d'information, de concertation. Des conventions existent déjà ou sont en cours d'élaboration :

- pour la mise en place de stages de découverte, d'évaluation et de préadmission, avec des établissements sociaux et médico-sociaux (FDV, FAM), ESAT, IME, etc.,
- pour l'accès aux soins et la continuité des traitements médicaux, avec les lieux de soins rattachés au CRA tels que le DAPELA (accueils séquentiels et séjours de rupture), l'équipe Mobile autisme (réunions cliniques et de diagnostics fonctionnels),
- pour la culture et le sport, avec des associations et les équipements municipaux, des conventions. Par exemple : Lyon Escalade, la piscine Les vagues, un centre d'équitation, la compagnie de théâtre Coécie, la Maison des jeunes et de la culture (MJC) de Bron, etc. Des conventions seront également mises en place avec le Comité départemental pour le sport adapté et d'autres établissements sociaux et médico-sociaux pour organiser des rencontres amicales et ludiques.

Pour 2016, il restera à formaliser des conventions avec le Centre hospitalier spécialisé (CHS) Le Vinatier, le Centre médico-psychologique (CMP) de Bron, le CHS de Saint-Jean-de-Dieu (Pôle intersectoriel de soin et de réhabilitation, PISR), des médecins libéraux, des psychologues ou des dispositifs spécifiques (par exemple, promotion de la santé bucco-dentaire). Ces dernières structures peuvent être sollicitées sur demande des usagers et de leurs responsables légaux pour les aider à disposer de soins et suivis liés à des besoins repérés au CAJ.

Les indicateurs de suivi pour les partenaires sanitaires sont :

- les conventions élaborées et signées par les différents partenaires,
- la construction des modalités d'évaluation formelle des actions coconstruites.

Les indicateurs de suivi pour les partenaires socioculturels sont :

- les conventions élaborées et signées,
- l'évaluation formelle et l'ajustement des activités existantes au regard de l'évolution des besoins et attentes des personnes,
- la formalisation d'indicateurs d'effet pour évaluer l'impact des activités proposées.

3.4 Le plan de communication : promouvoir cohésion et cohérence institutionnelles

La communication constitue un moyen indispensable d'assurer la cohésion et la cohérence des actions mises en place. Je la pense et la conduis de manière à prévenir les érosions des objectifs et des processus propres à toute organisation²³¹. Le changement nécessite de lutter contre une tendance à revenir à la situation d'origine, risque d'autant plus avéré que 30 % des professionnels sont encore résistants à la démarche. Cette communication sera destinée à trois cibles : les usagers, leur entourage et les professionnels.

3.4.1 Les usagers

L'enjeu est d'entrer dans une véritable démarche de participation. Pour cela, des séances d'expression formelles ont été mises en place. Au-delà des communications et des échanges qui ont eu comme cadre le CVS, la démarche d'évaluation interne et externe et d'élaboration du Projet d'établissement leur a peu laissé de place. C'est un choix assumé : il me paraissait important de construire une cohésion minimale au niveau des professionnels et de renforcer les capacités des usagers et des professionnels en communication avant de les intégrer dans des groupes de travail. Je compte sur les processus de développement de la communication pour leur laisser une plus grande place formelle dans les futurs groupes de travail liés aux Plans d'amélioration continue. C'est une de mes priorités.

En parallèle, je vais mettre en place des temps de communication institutionnelle deux fois par an, spécifiquement destinés aux usagers. Une enquête de satisfaction destinée aux familles et aux adultes accueillis sera lancée à partir de juillet 2016. Le questionnaire destiné aux adultes sera élaboré à partir des principes d'une communication augmentée. La gestion des réponses sera assurée par le président du CVS pour la meilleure objectivité possible. Les retours seront traités fin 2016 dans le cadre de cette instance et au sein des groupes d'expression et de communication. Ils faciliteront la formulation de propositions d'amélioration et la projection sur le site unifié.²³²

²³¹ SAVALL H., 1989, *Enrichir le travail humain : l'évaluation économique*, 3^e édition : Economica, 275 p., p.31

²³² Nous bénéficierons pour cette démarche de l'assistance du Comité Qualité Associatif qui est né du Comité de Pilotage Associatif de l'Évaluation.

3.4.2 L'entourage

Au-delà du CVS, des journées portes ouvertes et des moments festifs, je vais instaurer deux communications annuelles afin d'informer l'entourage sur le fonctionnement et les actions mises en place dans le cadre du Projet d'établissement. J'envisage de renforcer leur présence dans certains groupes de travail liés en particulier au projet d'accompagnement dans le cadre du Plan d'amélioration continue. Certains usagers et personnes de l'entourage font déjà partie des instances de la démarche projet au sein du comité de pilotage, malgré une certaine résistance des DP et salariés.

3.4.3 Les professionnels

Une partie notable des éléments du plan d'action comporte une dimension communication à travers le renforcement des instances de concertation et de coordination. Ces moyens seront accentués par deux temps forts :

- 1/ en fin d'année N / début d'année N +1 pour faire le bilan de l'année écoulée et présenter les grandes orientations pour celle à venir,
- 2/ au printemps lors d'un moment habituel consacré à la formation et aux démarches qualité. En 2016, il sera consacré au bilan des plans d'action, à l'évaluation de l'installation sur les sites transitoires et au point sur les avancées du projet immobilier.

3.4.4 Prévenir les distorsions liées à la communication orale

Les différentes notes écrites que je produirai renforceront les axes et orientations sur lesquels j'attends des actes et des résultats et aussi les moyens que je compte mobiliser. Mon expérience personnelle m'a appris que le flou et une part trop grande d'implicite en période de changement, pouvaient produire rumeurs, ralentissements, découragements ou stress.

3.5 Conclusion de la troisième partie

Le projet étant en cours de réalisation, les mesures mises en œuvre et celles restant à appliquer sont :

- *spécifiques aux personnes présentant des TED* : modalités de révision du PAP tous les 6 mois, développement des compétences de l'équipe dans la compréhension de la mise en place d'activités et de modalités de communications adéquates, adaptation des locaux et création d'une unité de vie spécifiquement dédiée aux personnes présentant des TED,
- *générales* : reconfiguration des processus clés, des outils de la loi de 2002, élaboration de modalités de construction du PAP et de recueil des besoins, élaboration de conventions de partenariat.

L'évolution favorable du CAJ de Parilly est à consolider : les missions et la complexité des situations des usagers nécessitent un effort constant de la part des salariés pour trouver un équilibre entre leur position d'acteurs professionnels et de personne faite d'émotions.²³³

Le renforcement des processus de coordination et de coopération, la formation et l'analyse de pratiques, la prise de recul des salariés sont des leviers fondamentaux de développement et de maintien du professionnalisme individuel et collectif. Les processus organisationnels et d'accompagnement renforcent ces pratiques.

C'est dans ces liens entre pratiques vivantes et processus, et cadre institutionnel que je souhaite continuer à fonder cette dynamique du « métier vivant » et de l'« organisation apprenante » ; approche la plus adaptée à mon sens à la culture professionnelle et aux enjeux de la pertinence et de l'efficacité du CAJ.

²³³ DESHAYS C., 2010, *Trouver la bonne distance avec l'autre*, Paris : InterÉditions-Dunod, 204 p.

Conclusion : Ancrer le changement et consolider la dynamique d'amélioration des pratiques

Je pourrais résumer le changement en cours comme devant amener une collection d'individus fédérés par des routines communes à une véritable équipe partageant une vision minimale commune (Vincent LENHARDT, 2002).

L'écriture du mémoire m'a montré qu'un des enjeux forts dans mon projet de direction est d'ancrer durablement une vision commune et partagée de l'identité du CAJ, de sa mission, des règles de fonctionnement et des actions prioritaires à consolider. La constitution d'une telle équipe véritablement engagée collectivement sur un projet institutionnel commun ne se décrète pas. La cohésion de cette équipe a été initiée puis renforcée par la mise en place de différents processus de cadrage, de concertation et de débat. Il me revient en tant que directeur de construire, coconstruire, valider et d'animer ces processus pour consolider et maintenir cette dynamique organisationnelle apprenante.²³⁴ Une dynamique qui demande de constamment naviguer entre deux niveaux qui s'enrichissent mutuellement. Le niveau de la gestion du quotidien avec la réponse aux problèmes qui se présentent. Le niveau de la stratégie qui consiste à anticiper et adapter le CAJ de façon à ce qu'il continue à remplir sa mission de manière durable et dans les meilleures conditions.

Un autre enjeu est de savoir choisir la bonne posture relationnelle et de savoir-faire preuve de souplesse en fonction des situations. Ce mémoire m'amène ainsi à penser que poser des actes de direction c'est faire preuve d'affirmation, mais aussi « d'intelligence situationnelle ».²³⁵

Pour jouer mon rôle de façon juste et authentique, je me dois d'adopter la bonne distance relationnelle avec les différents acteurs /sujets compte tenu des moments, des enjeux, des situations et de mon réel pouvoir d'agir.²³⁶ Je dois naviguer entre un rôle d'acteur et une place de sujet. Un acteur investi d'un rôle institutionnel : garantir la mise en œuvre de politiques publiques à travers la mise en œuvre d'un Projet d'établissement réaliste et porteur de dynamisme.

Je conçois la posture de directeur comme un travail permanent que je dois mener pour parvenir à la meilleure intelligence partagée de situations souvent complexes, à partir de la connaissance de soi et des autres en tant qu'acteurs et sujets.²³⁷

²³⁴ LENHARDT V., 2002, *Les responsables porteurs de sens*, 2^e édition enrichie, Paris : INSEP, 432 p.

²³⁵ TISSIER D., 2001, *Management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation*, 3^e édition, Paris : Julhiet INSEP Consulting, 150 p.

²³⁶ DESHAYS C., 2010, *Trouver la bonne distance avec l'autre*, Paris : InterÉditions-Dunod, 204 p.

²³⁷ TISSIER D., 2001, *Management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation*, 3^e édition, Paris : Julhiet INSEP Consulting, 150 p.

Bibliographie

Ouvrages

ARGYRIS C., SCHÖN D. A., 2001, *Apprentissage Organisationnel : Théorie, méthode, pratique*, Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 380, p.

AUBERT N., HOFFMANN-HERVE M., LÉBOUIN-GELABERT C., 2001, *Diriger et Motiver*, 8^e édition, Paris : Éditions d'organisation, 282 p.

AUTISSIER D., BENSEBA F., MOUTOT J.-M., 2012, *Les Stratégies de changement*, Paris : Dunod, 206 p.

BEAUJOLIN F., 2001, *Vers une organisation apprenante*, Paris : Éditions Liaisons, 167 p.

BLANC B., 2003, *Développer la fonction tutorale*, Lyon : Chroniques sociales, 336 p.

CAMBERLAIN P., 2011, *Politiques et dispositifs du handicap en France*, 2^e édition, Paris : Dunod, 156 p.

CHARLEUX F., 2010, *Outils pour réussir l'évaluation en action sociale*, Issy-les-Moulineaux : ESF, 143 p.

CHAUVEAU-CHAVEROCHE, V., 2010, *Les autismes. Abécédaire des théories et concepts*, Paris : Seli Arslan, 223 p.

CLOT Y., 2008, *Travail et pouvoir d'agir*, Paris : PUF, 226 p.

CONSTANT J., 2013, *Voyager en pays autiste*, Paris : Dunod, 175 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Paris : Éditions du Seuil, collection Points politique, 436 p.

DANANCIER J., 2011, *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*, Paris : Dunod, 192 p.

DEJOURS C., 1993, *Travail et usure mentale, nouvelle édition augmentée*, Paris : Bayard, 263 p.

DESHAYS C., 2010, *Trouver la bonne distance avec l'autre*, Paris : InterÉditions-Dunod, 204 p.

FOUDRIAT M., 2011, *Le changement organisationnel dans les ESSMS*, Rennes : Presses de l'EHESP, 313 p.

HAMONET C., 2012, *Les personnes en situation de handicap*, 7^e édition, Paris : PUF, 127 p.

JAEGGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod, 201 p.

LEBOTERF G., 2000, *Compétences et navigation professionnelle*, 3^e édition, Paris : Éditions d'organisation, 332 p.

LEFEVRE P., 2011, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3^e édition, Paris : Dunod, 492 p.

LENHARDT V., 2002, *Les responsables porteurs de sens*, 2^e édition enrichie, Paris : INSEP, 432 p.

LENHARDT V., 2008, *Au cœur de la relation d'aide*, Paris : InterÉditions-Dunod, 228 p.

LIBERMAN R., 2011, *Handicap et Maladie mentale*, 8^e édition, Paris : PUF, 128 p.

LOCHEN V., 2010, *Comprendre les politiques d'action sociale*, 3^e édition, Paris : Dunod, 458 p.

LOUBAT J.R., 2012, *Élaborer un projet d'établissement ou de service*, 3^e édition, Paris : Dunod, 409 p.

MARFOGLIA F., ROCHE B., 2006, *L'art de manager*, Paris : Ellipses, 137 p.

MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Éditions d'organisation, 434 p.

MINTZBERG H., 2006, *Le Management, voyage au centre des organisations*, Paris : Éditions d'organisation, 704 p.

MURPHY ROBERT F., 1990, *Vivre à corps perdu*, Paris : Plon, 392 p.

REY A., 2012, *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris : Le Robert, 2 837 p.

ROGÉ B., 2008, *Autisme, comprendre et agir*, 2^e édition, Paris : Dunod, 227 p.

ROGERS C., 2005, *Le développement de la personne*, Paris : InterÉditions-Dunod, 274 p.

SAVALL H., 1989, *Enrichir le travail humain : l'évaluation économique*, 3^e édition : Economica, 275 p.

SAVIGNAT P., 2009, *Évaluer les établissements et les services*, Paris : Dunod, 370 p.

SAVIGNAT P., 2012, *L'action sociale a-t-elle encore un avenir ?*, Paris : Dunod, 215 p.

STIKER H-J., PUIG J., HUET O., 2009, *Handicap et accompagnement, nouvelles attentes, nouvelles pratiques*, Paris : Dunod, 180 p.

TISSIER D., 2001, *Management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation*, 3^e édition, Paris : Julhiet INSEP Consulting, 150 p.

TURNER V., 1990, *Le phénomène rituel, structure et contre structure*, Paris : PUF, 206 p.

VERGONJEANNE F., 2010, *Coacher les groupes et les organisations : la théorie organisationnelle d'Éric Berne*, Paris : InterÉditions-Dunod, 289 p.

Articles

BARBE L., 2011, « Réflexions pour des évaluations attentives à la complexité », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 426/427, pp. 41-58

FAVARD A.-M., 2011, « Pour une posture clinique qualitative dans l'évaluation des pratiques et des politiques publiques du champ social et sanitaire », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 426/427, pp. 59-74

SAVIGNAT P., 2011, « Évaluer les effets de l'action sociale : une question stratégique », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 426/427, pp. 25-38

Mémoires

FARGETON A., 2013, *Conduire l'indispensable évolution des pratiques pour l'accueil d'enfants porteurs de TED dans un IME à double agrément*, mémoire CAFDES : EHESP, 120 p.

VESIN J.-P., Année universitaire 2013-2014, *La vie dans un centre d'accueil de jour : Enfance prolongée ou transition vers l'âge adulte ?*, mémoire Master 2 Professionnel « Situations de handicap, éducation inclusive » : université Lyon 2, 98 p.

Documents électroniques : lois, décrets, arrêtés et autres textes réglementaires

LOI n° 75-534 du 30 juin 1975 relative à l'orientation en faveur des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel du 1^{er} juillet 1975, 6603, [visité le 12.04.2013], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

LOI n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel du 1^{er} juillet 1975, 6607, [visité le 13.04.2013], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

LOI n° 89-18 du 13 janvier 1989 relative aux diverses mesures d'ordre social [en ligne]. Journal officiel du 14 janvier 1989, [visité le 13.04.2013], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel du 3 janvier 2002, 124-142, [visité le 14.04.2013], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel n° 36 du 12 février 2005, [visité le 15.04.2013], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Bulletin Officiel n° 2007/5. [visité le 10.05.2012], disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/file/textes_de_reference/decret_150507.pdf, 8 p.

Rapports, notes de cadrage, recommandations, articles disponibles sur internet

ADAPEI du Rhône, 2013, *Rapport annuel 2013, Assemblée générale du 10 juin 2014*, [visité le 10.07.2015], disponible sur internet : <http://www.adapeidurhone.fr>, 64 p.

ANACT, 2009, *Transfert des savoir-faire d'expérience*, [visité le 15.04.2012], disponible sur internet : <http://www.anact.fr>, 83 p.

ANESM et HAS, 2015, *Note de cadrage : Autisme et autres TED : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte*, [visité le 05.08.2015], disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>, 31 p.

ANESM et HAS, 2012, *Autisme – Questions/réponses*, [visité le 30/12/2012], disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 5 p.

ANESM, 2009, *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement*, [visité le 13/01/2013], disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 64 p.

ANESM, 2009, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, [visité le 13/01/2013], disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 52 p.

ANESM, 2009, *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du CASF*, [visité le 11/02/2012], disponible sur internet, <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 78 p.

ANESM, 2010, *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>, 80 p.

ARS RHÔNE-ALPES, mars 2015, *Plan d'action régional Autisme Rhône-Alpes 2014-2017*, [visité le 10.08.2015], disponible sur internet : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>, 44 p.

ARS RHÔNE-ALPES, juillet 2012, SROMS 2012-2017, [visité le 10.08.2015], disponible sur internet : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>, 262 p.

ASSOCIATION FRANÇAISE DES AIDANTS, Temps pour soi et répit, [visité le 03.09.2015], disponible sur internet : <http://www.aidants.fr>

BONVIN J.-M., 2005, « La démocratie dans l'approche d'Amartya Sen », *L'Économie politique* (n° 27), pp. 24-37, [visité le 28.07.2013], disponible sur internet : www.cairn.info

CARLOTTI M.-A., ministre déléguée en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, 2013, Document de synthèse du Plan autisme 2013-2017, [visité le 28.08.2013], disponible sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr>, 15 p.

CONSEIL FRANÇAIS DES PERSONNES HANDICAPÉES POUR LES QUESTIONS EUROPÉENNES, avril 2008, Institutions désinstitutionnalisation : Une proposition française relative aux choix de vie des personnes en situation de handicap au regard des Droits de l'Homme et de la pensée européenne, [visité le 10.05.2013], disponible sur internet : <http://www.cfhe.org>, 53 p.

CONSEIL GÉNÉRAL DU RHÔNE, Schéma départemental du Rhône, 2009/2013, Accompagner vers l'autonomie personnes âgées et personnes handicapées, [visité le 10.11.2012], disponible sur internet : <http://www.rhone.fr>, 270 p.

FEGAPEI, 2012, Solutions d'accompagnement pour les personnes adultes avec autisme et autres TED, [visité le 28.08.2013], disponible sur internet : <http://www.fegapei.fr>, 184 p.

FEGAPEI, Référentiel Quali-Eval développé, [visité le 05/01/2012], disponible sur internet : <http://www.fegapei.fr>

HAS, 2011, Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte, [visité le 10.07.2014], disponible sur internet, <http://www.has-sante.fr>, 119 p.

HAS, Indicateurs génériques, [visité le 10.04.2014], disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>, 3 p.

HAS, 2010, État des connaissances. Autisme et autres TED, [visité le 14/01/2013], disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>, 186 p.

INSEE ANALYSE RHÔNE-ALPES, février 2015, Précarité dans le Grand Lyon : vers une réduction, mais plus de concentration, [visité le 01.09.2015], n° 22, disponible sur internet : <http://www.insee.fr>, 4 p.

LAGADEC A.-M., 2009, L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences ; ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs, Recherche en soins infirmiers, [visité le 14.05.2014], disponible sur internet : <http://www.cairn.info>, pp.4-22

LA LETTRE DU CEDIP, janvier 2001, L'organisation apprenante, n° 16, [visité le 23.05.2015], disponible sur internet : <http://www.cedip.equipement.gouv.fr>, 4 p.

MONNET M., 2008, « La théorie des « capacités » d'Amartya Sen face au problème du relativisme », *Tracés*, [visité le 28.07.2013] disponible sur internet : <http://traces.revues.org>

MORDIER B., Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2013, L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010, [visité le 28.08.2013], disponible sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr>, 6 p.

PECS, 2009/2010, Le système de communication par échanges et l'approche pyramidale de l'éducation, [visité le 15.06.2015], disponible sur internet : <http://www.pecs-france.fr>, 12 p.

Sites internet

ADAPEI du Rhône, disponible sur internet : <http://www.adapeidurhone.fr>

ASSOCIATION AUTISME APPRENDRE AUTREMENT, Qu'est-ce que l'ABA ?, [visité le 30.06.2015], disponible sur internet : <http://www.abaautisme.org>

ASSOCIATION AVENIR DYSPHASIE, Qu'est-ce que le MAKATON ?, [visité le 10/04/2015], disponible sur internet : <http://www.makaton.fr>

BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE, *Organisation mondiale de la santé*, [visité le 10.06.2014], disponible sur internet : <http://www.euro.who.int/fr/home/>

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE, 2011, Mots clés de l'aide à l'autonomie, [visité le 26.11.2012], disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr>

COLLECTIF LEARNENJOY, Méthode TEACCH : l'approche développementale, [visité le 30.06.2014], disponible sur internet : <http://learnenjoy.com>

CENTRE DE RECHERCHE POUR L'INTÉGRATION DES DIFFÉRENCES DANS LES ESPACES DE VIE, 2011, Présentation synthétique de la démarche HQU (Haute qualité d'usage) de la mission d'AMU (Assistance à maîtrise d'usage), [visité le 10.04.2014], disponible sur internet : <http://www.habitation.gouv.qc.ca>

FEHAP, 2015, Actualiser son projet d'établissement/service, [visité le 01.10.2015], disponible sur internet : <http://www.fehap.fr>

LOUYS J. (2014). Législation psy, [visité le 10.07.2014], disponible sur internet : <http://www.legislation-psy.com>

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS DE PERSONNES HANDICAPÉES ET DE LEURS AMIS, Le handicap mental : sa définition, [visité le 19.11.2012], disponible sur internet : <http://www.unapei.org>

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS DE PERSONNES HANDICAPÉES ET DE LEURS AMIS, 2012, Modèle d'accompagnement personnalisé, [visité le 11/02/2014], disponible sur internet : <http://www.unapei.org>

Liste des annexes

- Annexe 1 : Caractéristiques de la population accueillie au CAJ
- Annexe 2 : Typologie des niveaux d'autonomie des personnes avec autisme et autres TED
- Annexe 3 : Offre médico-sociale nationale en direction des personnes présentant des TED
- Annexe 4 : Orientation en CAJ des jeunes accueillies dans les IME de l'ADAPEI du Rhône
- Annexe 5 : Organigramme de l'ADAPEI du Rhône au 30 août 2013
- Annexe 6 : Organigramme du CAJ au 1er janvier 2015
- Annexe 7 : Organisation des sites au 31 juillet 2015
- Annexe 8 : Les catégories d'activités proposées au CAJ
- Annexe 9 : Pyramide des âges du personnel
- Annexe 10 : Évolution de l'absentéisme du personnel de 2011 à 2015
- Annexe 11 : Évolution du taux d'occupation et perspectives
- Annexe 12 : Déroulement / Planification au 6 mai 2016
- Annexe 13 : Organisation de la démarche d'évaluation interne
- Annexe 14 : Évaluation interne du CAJ Parilly : synthèse à partir des questionnaires
- Annexe 15 : Illustration du séminaire lancement du Projet d'établissement du 29 avril 2013
- Annexe 16 : Note de présentation du séminaire « Projet d'établissement » à l'équipe
- Annexe 17 : Note sur le calendrier de réécriture du Projet d'établissement et du PAC
- Annexe 18 : Appréciation globale de l'évaluation externe du CAJ de Parilly
- Annexe 19 : Programme du séminaire du 11 au 15 avril 2016
- Annexe 20 : Exemples de modes d'accompagnement de personnes avec TED
- Annexe 21 : Note à l'intention de l'équipe sur le processus d'admission
- Annexe 22 : Note à l'intention de l'équipe sur l'élaboration du PAP
- Annexe 23 : Continuité du parcours / Extrait du Projet d'établissement
- Annexe 24 : Note à l'équipe sur le rôle du référent
- Annexe 25 : Illustration des activités dans le nouveau livret d'accueil
- Annexe 26 : Programme de la formation sur la bientraitance
- Annexe 27 : Programme de formation « TED : de la compréhension à la pratique »
- Annexe 28 : Grille d'analyse des activités du CAJ Parilly
- Annexe 29 : Grille de positionnement professionnel par rapport au poste proposé
- Annexe 30 : Organisation du CAJ en unités de vie
- Annexe 31 : Évolution des ressources humaines en janvier 2017
- Annexe 32 : Organigramme cible du CAJ de Parilly (janvier 2017)
- Annexe 33 : Financement des mesures du Projet d'établissement
- Annexe 34 : Éléments méthodologiques

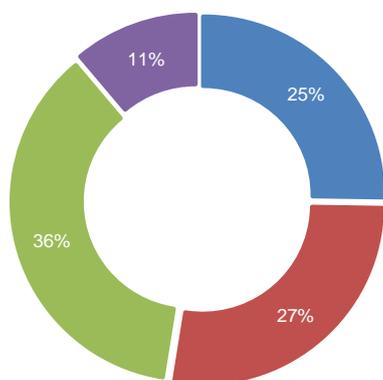
Annexe 1 : Caractéristiques de la population accueillie au CAJ²³⁸

Le CAJ au moment de l'étude de population accueillait 99 personnes âgées de 20 à 57 ans. Les âges moyens et médians sont de 34 ans.

Les personnes sont, en grande majorité, sous tutelle ou curatelle d'un membre de leur famille. 20 % environ n'ont pas de protection administrative. Sept personnes sont suivies par un organisme de tutelle. Plus de la moitié utilise un car affrété par l'ADAPEI en collaboration avec une compagnie de transport, 23 partent à pied pour prendre les bus, 12 sont accompagnées par leur famille et 6 sont convoyées par un taxi.

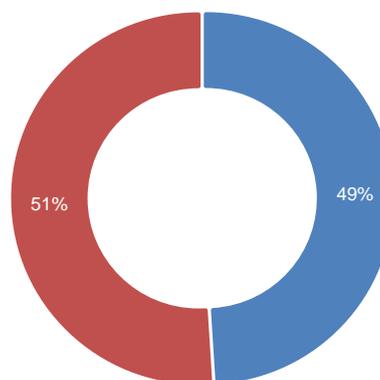
Répartition par âge et par sexe

Nb de personnes par tranche d'âge



■ 20-25 ans ■ 26-35 ans ■ 36-45 ans ■ 46 ans et plus

Répartition femmes-hommes

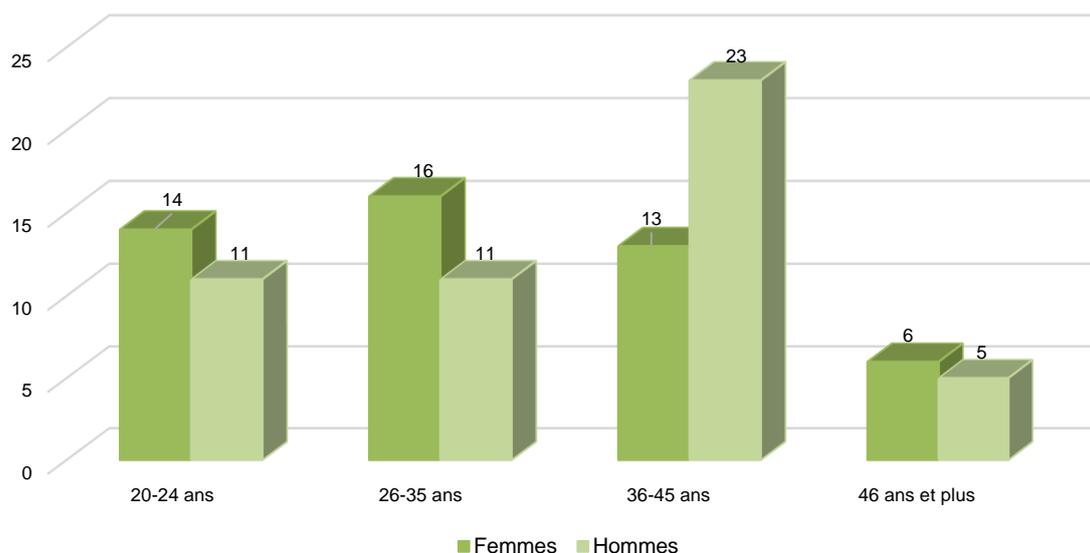


■ Femmes ■ Hommes

Répartition des hommes et des femmes, par tranche d'âge

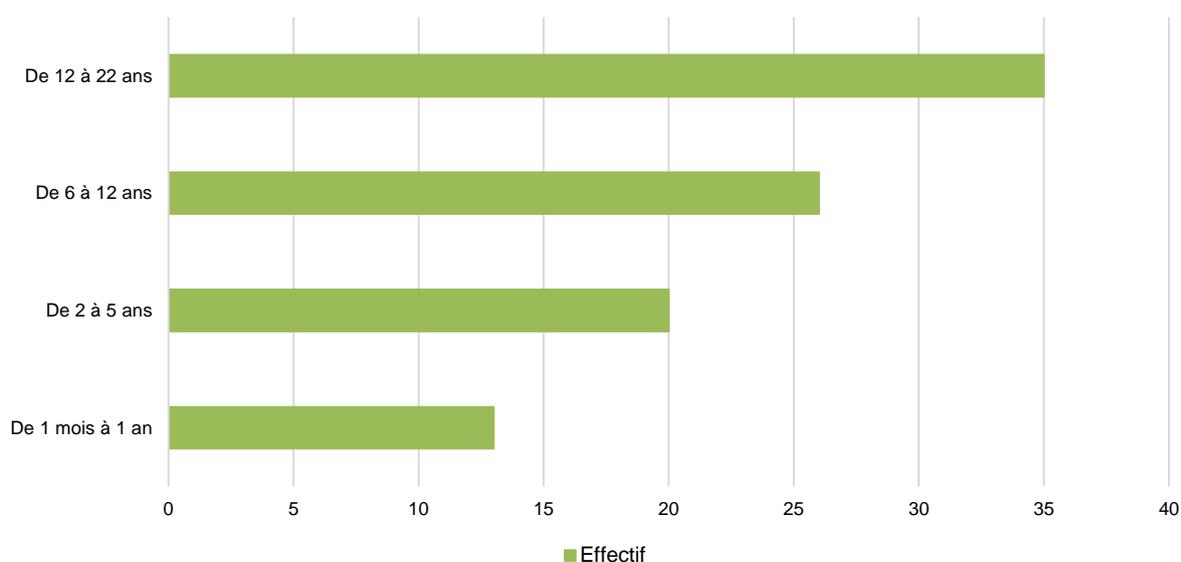
Dans les tranches d'âge 18-25 ans et 26-35 ans, les femmes sont les plus nombreuses. Par contre, dans la tranche 36-45 ans, il y a presque deux fois plus d'hommes que de femmes. À partir de 46 ans, il y a sensiblement un équilibre.

²³⁸ D'après l'étude de population 2014, peu de changements qualitatifs entre 2015 et 2016 au regard des mouvements enregistrés. Changement à évaluer à partir de septembre 2017 avec l'accueil 6 personnes relevant de l'amendement Creton.



Répartition par ancienneté

L'ancienneté moyenne est de 9,7 ans et l'ancienneté médiane de 9,5 ans. Plus d'un tiers des personnes sont présentes depuis au moins de cinq ans.

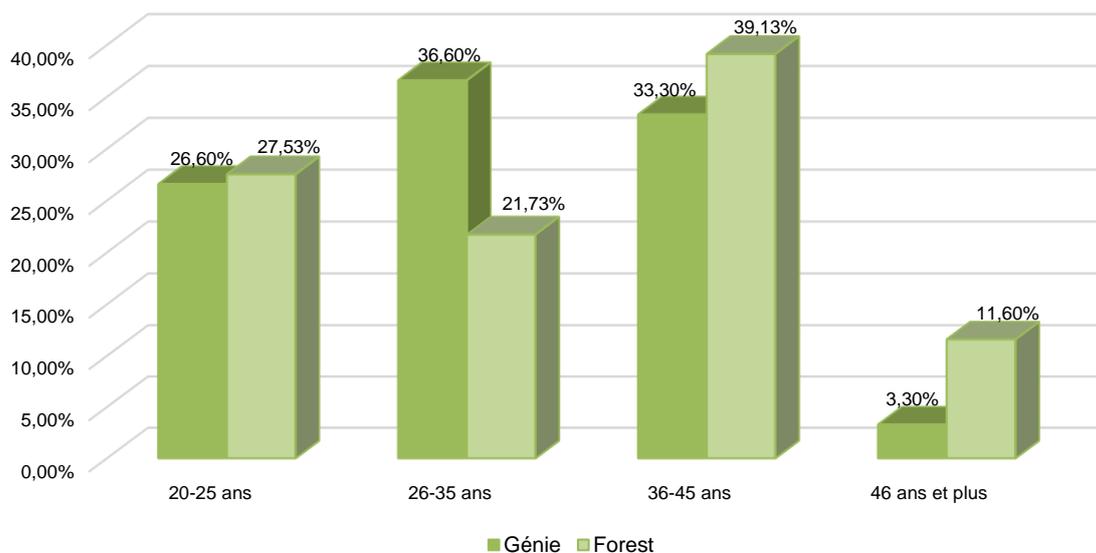


Perspectives de renouvellement de la population

Le renouvellement de la population lié à l'âge ne sera pas très important dans les cinq années à venir, car il ne concernerait que trois personnes, et cinq dans une dizaine d'années.

Année de naissance	Âge
1957	57
1959	55
1962	52
1963	51
1964	50

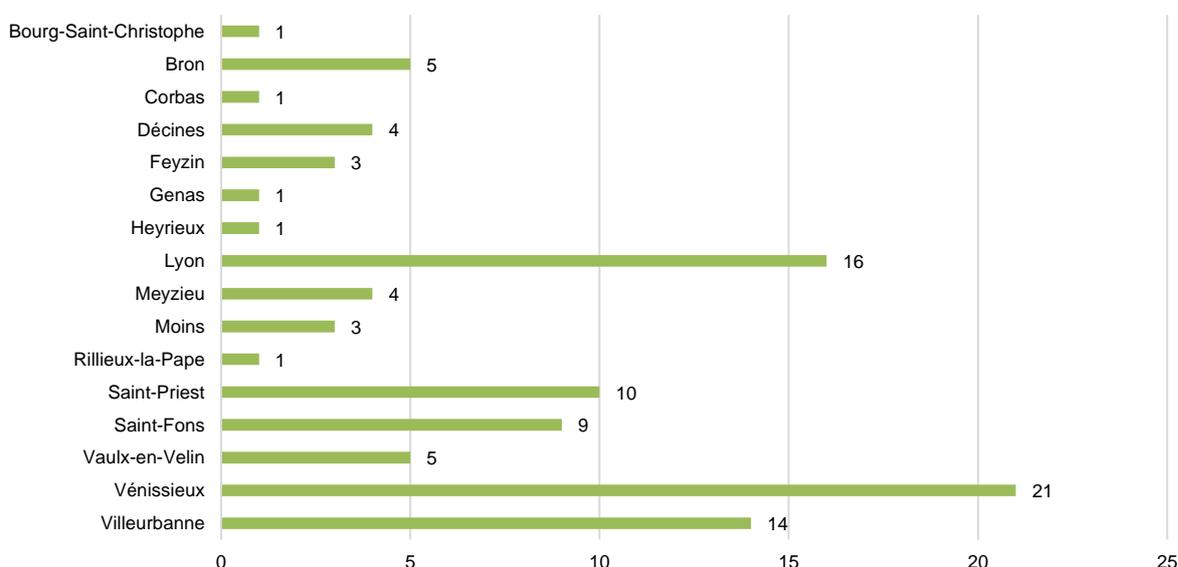
Comparaison des tranches d'âges entre les sites du Forest et du Génie



Le site du Génie accueille une population plus jeune (âge moyen de 32 ans, âge médian de 31 ans). Le site du Forest, quant à lui, regroupe des personnes plus âgées (âge moyen de 34,5 ans et âge médian de 36 ans). Vingt-trois personnes ont plus de 40 ans. Sur les deux sites, femmes et hommes sont répartis équitablement : 15 femmes et 15 hommes au Génie, 34 femmes et 35 hommes à Forest.

Répartition par provenance géographique

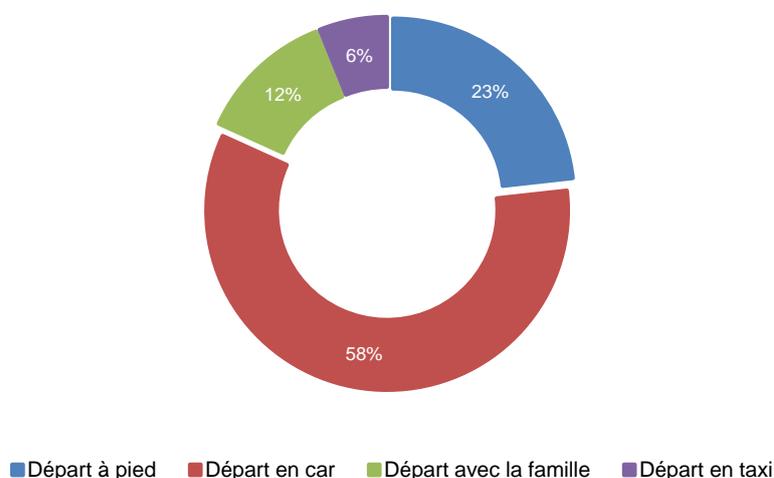
Les personnes accueillies proviennent majoritairement des communes de l'Est lyonnais.



Les personnes viennent en moyenne de 11,5 km. Soixante-dix ont un trajet inférieur ou égal à 7 km. Elles habitent à Vénissieux, Lyon, Saint-Fons, Saint-Priest et Villeurbanne. Mais il faut tenir compte des temps de trajet en ville pouvant être longs. Les habitants de Lyon vivent dans des arrondissements proches du CAJ (8^e, 7^e et 3^e).

Répartition par moyen de locomotion

76,7 % des personnes quittent le CAJ accompagnées, 23,3 % par leurs propres moyens. Cela constitue un indicateur d'indépendance.



Suivis médicaux extérieurs²³⁹

- 48 % disposent d'un suivi par un médecin généraliste régulier
- 5 % bénéficient d'un suivi psychiatrique
- 23 % ont bénéficié de soins dentaires
- 5 % sont suivis en soins psychothérapeutiques et neuropsychologiques
- un accompagnement séquentiel formalisé pour 6 usagers

Proportion d'usagers aidés dans les actes de la vie quotidienne²⁴⁰

- Prendre leurs repas : 14 %
- Se laver, s'habiller : 5 %
- Aller aux toilettes : 2 %
- Gérer ses affaires personnelles : 10 %

²³⁹ Données de 2015, peu de modifications compte tenu des mouvements observés en 2016.

²⁴⁰ Données de 2015, même remarque que ci-dessus.

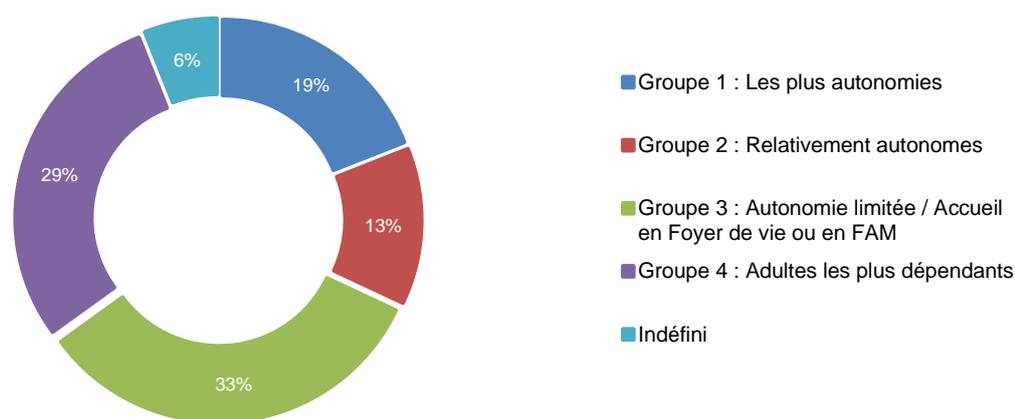
Annexe 2 : Typologie des niveaux d'autonomie des personnes avec autisme et autres TED au niveau national

Données extraites de la synthèse du Centre d'études de documentation, d'information et d'action sociales (CEDIAS) CREAHI Ile-de-France, à partir de l'enquête auprès des établissements et services pour adultes handicapés réalisée par la DREES (Direction de la recherche, études, évaluation, statistiques).

Les situations d'adultes avec « autisme et autres TED » accueillis dans les ESSMS (Établissements et services sociaux et médico-sociaux)²⁴¹ ont été formalisées en quatre groupes :

- *Groupe 1* : adultes les plus autonomes. Quasiment aucune personne appartenant à ce groupe n'a un retard mental profond, 36 % ont un retard mental léger (contre 29 % pour l'ensemble) et 33 % un retard mental moyen,
- *Groupe 2* : adultes relativement autonomes, ayant plus souvent un retard mental moyen et des problèmes de comportement,
- *Groupe 3* : adultes ayant une autonomie limitée, avec un accueil majoritairement en foyer de vie ou en foyer d'accueil médicalisé,
- *Groupe 4* : « adultes avec autisme ou autres TED », les plus dépendants.

Répartition des adultes avec TED selon leur autonomie



Les usagers du CAJ présentant des TED se répartissent quasiment à égalité entre les groupes 2 et 3.

²⁴¹ Centre d'études de documentation, d'information et d'action sociales, Centre régional d'études et d'animation sur le handicap et l'insertion Ile-de-France, PEINTRE C, BOUQUET-YSOS C, ROUGIER F. Les personnes en situation de handicap complexe accompagnées par les structures médico-sociales françaises (repérables dans l'enquête ES 2010). Paris : CEDIAS – CREAHI Île-de-France : 2014. Cité dans Note de cadrage : État des lieux sur l'organisation des soins et de l'accompagnement social et médico-social, p. 8

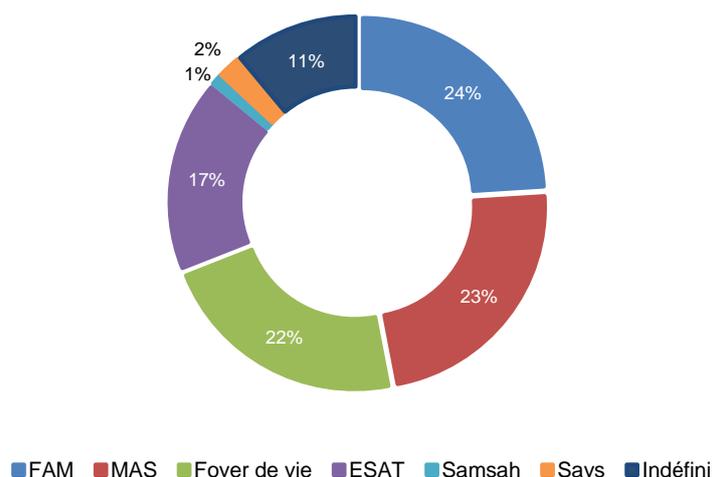
Annexe 3 : Offre médico-sociale nationale en direction des personnes présentant des TED

L'enquête ES 2010 a recensé :

- 12 838 adultes avec « autisme et autres TED » accueillies ou accompagnées dans une structure médico-sociale pour adultes handicapés (soit 4 % des places occupées),
- 35 394 adultes décrits avec « psychose infantile » qui pourraient correspondre en partie à des personnes adultes avec TED, mais sans que le diagnostic ne soit posé (11 % des places occupées).²⁴²

L'accueil est principalement réalisé dans les structures non dédiées pour personnes sans capacité de travail et en hébergement collectif.

Répartition des personnes avec TED et autres autismes selon les établissements et structures d'accueil



22 % des personnes avec TED et autres autismes sont accueillies dans une structure analogue au CAJ de Parilly.

L'enquête du CEDIAS- CREAHI Île-de-France a montré que 7 % des jeunes « avec autisme ou autres TED » bénéficiaient de l'amendement Creton (contre 5 % pour l'ensemble des bénéficiaires des équipements pour enfants handicapés).²⁴³

²⁴² Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, MAKDESSI Y., MORDIER B. Les établissements et services pour adultes handicapés. Résultats de l'enquête ES 2010. Document de travail série statistiques n°180. Paris : DREES; 2013. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat180.pdf>, 8 *ibid.*, 9, cité dans ANESM et HAS, 2015, *Note de cadrage : Autisme et autres TED : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte*, disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>, 31 p.

²⁴³ ANESM et HAS, 2015, *Note de cadrage : Autisme et autres TED : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte*, disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>, 31 p., p. 8

Annexe 4 : Orientation en CAJ des jeunes accueillies dans les IME de l'ADAPEI du Rhône

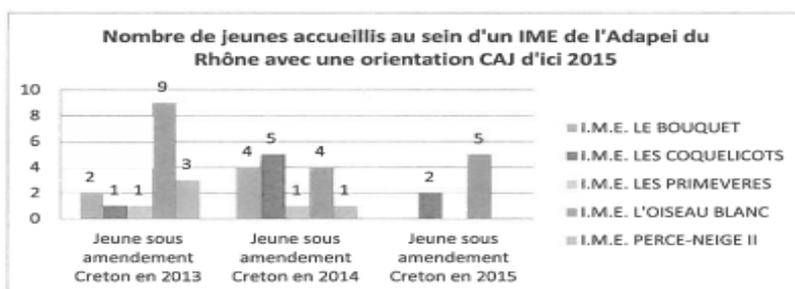


ANALYSE DE L'ORIENTATION EN CAJ DES JEUNES ACCUEILLIS AU SEIN DES IME DE L'ADAPEI DU RHONE 2013-2014- 2015

1/ Projection de l'orientation en CAJ des jeunes sous amendement Creton d'ici 2015 (hors IME accueillant des personnes polyhandicapées)

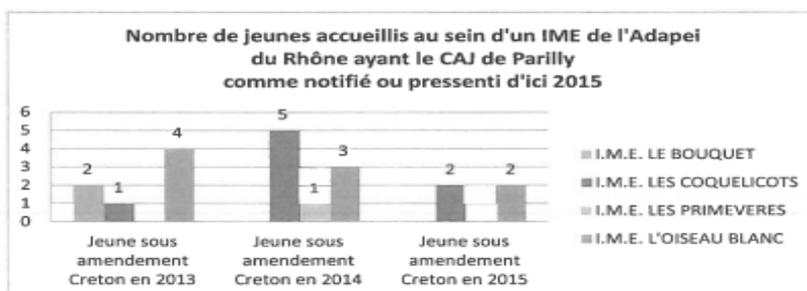
D'ici fin 2015, **38 jeunes** actuellement accueillies dans les IME de l'Adapei du Rhône (hors IME les Sittelles, IME l'Espérance) ont ou auront une orientation vers un Centre d'activité de jour.

- En 2013, **16 jeunes** ayant 20 ans ou plus ont une orientation vers un CAJ.
- En 2014, les équipes pressentent pour **15 jeunes** (qui auront 20 ans au cours de l'année) une orientation en CAJ.
- En 2015, les équipes pressentent pour **7 jeunes** (qui auront 20 ans au cours de l'année) une orientation en CAJ.



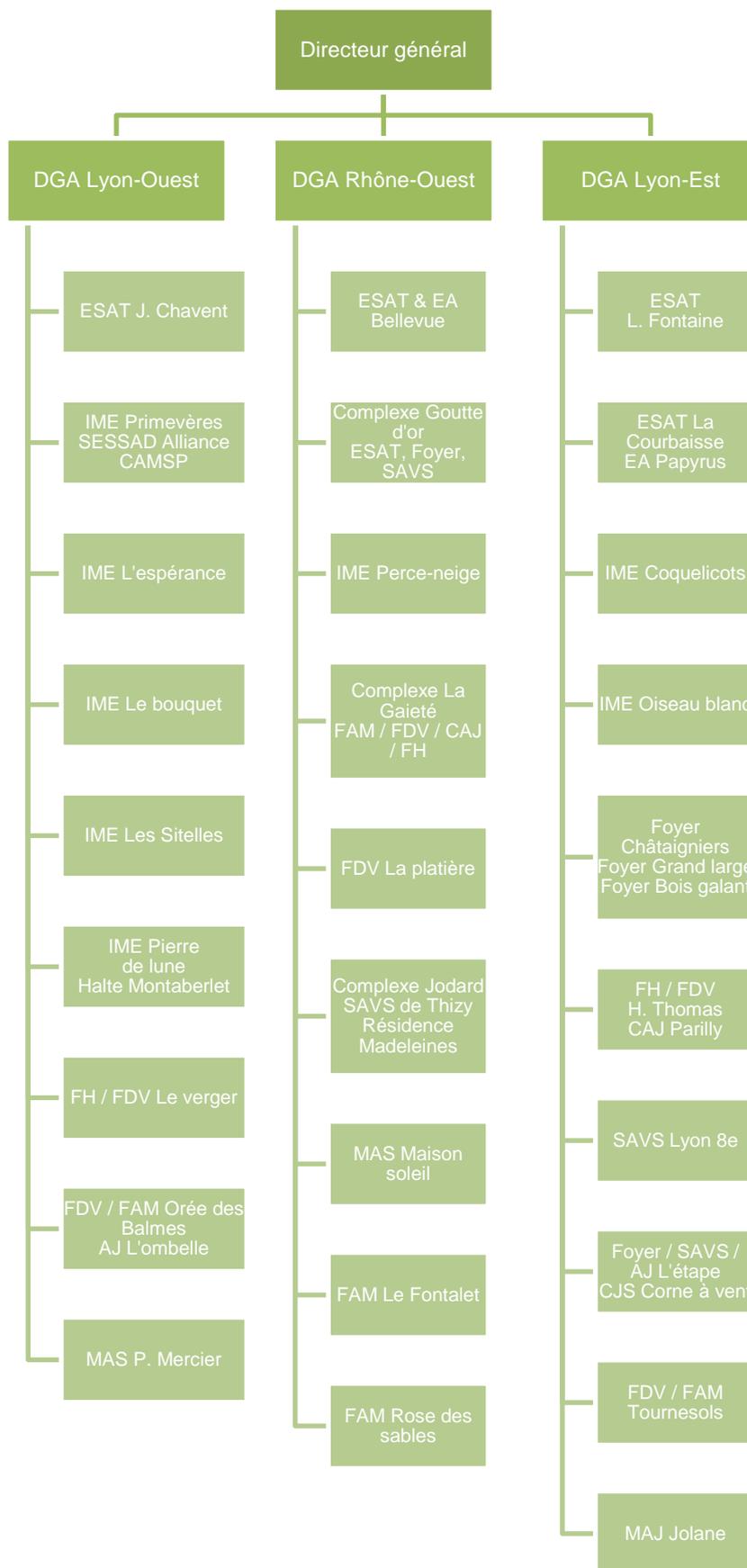
2/ Projection de l'orientation au CAJ de Parilly (notifications pressenties) d'ici 2015

Sur ces 38 jeunes, **20 jeunes** ont ou auront le CAJ de Parilly comme établissement notifié ou pressenti par les équipes ou les parents d'ici fin 2015. De plus, pour 7 autres jeunes, il existe encore une hésitation d'orientation en Esat et CAJ.

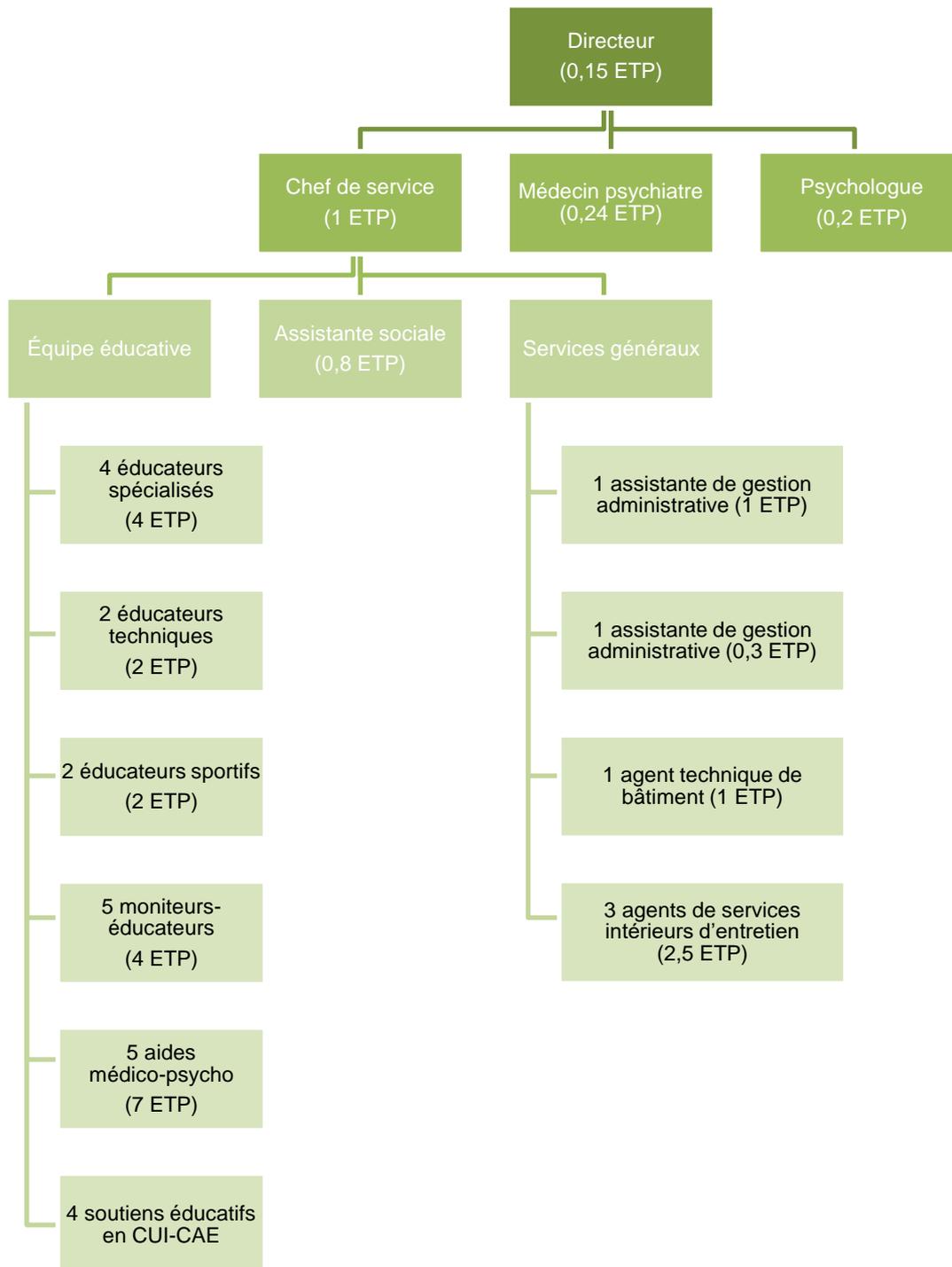


A noter, tous les jeunes accueillies au sein de l'IME les Coquelicots, orientés en CAJ, ont le CAJ de Parilly notifié sur leur décision CDAPH.

Annexe 5 : Organigramme de l'ADAPEI du Rhône au 30 août 2013



Annexe 6 : Organigramme du CAJ au 1^{er} janvier 2015



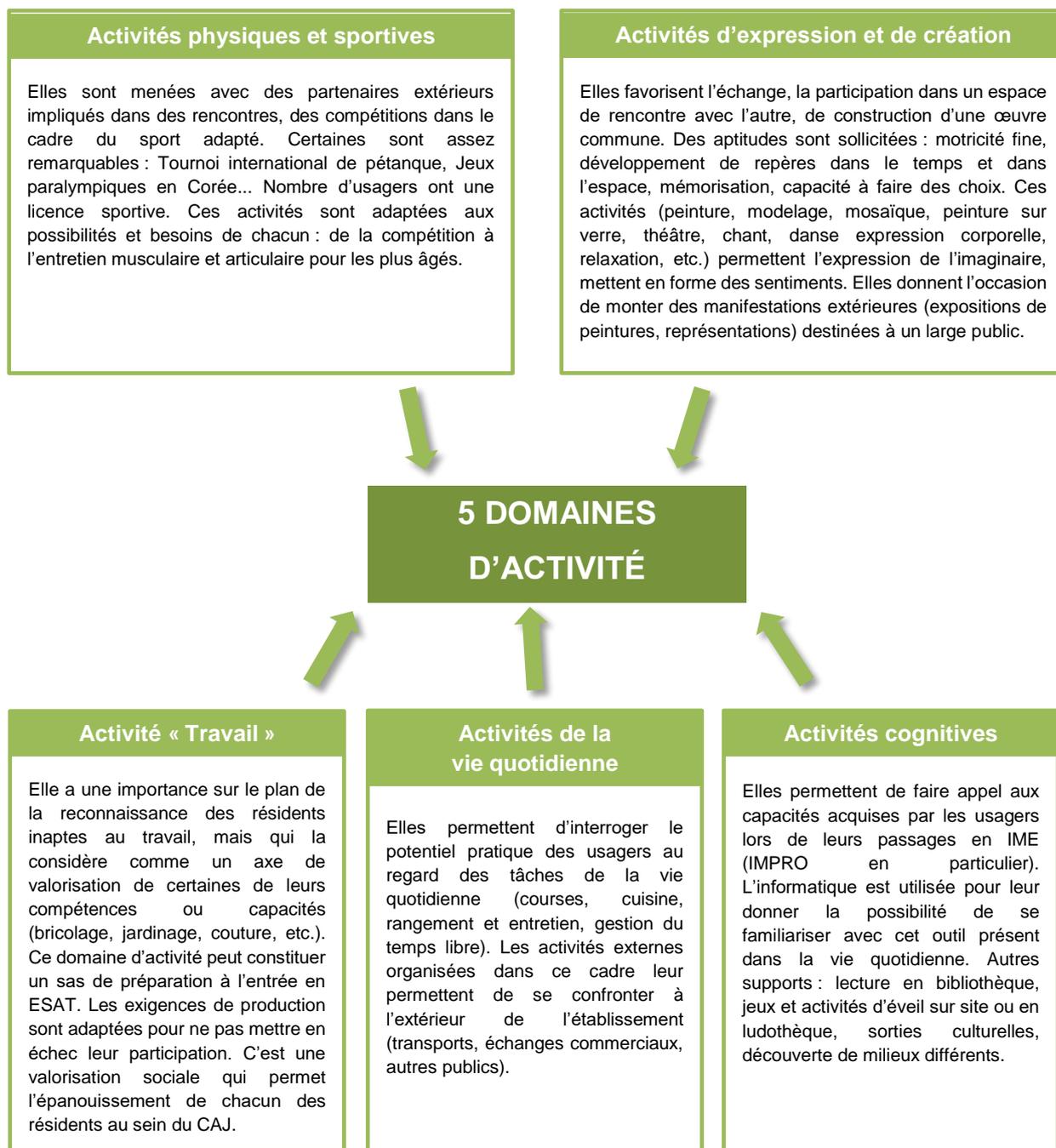
Annexe 7 : Organisation des sites au 31 juillet 2015

Site	Groupe de références	Nombre de résidents	Professionnels	Professionnels mutualisés
Forest	1	14 (Taux encadrement : 1/5)	1 ES 1 ME 1 CUI-CAE en soutien éducatif	1 éducateur sportif sur les 5 groupes de la rue Forest
	2	14 (Taux encadrement : 1/5)	1 ES 1 AMP 1 CUI-CAE en soutien éducatif	
	3	14 (Taux encadrement : 1/5)	1 EST 1 AMP 1 CUI-CAE en soutien éducatif	
	4	14 (Taux encadrement : 1/5)	1 ME 1 AMP 1 CUI-CAE	
	5²⁴⁴	14 (Taux encadrement : 1/3.5)	1 EST 1 AMP 1 ME 1 CUI-CAE	
Génie		32 (Taux encadrement : 1/5)	2 ES 3 AMP 1 éducateur sportif	
Forest + Génie		102 usagers max (Taux encadrement : 1/4.5)	18 ETP salariés éducatifs en CDI + 4 ETP salariés en CUI-CAE en soutien	
			22 ETP éducatif	

Taux d'encadrement considéré ici à partir du ratio nombre de professionnels éducatifs en CDI et en CUI-CAE / nombre d'usagers accompagnés.

²⁴⁴ Premier étage du site Forest : zone la plus calme. Taux d'encadrement plus fort, car plus de personnes avec TED à cette période.

Annexe 8 : Les catégories d'activités proposées au CAJ²⁴⁵



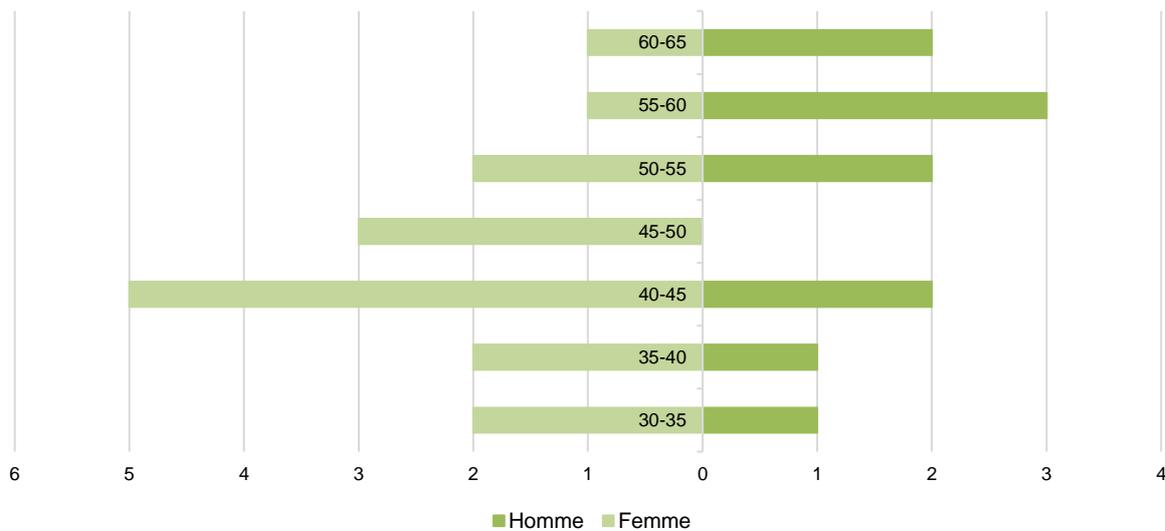
²⁴⁵ Extrait du Projet d'établissement 2015/2019 du CAJ de Parilly.

Annexe 9 : Pyramide des âges du personnel

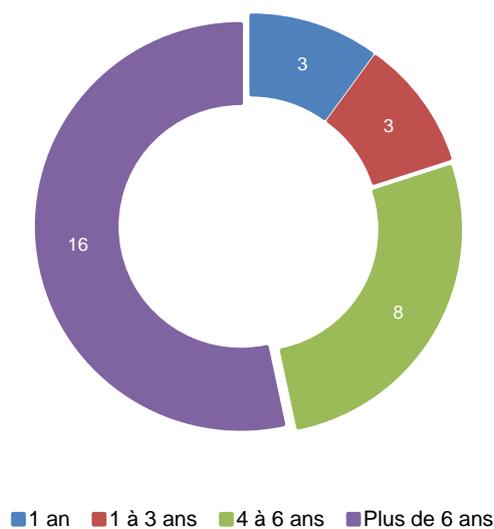
(au 31 décembre 2015)

La pyramide montre un important phénomène de vieillissement. Trois salariés ont plus de 60 ans. Deux d'entre elles ont des problèmes de santé qui vont conduire à un passage à temps thérapeutique à terme.

Pyramide des âges du personnel

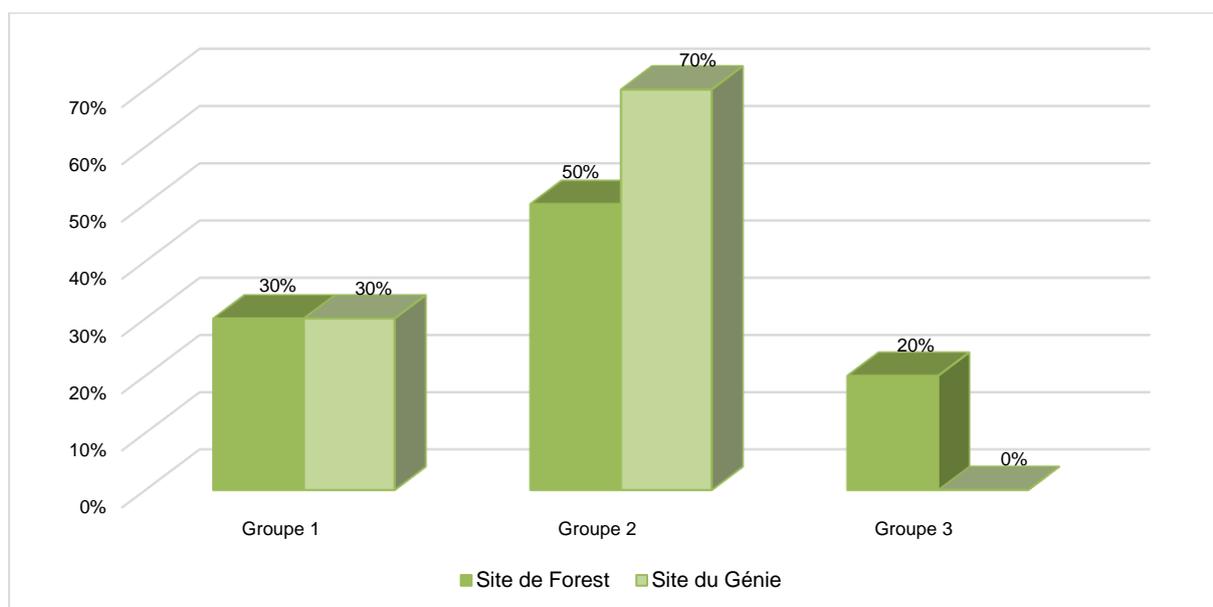


Ancienneté du personnel



Répartition des positions par rapport au métier et au changement

- *Groupe 1 : contribution forte / surcontribution. En position active par rapport au changement.* Ces salariés se situent dans une perspective d'évolution professionnelle/personnelle et ils ont tendance à s'inscrire de façon active dans des démarches telles que l'évaluation interne. On retrouve dans cette catégorie les professionnels qui ont tendance à intégrer le pôle développement via les activités proposées dans l'élaboration des PAP (30 %).
- *Groupe 2 : contribution conforme au périmètre de leur poste.* Partisans du statu quo, ils vont privilégier le pôle occupationnel de l'activité.
- *Groupe 3 : en sous-contribution ou contribution non adaptée. Très résistant au changement.* Ils sont confrontés à des problèmes d'organisation des parcours des usagers et d'animation des activités. Ils ont tendance à se replier sur eux-mêmes et à « défendre leur territoire » (disputes pour tel espace dans tel local...). Ces comportements engendrent des tensions et des conflits au sein de l'équipe. Leur absentéisme est plus élevé. Ils privilégient le pôle occupationnel de l'activité.²⁴⁶

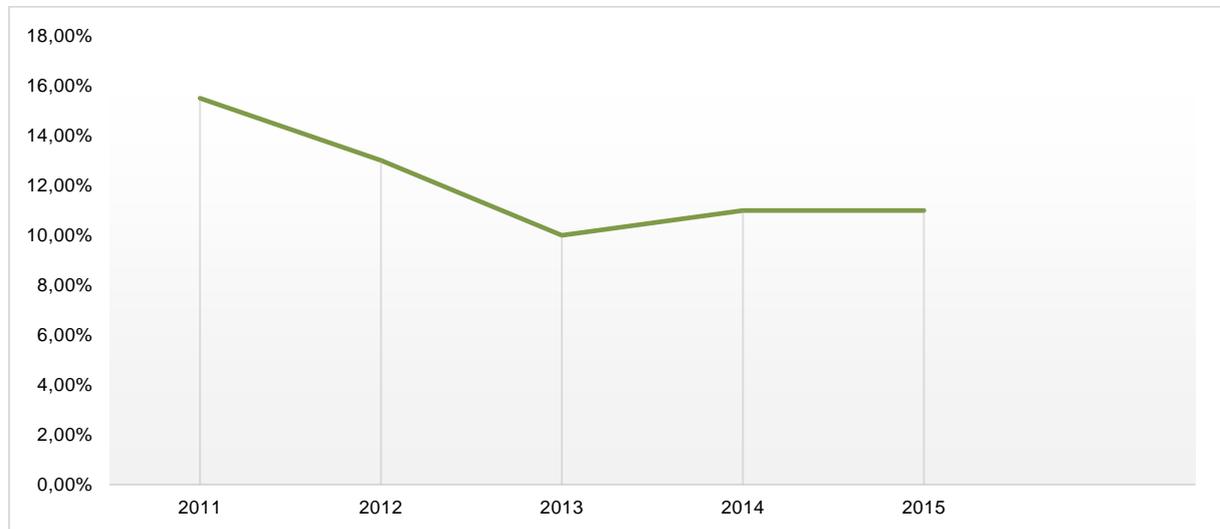


Le site du Génie est plus homogène : l'ensemble de l'équipe se situe dans la deuxième catégorie pour 70 % et dans la première pour 30 %.

²⁴⁶ À partir de l'approche développée par AUBERT N., HOFFMANN-HERVE M., LEBOUIN-GELABERT C., 2001, *Diriger et Motiver*, 8^e édition, Paris : Éditions d'organisation, 282 p.

Annexe 10 : Évolution de l'absentéisme du personnel de 2011 à 2015

Évolution de l'absentéisme des salariés

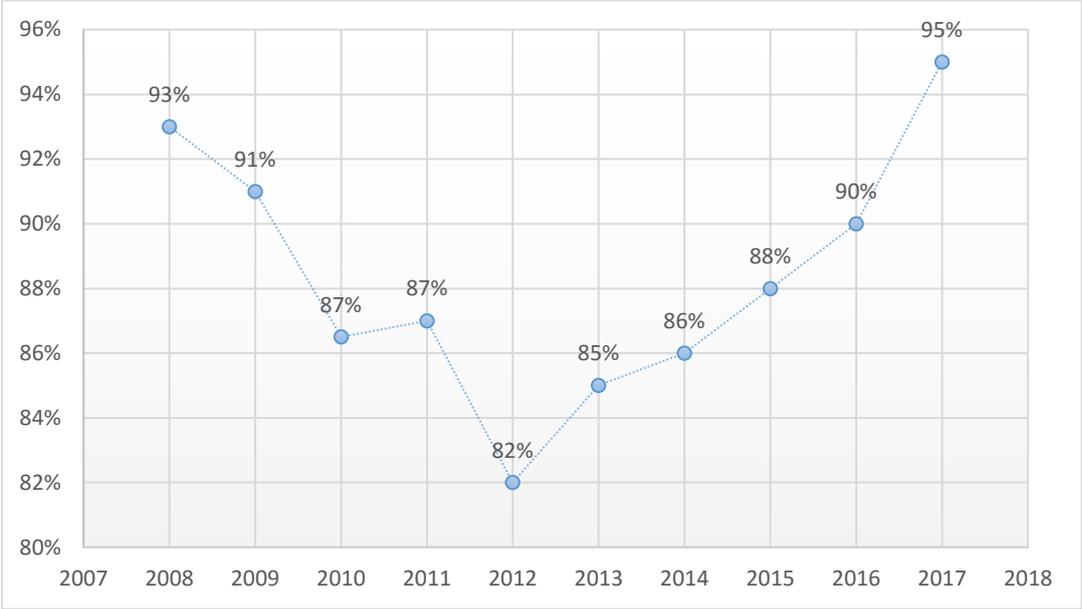


L'évolution défavorable en 2013/2014 est principalement liée à des problèmes de santé rencontrée par une salariée sur cette période. L'absentéisme se situe globalement dans la moyenne de l'ADAPEI du Rhône.

Les premières données recueillies au 1^{er} semestre 2016 indiquent une stabilisation.

Annexe 11 : Évolution du taux d'occupation et perspectives

Taux d'occupation (en %)



	2011			2012			2013			2014			2015					
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6	7	8	9	0	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
RÉÉLABORATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT/PLANS D'AMÉLIORATION CONTINU																		
Comité de Pilotage associatif																		
Rencontres CVS																		
Infos, consultation, échanges																		
Information/échanges dans les rencontres familles																		
Présentation à la commission Associative Projet																		
1 ^{er} Séminaire « Refondation du Projet d'établissement »																		
Production des 4 groupes de travail thématiques																		
Production du groupe de travail « Projet architectural »																		
2 ^e séminaire synthèse des travaux/Points sur Plans d'action																		
Aménagement des locaux du site Forest																		
Comités de Pilotage																		
Évaluation interne établissement																		
Appui formatif aux groupes de travail																		
Évaluation externe																		
Collecte/analyse fonds documentaire																		
Validation Plan évaluative /Visite sur site																		
Visite sur site 2 x 2 jours																		

	2011			2012			2013			2014			2015		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6	7	8	9	0	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8
ADAPTATION DES MODALITÉS ET PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT															
Formalisation d'un protocole de prise en charge des personnes en situation de crises															
Réalisation d'une première étude de population															
Mise en place d'une commission médico-sociale															
Renforcement des accompagnements individuels pour les usagers les plus en difficulté (Psychologue)															
Mise en place des ateliers de création d'outils de communication															
Reconfiguration du processus d'analyse, recueil besoin et attentes															
Reconfiguration du processus d'élaboration et de suivi des PAP															
Reconfiguration du contenu : fond et forme du PAP															
Formalisation de la mission du Référent éducatif															
Reconfiguration des outils de la loi de 2002															
Contrat de séjour															
Règlement de fonctionnement															
Livret d'accueil															

	2011			2012			2013			2014			2015					
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6	7	8	9	0	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS																		
Définition d'un processus de recrutement interne et externe basé sur l'évaluation des compétences																		
Analyse des pratiques (2 groupes par mois)																		
Formation collective TED et modalités de prise en charge																		
Formation collective sur la Bienveillance																		
Formation collective des éducateurs spécialisés sur la mission de coordination																		
Mise en place d'un processus d'intégration des nouveaux recrutés																		
GESTION DE LA TRANSITION																		
Préparer le Transfert																		
Communiquer aux parents, partenaires institutionnels MDPH, ADAPEI, etc.																		
Mettre en œuvre le déménagement																		
Retour d'expérience post-formation																		
Comité de pilotage suivi des PAC, éval. projet																		

	2015			2016			2017			2018			2019		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6	7	8	9	0	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8
ACTIONS PRIORITAIRES MISES EN ŒUVRE ET RESTANT À METTRE EN ŒUVRE SUR 2015/2019 : DÉVELOPPEMENT DES MODALITÉS, PROCESSUS ET OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT, DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ET DES PARTENARIATS															
Mise en place des groupes d'expression thématiques (Vie sexuelle, vie en collectivité, groupes de paroles ad hoc).															
Formaliser les grilles d'évaluation par activités															
Séminaire Adapter, aménager et habiter le « nouveau CAJ de Parilly »															
Formaliser des conventions de partenariats avec les structures sanitaires et autres partenaires															
Mise en place et traitement d'un questionnaire de satisfaction usagers/Entourage															
Formations à l'éducation structurée, approfondissement de l'accompagnement des adultes présentant des TED															
Recrutement et intégration des professionnels supplémentaires															
Créer une unité d'accueil spécifique des personnes avec TED janvier 2017															
Mise en place des entretiens annuels d'évaluation															
Élaborer des projets d'unité de vie (en priorité l'unité spécifique TED)															
AJUSTEMENT DES ACTIONS RÉALISÉES / RÉAJUSTEMENT DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT															
Groupes de travail thématiques															
Comités de Pilotage (Synthèse des productions, validation des actions, prise de décision, évaluation, préparation de l'évaluation interne et externe)															
Perfectionnement /approfondissement des formations collectives Communication augmentée, Éducation structurée															
Préparation de l'évaluation interne/Réalisation															
Évaluation et réélaboration du Projet d'établissement 2019/2023															

Annexe 13 : Organisation de la démarche d'évaluation interne

Calendrier prévisionnel initial

Phase	Thèmes	Instance	Dates
Préalables méthodologiques	Formation Quali-Eval des membres du COPIL	Comité de pilotage plénier	01/02/12
Phase 1 : Cadrage de la démarche	Élaboration et validation du cahier des charges Planning des groupes de travail constitution des groupes	Comité de pilotage plénier	09/02/12 05/03/12
Phase 1 bis : Lancement de la démarche d'évaluation	Information sur le sens, les objectifs et l'organisation de la démarche d'évaluation	Réunion plénière grande équipe	07/02/12
Phase 2 : Réalisation du diagnostic et des synthèses	Domaine A : Projet d'établissement	CP intermédiaire & GT	30/04/12
	Domaine B : Personnaliser l'accompagnement	CP intermédiaire & GT	13/04/12
	Bilan intermédiaire processus de travail / appropriation méthode	Comité de pilotage plénier	04/05/12
		Réunion d'équipe	10/05/12
	Domaine C : Garantir les droits des usagers et leur participation	CP intermédiaire & GT	30/04/12
	Domaine E : Protéger et prévenir les risques	CP intermédiaire & GT	30/06/12
	Domaine D : Promouvoir l'autonomie, la qualité de vie et la santé	CP intermédiaire & GT	30/06/12
Domaine F : L'établissement dans son environnement	CP intermédiaire & GT	30/04/12	
	Domaine G : L'organisation de l'établissement	Encadrement et personnel administratif	30/07/12
Phase 3 : Analyse et priorités du CAJ de Parilly	Production du document réunissant les synthèses des domaines	CP intermédiaire & GT	30/08/12
	Définition des priorités d'établissement	Comité de pilotage plénier	30/09/12
	Présentation et échange Ensemble des salariés	Réunion plénière grande équipe	27/09/12
Phase 4 : Élaboration du Plan d'amélioration	Élaboration des fiches-actions qui forment le plan d'amélioration	CP intermédiaire & GT	30/11/12
	Validation des plans d'amélioration	Comité de pilotage plénier	2/01/13
Phase 5 : Élaboration du Rapport d'évaluation	Préparation du rapport d'évaluation	CP intermédiaire & GT	2/02/13
	Présentation et échange. Ensemble des salariés	Réunion plénière grande équipe/usagers/familles	30/04/13
	Validation du rapport Rapport écrit finalisé	Comité de pilotage plénier	30/05/13 30/06/13

CP : Comité de pilotage / GT : Groupe de travail

Rappel des grands domaines de l'évaluation fixés par l'ANESM

Le Projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre	L'effectivité du droit des usagers
Le projet au regard des besoins identifiés La cohérence à l'égard des missions confiées à l'établissement La place du projet dans son organisation institutionnelle	Le respect des droits La participation des usagers, de leurs représentants, les aidant parents ou proches La personnalisation de l'intervention La sécurité des usagers et la gestion des risques
L'organisation de l'établissement ou du service	L'établissement ou le service dans son environnement
Le management et ressources humaines La sécurité des personnes et des biens Le cadre de vie Les ressources financières Le système d'information La communication La gestion de projet L'amélioration continue de la qualité	L'insertion de l'établissement dans le contexte territorial L'ouverture de l'établissement sur son environnement

Organisation prévisionnelle du plan de communication durant la démarche d'évaluation interne

Phases de la démarche	Cible	Échéance	Modalités	Outils	Resp.
Lancement	Tous les salariés	7/02/2012	Réunions	PWPT Questionnaire Quali-Eval	Directeur
Diagnostic	Personnes impliquées/	10/05/2012	Réunions	PWPT	Membres du COFIL
Synthèses / résultats de l'évaluation	Personnels/CVS/comité de pilotage associatif	30/07/2012	Réunions/mail	CR écrit	Membres du COFIL
Priorités et plan d'amélioration	Personnels/CVS/comité de pilotage associatif et /partenaires concernés	30/09/2012	Réunions/mail ou courrier	PWPT/CR	Membres du COFIL
Rapport d'évaluation	Personnels/CVS/comité de pilotage assoc.	15/02/2013	Réunion/ courrier	Rapport écrit	Direction
Préparation à l'évaluation externe et suite du projet	Personnels/CVS/comité de pilotage assoc.	Avril 2013	Réunion	CR écrit	Membres du COFIL

Consultation des salariés en fin d'analyse des domaines de l'évaluation interne

Les salariés sont invités à classer par ordre décroissant de priorité les points à améliorer à partir d'une grille récapitulant les principaux points repérés au cours de la démarche d'évaluation. Après dépouillement, synthèses, validation des résultats et présentation des conclusions lors du séminaire projet du 29 avril 2013.

Architecture de la grille de priorisation : extrait (Exemple du domaine A)

DOMAINE A : Le Projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre				
Points à améliorer	Importance	Urgence	Facilité	Rang
Redéfinir les critères d'admissibilité de la population accueillie dans le Projet d'établissement.				
Formaliser la proposition d'accueils séquentiels pour les personnes en ayant le besoin.				

Architecture de la grille de dépouillement : extrait

DOMAINE A : Le Projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre		
Points à améliorer	Point attribué	Résultat
Redéfinir les critères d'admissibilité de la population accueillie dans le Projet d'établissement.		Total

Pour chaque critère : le rapport de la somme des notes individuelles / nombre total de réponses donne une note moyenne qui permettra un classement par ordre de priorité.

Annexe 14 : Évaluation interne du CAJ Parilly : synthèse des axes d'amélioration / points forts à partir des réponses aux questionnaires

(A partir d'une méthodologie développée par le cabinet de conseil RH Coaching Group Paris)

DOMAINE A : Le Projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre	
Points à améliorer	Priorité
Réactualiser le Projet d'établissement à l'issue du travail d'évaluation interne	1
Redéfinir les critères d'admissibilité de la population accueillie dans le Projet d'établissement	2
Formaliser la proposition d'accueils séquentiels pour les personnes en ayant le besoin	3
Formaliser les projets d'activités et les bilans d'activités. (Un cahier des charges pourrait définir de manière précise les temps de réunions afin de mener à bien l'ensemble des évaluations)	4
Dans le cadre des futures admissions, redéfinir les missions du référent éducatif et les inscrire dans le Projet d'établissement	5

Points forts

- Les différents partenariats.
- La complémentarité de formation des différents professionnels.

DOMAINE B : La personnalisation de l'accompagnement	
Points à améliorer	Priorité
Rendre le PAP lisible pour l'adulte (EX pictogrammes dans le cadre du planning)	1
Mettre en place des outils facilitant l'expression des usagers les plus en difficultés	2
Organiser des temps et des cadres définis facilitant la réflexion de l'utilisateur ainsi que sa prise de parole	3
Organiser une réunion collégiale (dans le cadre des réunions éducatives) pour repérer les différents besoins de l'utilisateur avant le bilan	4
Élaborer un document accessible à l'utilisateur concernant le droit à l'information	5

Points forts :

- Rencontre avec les familles pour présentation de la structure avant l'admission.
- Projet évolutif qui évolue en fonction des besoins de l'utilisateur.

DOMAINE C : La garantie des droits des usagers et de leur participation

Points à améliorer	Priorité
Développer des temps d'échanges et de réflexion sur des thématiques porteuses pour améliorer la qualité de l'accompagnement (vie affective, sexualité, hygiène...)	1
Préserver l'intimité des rencontres individuelles (création et aménagement de lieux)	2
Faire un bilan intermédiaire chaque année pour se donner la possibilité de réviser le PAP si besoin	3
Veiller à s'adapter à la bonne compréhension des usagers lors de la retransmission de ces réunions et des documents écrits	4
Afficher la charte des droits de la personne dans l'établissement	5
Instaurer une réunion d'utilisateur collective et mensuelle sur le site de Forest	6

Points forts :

- Multiplicité des activités. Ouverture sur l'extérieur, pluralité des partenaires (meilleur accès aux soins, aux loisirs et à la culture).
- Souplesse du fonctionnement qui permet à l'utilisateur de faciliter la construction et l'appropriation de son projet par l'utilisateur.
- Temps de découverte et d'essai permettent à l'utilisateur de se projeter dans le CAJ.
- Coréférence qui permet le croisement des regards.
- Le CVS est une instance vivante.

DOMAINE D : La promotion de l'autonomie, de la qualité de vie, de la santé et de la participation sociale

Points à améliorer	Priorité
Engager une réflexion sur un accompagnement plus spécifique concernant les personnes les plus en difficultés	1
Permettre à plus de salariés de se former. Maintenir l'ensemble du personnel dans une dynamique de formation	2
Repenser l'accompagnement éducatif	3
Effectuer un bilan annuel des différentes activités	4
Accessibilité aux projets de chaque activité pour l'ensemble des professionnels de l'équipe	5
Instituer du temps pour la présentation et la réévaluation en équipe pluridisciplinaire des projets en lien avec les partenaires extérieurs	6
Améliorer la communication. Coordonner l'information	7

Points forts :

- Au besoin, possibilité pour les psychiatres et psychologues de mettre en place des temps d'écoute et d'étayage, d'apporter un appui aux démarches d'orientation.
- Sensibilisation des familles et échanges sur les modalités de prise en compte du suivi médicamenteux.
- Existence de commission sur l'alimentation.
- Existence d'un système de transport interne à l'établissement.

DOMAINE E : La protection et la prévention des risques	
Points à améliorer	Priorité
Mettre en place un protocole formel de prévention (repérage, d'analyse et d'action autour des questions de maltraitance). / Formaliser et inscrire comme éléments clés du Projet d'établissement les processus de prévention et de traitement de la maltraitance et la promotion de la bientraitance	1
Mettre en place des formations collectives systématiques concernant ces questions en sollicitant des formateurs extérieurs. / Mettre en place des temps de régulation collective régulière avec une personne extérieure neutre	2
Mettre en place des journées de réflexion sur ce sujet ainsi que des journées concernant la communication avec les usagers.	3
Mettre en place des supervisions individuelles si besoin	4
Clarifier les processus d'aides aux professionnels en diffusant plus largement aux équipes par exemple le service de HEH	5

Points forts :

- Les temps d'analyse des pratiques éducatives (2 groupes/mois).
- Possibilité de mettre en place un système de suivi avec des intervenants extérieurs (CMP, médecins libéraux, DAPELA, PISR...) qui prennent le relais si besoin.

DOMAINE F : L'établissement ou le service dans son environnement	
Points à améliorer	Priorité
Préciser les champs d'accueil de la structure.	1
Consolider les différents partenariats.	2
Accroître les moyens en termes d'accompagnement individuel.	3
Développer la communication sur le réseau existant.	4
Diversifier les rapprochements interétablissements.	5

Points forts :

- Partenariat mis en place avec les services médicaux (CHS Vinatier DAPELA PISR, EMA du CRA) : prévention, contenance, soutien à l'équipe éducative.
- Implantation du CAJ dans un quartier ressource (structures sanitaires, commerces, équipements sportifs et de plein air, culture, transports...).

DOMAINE G : L'organisation de l'établissement ou du service au service de l'utilisateur	
Points à améliorer	Priorité
Optimiser le travail en équipe pluri professionnelle (éducateurs spécialisés, Moniteurs-éducateurs, AMP éducateurs techniques, sportifs, moniteurs d'ateliers, etc.) pluridisciplinaire (en plus psychologues, psychiatres, personnels administratifs et de service).	1
Mieux anticiper la préparation des plannings d'activité des usagers pour mieux coller aux besoins et aux attentes et mieux communiquer avec l'utilisateur et ses proches pour qu'il soit plus partie prenante.	2
Identifier les processus de travail en jeu pour mieux fonctionner (« analyse des pratiques et règles de métier »).	3
Adapter les activités proposées et le type d'accompagnement aux usagers à problématiques psychiques associées.	4
Sensibiliser à la confidentialité des données et au secret professionnel.	5
Améliorer la régularité de la réunion d'équipe complète rue Forest, spécifier la fonction, le contenu, le transfert d'informations et le mode d'animation des réunions.	6
Communication et actions de préventions et de sensibilisation pour diminution des risques.	7
Formaliser un plan d'amélioration de la sécurité des biens et des personnes (salariés, usagers).	8
Construire un plan pluriannuel de formation prévisionnel.	9

Points forts :

- L'évaluation interne et le processus de réécriture du projet renforcent une démarche centrée sur la participation et la responsabilisation des équipes.
- L'établissement met en place un processus d'aide à l'élaboration de projets individuels d'évolution professionnelle en collaboration avec le service formation de la DRH.
- Variété des rencontres régulières au niveau des équipes et des thèmes abordés, possibilité de mettre en place des rencontres ad hoc.
- Dans le futur ensemble rénové, capacité à mettre en place des unités de vie et d'activités de petite taille.
- Savoir-faire des équipes en matière de montage et suivi d'activités.

Les valeurs à la base de la mission du CAJ de Parilly (Extrait)

Axe : Mission de service social et cohérence avec les politiques publiques :

Mots clés

Humanisme	Bienveillance (résidents et professionnels)
Solidarité	Respect
Éthique	Écoute
Respecter la loi	Intégration des résidents
Faciliter l'intégration sociale de l'utilisateur	Tenir compte du cadre législatif et des projets de loi
L'activité a du sens, c'est le support de notre accompagnement	Réflexion
Formation et travail de remise en question, de renouvellement des pratiques	Humain
Posture d'écoute et disponibilité	Compétences

Axe : Registre des pratiques, des processus et de l'organisation

- Clarifier et préciser les priorités : aider à identifier les besoins, attentes, souhaits prioritaires en lien avec projet de vie.
- Questionnement constant : Comment garantir un accompagnement adapté aux problématiques des usagers ?
- L'activité comme support à l'accompagnement.
- Richesse des activités proposées.
- Expérience des anciens + renouveau des plus jeunes, diversité des formations.
- Réflexion constante, remise en question à partir du concret, de l'échange en équipe pluridisciplinaire.

Annexe 16 : Note de présentation du séminaire « Projet d'établissement » d'avril/mai 2014 à l'équipe

(Note du 1^{er} mars 2014)

« À la suite du premier séminaire du 29-30 avril et du 1^{er} mai 2013, ce deuxième temps visait à faire le point sur les actions d'amélioration en cours et d'échanger sur les orientations de travail pour la rentrée 2014-2015.

Les objectifs sont les suivants :

- présenter les travaux des groupes de travail et les productions réalisées depuis 2013,
- finaliser la structure du Projet d'établissement et ses différentes composantes,
- formaliser les orientations prioritaires du Projet d'établissement et les plans d'action à poursuivre. »

Annexe 17 : Note sur le calendrier de réécriture du Projet d'établissement et du Plan d'amélioration continue (le 10/12/2014)

Plan d'amélioration continue (PAC) / Élaboration du Projet d'établissement 2015/2019

Groupe 1 : « Identité »

Groupe 2 : « Public accueilli et entourage »

Groupe 3 : « Accueil et accompagnement »

Groupe 4 : « Organisation des services et du travail »

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Vendredi 17 janvier	De 13 h 30 à 15 h 30			
Vendredi 31 janvier		De 13 h 30 à 15 h 30		
Jeudi 13 février			De 14 h à 16 h	
Vendredi 14 février				De 13 h 30 à 15 h 30
À définir mi-février				
Vendredi 28 février	De 13 h 30 à 15 h 30			
Vendredi 14 mars		De 13 h 30 à 15 h 30		
Jeudi 27 mars			De 14 h à 16 h	
Vendredi 28 mars				De 13 h 30 à 15 h 30
Vendredi 11 avril	De 13 h 30 à 15 h 30			
Jeudi 17 avril		De 14 h à 16 h		
Jeudi 24 avril			De 14 h à 16 h	
Vendredi 25 avril				De 13 h 30 à 15 h 30
À définir fin avril				

Annexe 18 : Appréciation globale de l'évaluation externe du CAJ de Parilly

V.1.8 – Appréciation globale de l'évaluateur externe

L'évaluation externe du CAJ a été réalisée à la suite de celle d'un FH / FV, situé à proximité et ayant le même gestionnaire et la même direction. A la restitution, tout le monde a convenu du temps trop court passé par les évaluateurs, durée sans doute sous-estimée eu égard à l'existence des 2 sites à évaluer.

L'accueil et la disponibilité de la direction et des personnels ont été sans faille. Qu'ils en soient ici remerciés.

En l'absence de projet de référence, nous avons pu néanmoins apprécier la qualité des accompagnements et de la prise en charge des usagers. Nous avons eu comme interlocuteur des professionnels soucieux d'apporter des réponses adaptées aux problématiques individuelles, positionnant l'usager comme acteur principal de son projet et associant au maximum les familles à cette prise en charge.

Les activités sont diversifiées, de qualité, réfléchies et adaptées à chaque usager.

Une réflexion doit néanmoins être engagée sur le sens de ces activités et les modalités de leur mise en place, eu égard aux missions spécifiques que se donne le CAJ. Nous devons trouver les réponses dans le futur projet, qui n'a pas été sans nous questionner.

Comment articuler le projet d'établissement qui est en cours d'écriture avec le projet de restructuration qui est en cours de finalisation ?

Des réponses doivent être apportées à cette question.

Avec l'arrière-pensée, c'est quoi un CAJ ? pour quelles populations ? avec quel fonctionnement ?

PS. L'Assemblée Générale de l'association de juin 2014 confirme officiellement les options prises pour le projet immobilier. En juillet 2014, le projet reçoit l'accord du Conseil Général du Rhône.

Rapport d'évaluation externe – CAJ Parilly

Annexe 19 : Programme du séminaire du 11 au 15 avril 2016

Adapter, aménager et habiter le « nouveau CAJ de Parilly »

Préambule

Ce temps de réflexion partagé en équipe, fait suite au séminaire de l'an passé. Il constitue notre 4^e séminaire depuis 2013 et s'inscrit dans la continuité du Projet d'établissement réactualisé au travers d'une démarche de travail collectif dont les objectifs peuvent être résumés ainsi :

- réfléchir à nos pratiques et « agir au quotidien », afin de les adapter aux besoins et aux attentes des personnes accueillies,
- réfléchir aux moyens disponibles ou à venir pour les ajuster au mieux pour un accompagnement cohérent et efficient.

Ainsi, dans le contexte actuel de réalisation du projet immobilier, l'objectif opérationnel est de « prendre de la hauteur » à partir des notions de Fonctionnalité, Potentialité et Usage de l'espace construit en les reliant aux Besoins et Attentes des personnes accompagnées, de façon à adapter, aménager les futurs espaces. Ces enjeux nous amènent à mettre en perspective nos pratiques et à nous projeter à partir de différentes alternatives pour nous installer et habiter notre nouveau bâtiment en septembre 2017.

Programme

Lundi 11 avril 2016	Mardi 12 avril 2016
8 h 30 – 9 heures : accueil	8 h 30 – 9 heures : accueil
9 heures – 9 h 30 : introduction	9 h 30 – 12 heures : CRIDEV
9 h 30 – 12 heures : Mme [REDACTED] (psychologue). Compréhension, repérage des besoins spécifiques des personnes accueillies.	Participation de [REDACTED]. Initiation aux concepts et démarches sur l'aménagement des espaces.
12 heures – 13 h 30 : repas*	12 heures – 13 h 30 : repas*
13 h 30 – 16 h 30 : M. [REDACTED] (CRIDEV) Perception de l'espace et ses incidences sur l'usage.	13 h 30 – 16 h 30 : ateliers d'analyse et de mise en application des démarches HQU et HQS sur le projet d'aménagement du CAJ.

<i>Mercredi 13 avril 2016</i>	<i>Jeudi 14 avril 2016</i>
<p>8 h 30 – 9 heures : accueil</p> <p>9 h 30 – 12 heures : revisite du projet immobilier</p> <p>Participation de : ██████████, architecte, l'Atelier ██████████ ██████████ (coordinateurs), ██████████ ██████████ (directeur du patrimoine), ██████████ DGA de Territoire.</p> <p>Recueil des besoins par rapport aux résidents et aux différentes fonctions.</p> <p>12 heures – 13 h 30 : repas*</p> <p>13 h 30 – 16 h 30 : aménagement des espaces de vie et d'activités.</p>	<p>8 h 30 – 9 heures : accueil</p> <p>9 h 30 – 12 heures : compte rendu des visites établissements, principes de fonctionnement des groupes (l'hétérogénéité Vie des groupes, liens entre les groupes).</p> <p>12 heures – 13 h 30 : repas*</p> <p>13 h 30 – 16 h 30 : suite de la matinée.</p>
<i>Vendredi 15 avril 2016</i>	
<p>8 h 30 – 9 heures : accueil</p> <p>9 h 30 – 12 heures : les activités transversales : activités travail (joints, démantèlement), activités sportives</p> <p>12 heures – 13 h 30 : repas*</p> <p>13 h – 15 h 30 : cohésion d'équipe à partir d'animations</p>	

*Le séminaire aura lieu à l'ESAT Jacques Chavent (Parc Techsud — Rue Saint Jean de Dieu — 69007 Lyon).

*Les repas seront pris à la cafétéria L'Instant de l'ESAT Jacques Chavent.

Annexe 20 : Exemples de modes d'accompagnement de personnes avec TED²⁴⁷

Les mesures du Projet d'Établissement du CAJ de Parilly se retrouvent sur l'ensemble des modalités présentées ci-dessous.

Modalités	Proportion des établissements de l'échantillon
Structure dédiée/Section spécifique aux TED	16 %
Aménagements structurels	22 %
Mise en place d'un projet individuel	92 %
Temps de rencontre avec la famille	96 %

Objectifs	Moyen mis en place	Proportion de l'échantillon concerné
Favoriser la communication	Groupe de parole	23 %
	Supports gestuels ou imagés	18 %
	Rééducation orthophonique	Moins de 5 %
Favoriser les interactions sociales	Sorties, loisirs, temps informels non spécifiques TED	Ensemble de l'échantillon
Favoriser l'autonomie	Mise en situation dans la vie quotidienne	58 %
Favoriser l'acquisition de connaissances	Séance d'apprentissage hors situations de la vie quotidienne	Moins de 10 %
Favoriser le développement sensorimoteur	Psychomotricité (peu de supports spécifiques TED)	31 %
	Snoezelen (peu de supports spécifiques TED)	22 %
Favoriser les apprentissages préprofessionnels ou professionnels	Ateliers techniques dans l'établissement	24 %
Favoriser la structuration temporelle	Emploi du temps individualisé à la semaine	73 %
	Emploi du temps collectif	47%
Gestion des comportements difficiles	Procédure systématisée de repérage et d'analyse	42%
Favoriser la santé et le bien-être	Suivi de l'état de santé	82%
Favoriser l'accès à la vie affective et sexuelle	Information et conseils	35%

²⁴⁷ Trois régions ont été choisies pour participer à cette étude : Nord-Pas-de-Calais (agglomération lilloise et littoral), Île-de-France (départements 77 et 93), Franche-Comté. L'étude a comporté une enquête quantitative auprès de 599 établissements et services pour adultes. Au total, 354 (59 %) ont répondu, parmi lesquels 91 ont déclaré accueillir des adultes avec TED (82 structures médico-sociales et 9 structures sanitaires) ce qui représentait 926 adultes. Il s'agit d'une enquête déclarative. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, BAGDADLI A, RATTAZ C, LEDÉSERT B. Étude des modalités d'accompagnement des personnes avec troubles envahissants du développement (TED) dans trois régions françaises Paris : Ministère du travail de l'emploi et de la santé, 2011. <http://www.sante.gouv.fr>, *ibid.*, p. 11

Annexe 21 : Note à l'intention de l'équipe sur le processus d'admission

Objectif : formaliser un processus conforme aux bonnes pratiques en usage à l'ADAPEI du Rhône, facilitant :

- une prise de décision éclairée de l'usager et de ses représentants légaux,
- l'analyse des besoins et de ses demandeurs,
- le recueil, la formalisation d'avis, d'observations et du diagnostic des membres de l'équipe disciplinaire afin de sécuriser la prise de décision en dernier ressort par la direction et par délégation le chef de service.

Au préalable de toute admission, des stages de découverte et d'évaluation sont organisés pour valider l'orientation et/ou l'admission.

INSTRUCTION DE LA DEMANDE

- Réception de la demande par le secrétariat qui transmet au chef de service.
- Recueil des éléments sur étude du dossier par l'assistante sociale et par le médecin psychiatre.
- Rencontre avec le stagiaire, l'assistante sociale, le chef de service (ou directeur), le demandeur (établissement ou/et famille) pour analyser les besoins et la faisabilité.
- Visite de l'établissement et remise du livret d'accueil avec les repères et les règles de fonctionnement.
- Validation du processus de stage par le chef de service.
- Présentation du stagiaire à l'équipe et désignation du référent éducatif.
- Planification du stage.

ORGANISATION DU STAGE

- Rencontre avec le stagiaire et l'éducateur référent, le chef de service, le demandeur (établissement ou famille) pour préparer le stage.
- Validation des objectifs et de l'organisation du stage.
- Faire le point sur les documents administratifs nécessaires (certificat médical, ordonnance, régime alimentaire...).

DÉROULEMENT DU STAGE

- Premier stage de 3 semaines.
- Bilan avec le stagiaire et l'éducateur référent, le chef de service (ou directeur), le demandeur (établissement ou/et famille), et l'assistante sociale, le psychiatre (selon les situations).
- Décision de renouveler un stage d'environ 3 semaines (la période peut être modifiée) en définissant les objectifs ou de mettre fin au processus. Ce stage donne lieu également à un bilan d'évaluation partagé avec l'établissement demandeur/la famille. Les éléments mis en avant doivent servir le parcours d'orientation.
- Inscription sur la liste d'attente des admissions ou non-admission.

ADMISSION

- Rencontre famille / assistante sociale.
- Organisation de l'arrivée (transport, dossier...).
- Présentation de l'équipe éducative (référent et coréférent).

Annexe 22 : Note à l'intention de l'équipe sur l'élaboration du PAP

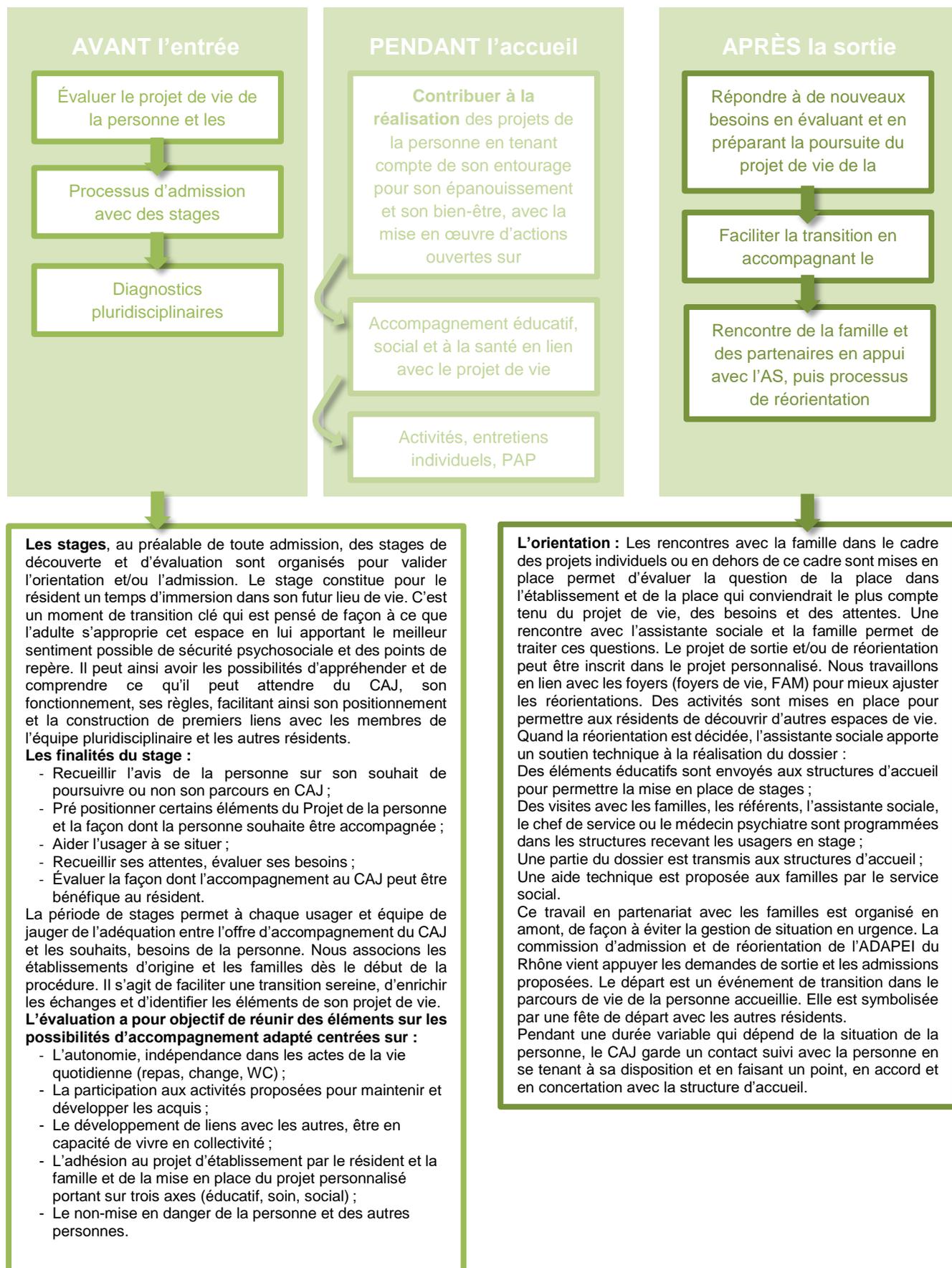
Dans le prolongement des travaux sur l'évaluation interne et le Projet d'établissement, les PAP doivent reposer sur les recommandations de l'ANESM et sur les grands principes énoncés dans les travaux :

- le besoin d'uniformiser la matrice dans le cadre du processus selon le cadre légal,
- le projet individuel est un guide et formalise des repères avec des éléments factuels. Il permet de produire un document qui constitue une base commune. Il fait trace tant du cheminement que des décisions prises. Il facilite le suivi puis l'évaluation du projet personnalisé,
- l'équipe encourage les personnes à participer et facilite leur expression pour prendre en compte leurs attentes et celles de ses proches et/ou représentants légaux, mais ne peut en aucun cas les obliger à participer.

Le processus du projet individualisé comprend différentes étapes :

- *Recueil des données par le référent* : elles émanent de l'équipe et notamment des bilans d'activité. Une rencontre entre l'utilisateur et le référent permet de faire le point sur ses souhaits et l'avancée des objectifs (projet de vie, activités, transport...).
- *Préparation du projet* : une réunion pluridisciplinaire évalue les différents points abordés dans le projet et définit les objectifs et les moyens à mettre en œuvre.
- *Rencontre préalable sur la proposition de projet avec l'utilisateur* : elle réunit l'utilisateur, le référent, le chef de service par délégation de la directrice et le médecin psychiatre. Il s'agit de mettre en corrélation les attentes et besoins de l'utilisateur à ceux repérés par l'équipe.
- *Rencontre de présentation du projet* : avec l'utilisateur et le représentant légal/référent familial. Cet échange permet de présenter les besoins identifiés et les attentes de l'utilisateur et de recueillir les remarques et souhaits du représentant légal/référent familial. Cette rencontre apparaît dans le document final, qui est rédigé par le chef de service.
- *Contractualisation du projet* : le projet est signé par l'utilisateur, le représentant légal/référent familial, le référent et le chef de service.

Annexe 23 : Continuité du parcours / Extrait du Projet d'établissement



Annexe 24 : Note à l'équipe sur le rôle du référent

Le référent

Il est un membre de l'équipe éducative en contrat CDI ou CDD long du groupe.

Son rôle est de :

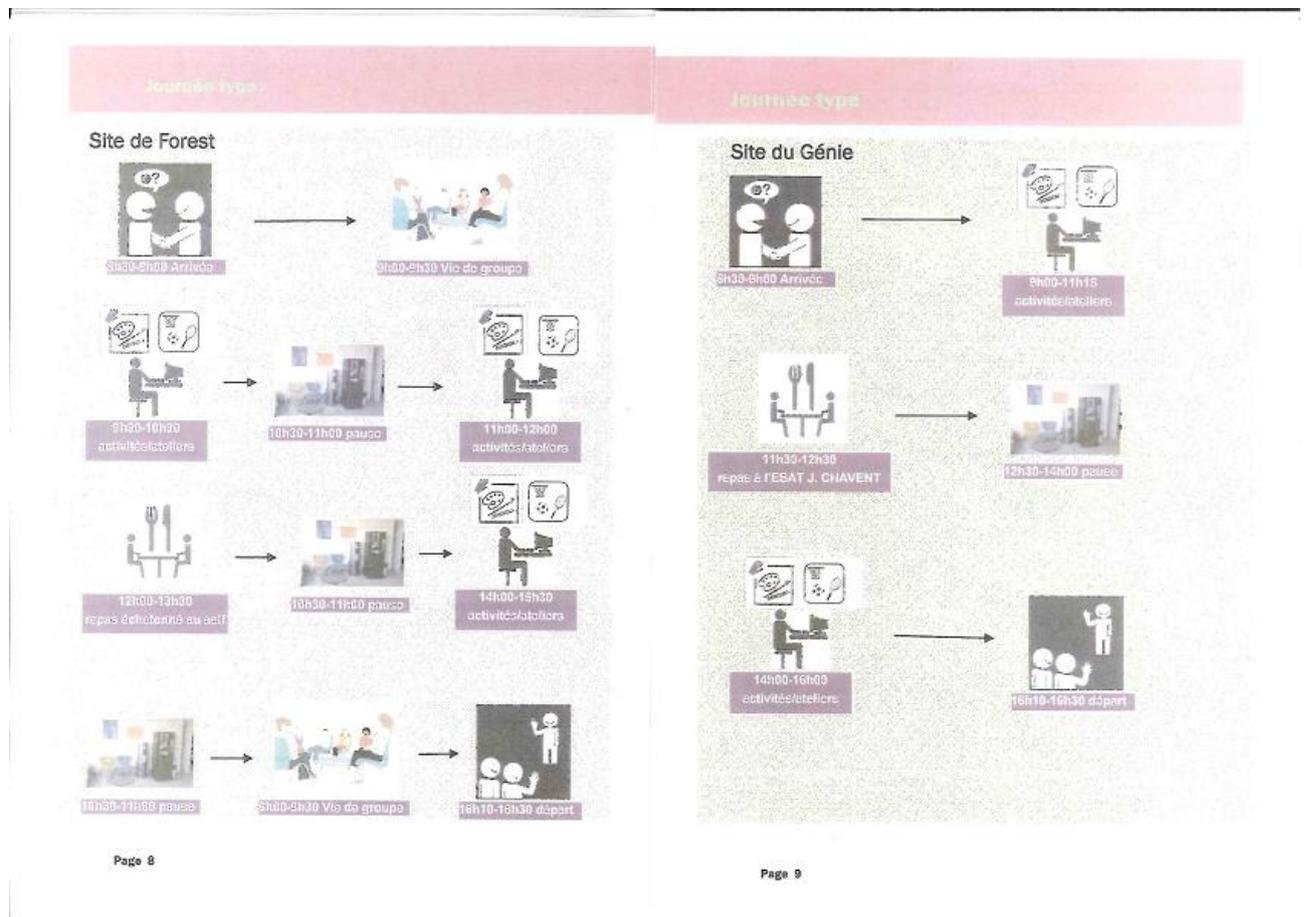
- de recueillir les attentes du résident, il prend en compte ses besoins,
- d'encourager et de soutenir le résident dans sa prise de parole,
- de dynamiser la réalisation et la mise en œuvre du PAP (cohérence entre les objectifs et le planning d'activité),
- de rédiger les synthèses de projet et participe à la rédaction du PAP,
- d'avoir un lien privilégié avec la famille ou l'établissement d'hébergement. Il est présent avec les familles pour les rencontres du PAP, de suivi éducatif...
- de rédiger les rapports de comportement,
- de réaliser un bilan de fin d'accompagnement à la sortie du CAJ.

La référence change selon les situations et en fonction de l'appréciation de l'équipe afin de permettre la mise en œuvre de dynamique nouvelle.

Le coréférent

Le référent est appuyé et relayé par un coréférent qui est un membre de l'équipe éducative du groupe en CDI.

Annexe 25 : Illustration des activités dans le nouveau livret d'accueil



Annexe 26 : Programme de la formation sur la bientraitance

5

OBJECTIFS DE FORMATION

OBJECTIFS GENERAUX

Au terme de cette action, selon les résultats que vous en attendez, les participants seront en mesure de :

- * Connaître les textes réglementaires.
- * Cerner le concept de maltraitance.
- * Bien comprendre le concept de bientraitance et analyser avec objectivité leur démarche.
- * Agir en toute quiétude dans une démarche professionnelle.
- * Participer à la promotion de la bientraitance.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- * Redéfinir les termes employés, identifier les publics vulnérables et les situations à risques.
- * Approfondir leur réflexion éthique autour du concept de bientraitance.
- * Identifier les risques de maltraitance encourus par les personnes vulnérables et les bases sur lesquelles établir, à l'inverse, la bientraitance.
- * Poser les principes d'une démarche de prévention de la maltraitance et de mise en œuvre de la bientraitance, dans le cadre de la démarche qualité.
- * Envisager des actions qui prennent en compte les ressources de l'institution.

NOTRE PROCESSUS PEDAGOGIQUE

APPROCHE ET DEMARCHE PEDAGOGIQUES

Centrée sur la pratique, notre démarche pédagogique sera active et interactive.

Les apports théoriques, techniques et méthodologiques viendront en contrepoint des problématiques ou des questions posées par les participants de même que les exercices d'appropriation et les jeux de simulation.

Lors de cette action, les participants seront amenés à développer leur savoir-être et à intégrer des connaissances essentielles à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles.

L'intervenant donnera aux participants une grille leur permettant de relever les risques de maltraitance. Cette recherche personnelle permettra à chacun de repérer les situations de maltraitance dans leur institution.

Aussi, le formateur veillera à :

- * Instaurer un climat sécurisant de confiance et de bienveillance dans le groupe, pour permettre des échanges spontanés, au plus près des besoins des participants et de leur réalité institutionnelle.
- * Orienter les participants vers une progression de leurs pratiques professionnelles dans le sens d'une démarche de qualité, en valorisant les expériences de chacun et en soutenant l'estime de soi de chacun.

INFIPP SCOP SA www.infipp.com
«Bientraitance»
ADAPET 69 - LYON - 2014

Annexe 27 : Programme de formation « Troubles envahissants du développement : de la compréhension à la pratique »

« Troubles Envahissants du Développement Par où commencer ? De la compréhension à la pratique »

FORMATION INTRA – CAJ de PARILLY - AUTISME LOIRE - Mme KALITA-MAERTENS

DATES : LUNDI 13, MARDI 14, MERCREDI 15 AVRIL 2015 DE 8H30 A 16H30 (repas 12h30-13h30)

LIEU : ESAT JACQUES CHAVENT

JOUR 1

Particularité du fonctionnement cognitif de la personne avec TED dont autisme et/ou déficience intellectuelle sur le plan cognitif et sensoriel :

- Quelques définitions
- L'avancée des connaissances
- Anomalie sensorielle : hyperacousie, hypersensibilité cutanée, goûts alimentaires
- Hétérogénéité du fonctionnement intellectuel (sur-fonctionnement perceptif)

Intérêts restreints répétitifs et l'automutilation :

- Les comprendre et les traiter
- Comment s'en servir et comment développer des intérêts nouveaux

Différents outils éducatifs sont à notre disposition (Boîte à outils), présentation et philosophie :

- Programme TEACCH : structuration et évaluation
- Méthode PECS – MAKATON : développement d'une communication visualisée
- Principe de l'ABA : modification comportementale
- Habilités sociales : perturbation des interactions sociales

JOUR 2

Les différents systèmes de communication, quels outils pour le CAJ, comment les mettre en place, pour quels besoins :

- Cette partie sera enrichie de nombreux exemples et d'autres modalités de communication seront abordées (gestuelle, verbale)
- Codes visuels : objets, photos, pictogrammes...
- SAMU verbal (si l'utilisateur a un développement inférieur à 2 ans)
- Le PECS : système de communication par échanges d'images

Travaux en petits groupes (communication suite)

JOUR 3

Définir clairement ce qu'est un trouble du comportement

- Philosophie de l'iceberg (troubles du comportement...)
- Des outils efficaces pour collecter des informations (l'ACC, l'ABC, remise de grilles)
- Mise en relation des comportements avec les particularités de l'autisme
- Définition, analyse et intervention

Travaux de groupes sur des situations au CAJ (trouble du comportement suite)

Que mettre en place et par où commencer ? Quelles évaluations au quotidien ?

- Comment aller d'une évaluation vers un système de communication
- Les profils renforçateurs (échelle de motivationnelle). Des grilles et des systèmes d'évaluation seront largement abordés et remis aux participants

Echanges autour du projet du CAJ et Conclusion

- Comment préparer une personne au changement ?
- Hétérogénéité – Homogénéité des groupes, quel parti pris ?
- Quel fonctionnement ? groupe d'accueil, groupes d'activité...

Annexe 28 : Grille d'analyse des activités du CAJ Parilly

1/ Intitulé de l'activité et Description succincte

.....

2/ Impacts/bénéfices pour l'utilisateur. À quels besoins, attentes peut-elle répondre ?

.....

3/ A quoi repérez-vous l'effet de l'activité pour l'utilisateur sur une période donnée ? Au CAJ chez lui, à l'extérieur. Exemples d'indicateurs.

À relativiser en fonction des usagers : l'effet peut être peut-être dû à un ensemble de causes internes ou externes à l'activité, au CAJ. Causes qu'il s'agira d'analyser en réunion clinique, de service ou lors des synthèses projets).

.....

4/ Comment faut-il procéder pour suivre l'évolution de l'utilisateur au cours du temps ? (En termes de développement des capacités, satisfaction)

.....

5/ Quelles conditions faut-il réunir pour que l'activité soit encore plus utile, encore plus bénéfique à l'utilisateur ?

.....

6/ Comment faites-vous des liens entre les apports de l'activité et les objectifs du Projet d'accompagnement personnalisé ?

.....

7/ Quels sont les points de vigilance, les précautions à prendre compte tenu des problématiques des usagers (En particulier ceux qui présentent des TED) ?

.....

8/ Actions à envisager : maintien, suppression, modification.

.....

Exemple de la grille d'analyse de l'activité Stretching/Relaxation

1/ Description succincte

Réalisation d'exercice d'assouplissement, de respiration, de détente sous supervision d'un Moniteur-éducateur.

2/ Impacts/bénéfices pour l'utilisateur. À quels besoins, attentes peut-elle répondre ?

- Est bénéfique à des personnes qui ne peuvent faire de sport : permet de maintenir une condition physique (meilleure résistance à la fatigue, prévention de la prise de poids, détente neuromusculaire),
- permet de décharger des tensions, mieux prendre conscience de son corps, développer ses capacités de concentration, se reposer, mieux maîtriser certains mouvements, mieux contrôler sa gestuelle.

3/ A quoi repérez-vous l'effet de l'activité pour l'utilisateur ? Au CAJ ? Chez lui ? À l'extérieur ? Exemples d'indicateurs. *À relativiser en fonction des usagers : l'effet peut être dû à un ensemble de causes internes ou externes à l'activité, au CAJ. Causes qu'il s'agira d'analyser en réunion. Sur une période donnée :*

- moins de manifestations d'agressivité à l'issue des séances (évolutions observées et consignées dans carnet de groupe). Confirmation par les parents que, suite à ces séances, l'utilisateur apparaît moins souvent en colère,
- moins de manifestations de stress,
- distinction de sa gauche et de sa droite,
- expression par l'utilisateur d'une satisfaction aux professionnels et à sa famille, d'un sentiment d'apaisement.

4/ Quelles conditions faut-il réunir pour que l'activité soit utile, bénéfique à l'utilisateur ?

- Aménagement du lieu : décoration, matériel (tapis),
- isolement phonique : lieu calme, éloigné des couloirs et du bruit.

5/ Actions à envisager : maintien, suppression, modification. Observations.

- Maintenir. Difficulté de répondre aux demandes. Prioriser

6/ Vigilance pour les personnes présentant des TED ou autres difficultés

- Attention portée sur les séquences gestuelles qui peuvent les mettre en échec,
- favoriser au maximum le choix personnel, accepter une moindre participation
- présenter les consignes de façon simplifiée, utiliser des supports visuels
- être attentifs aux changements d'attitude, se préparer à apaiser leurs angoisses, leur agressivité.

Annexe 29 : Grille de positionnement professionnel par rapport au poste proposé²⁴⁸

Merci de compléter ce document, de le sauvegarder de façon à préparer votre entretien

1/ Quels sont les Finalités du poste ? Les situations clés à maîtriser ?

.....
.....

2/ Quels sont vos domaines de compétences clés /vos atouts ?

.....
.....

3/ Quels seraient les connaissances, les compétences à développer ?

.....
.....

4/ En quoi ce poste correspond-il à vos motivations et à votre projet à court, moyen terme ?

.....
.....

5/ Commentaires libres.

.....
.....

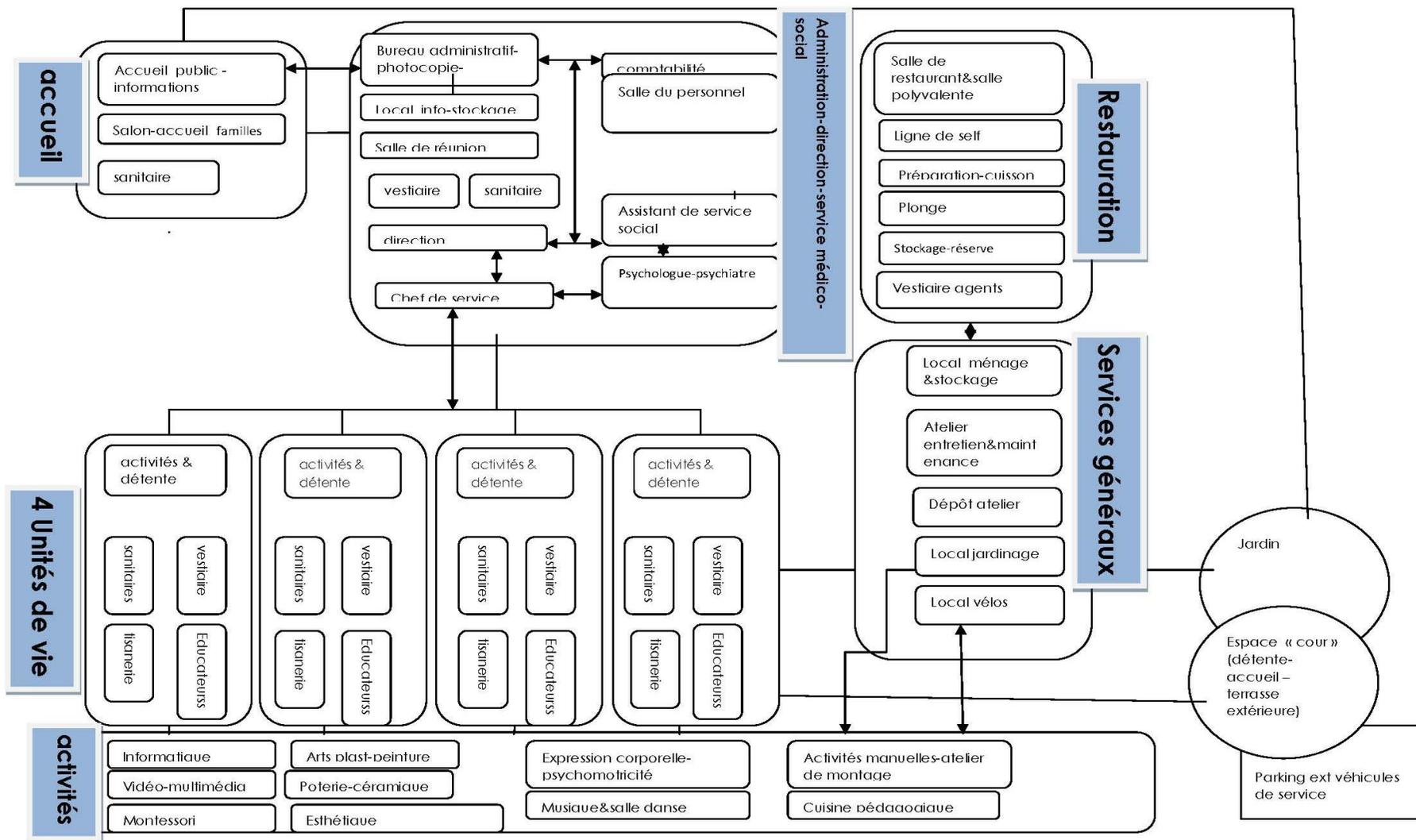
Informations certifiées sincères et véritables, le / / à...

Signature :

Nous vous informons que les données vous concernant ne sont pas informatisées, elles seront traitées de façon confidentielle. Conformément aux articles 34, 36 et 45 de la loi du 6 janvier 1978, nous vous informons que vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations vous concernant, pour ce faire il suffit de vous adresser auprès de la direction.

²⁴⁸ À partir d'un questionnaire utilisé par le cabinet RH & Organisation dans le cadre d'actions de recrutements, avec son autorisation.

Annexe 30 : Organisation du CAJ en unités de vie



Annexe 31 : Évolution des ressources humaines en janvier 2017

Poste (nb ETP)	Aujourd'hui	Phase de transition 01/09/15 -31/12/16 Arrivée en octobre 2016	Site de Forest rénové Janvier 2017
Cadre médico-social	0	0	+1
Éducateur spécialisé	4	4 +1	4 +1
Éducateur technique spécialisé (ETS)	2	2	2
Moniteur-éducateur	5	5	5
Aide médico- psychologique	5	5 +2	5 +2

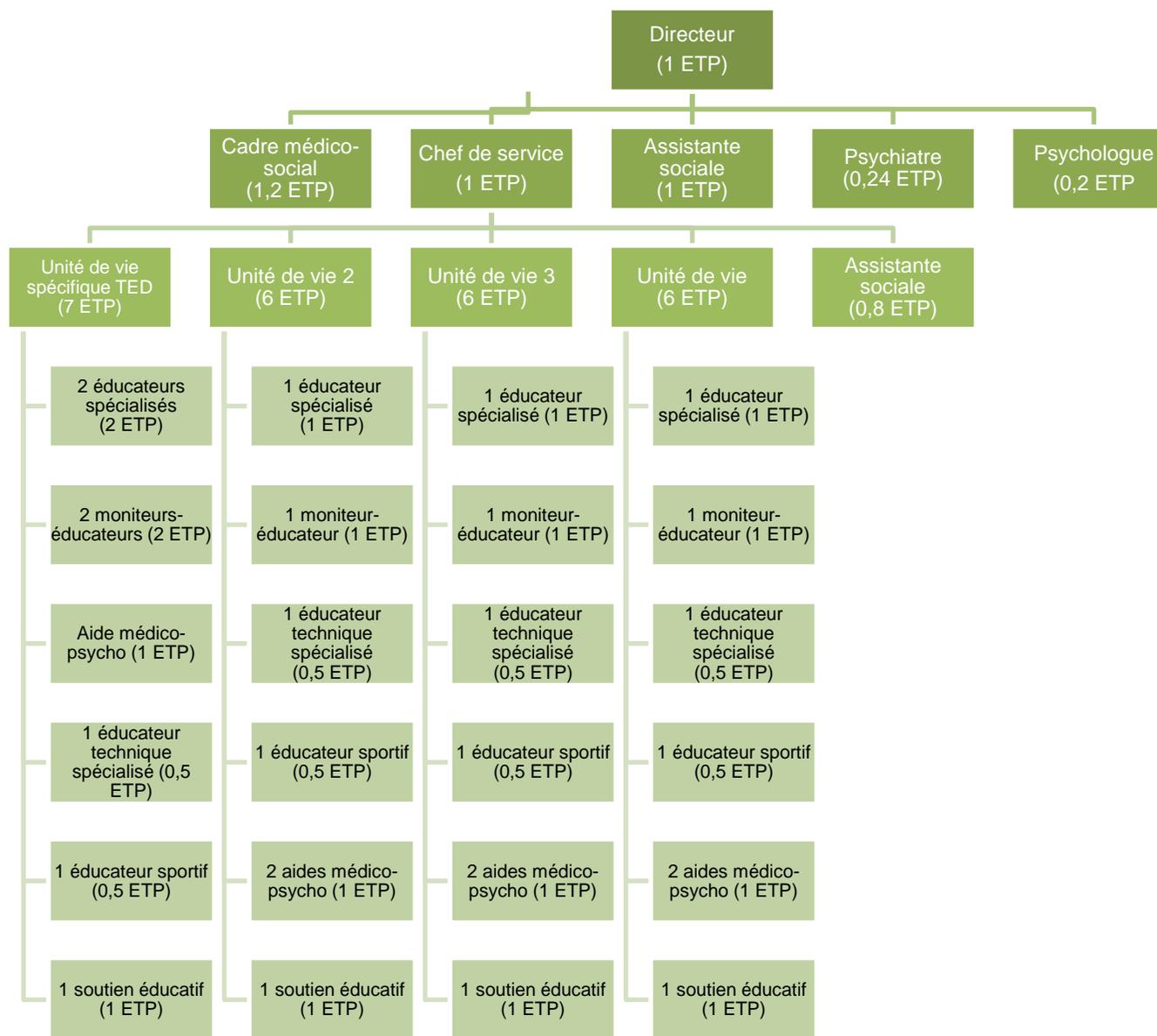
Répartition des postes sur le site réunifié Forest en janvier 2017

	CAJ	Ajustement ETP	TOTAL
	Effectif en personnel	Renforcement RH	Effectif en personnel
	2014		CAJ : 108 personnes
	nb ETP	nb ETP	nb ETP
Direction	1,20	+ 0,50	1,70
Administration	1,53		1,53
Services généraux	3,50		3,50
Socio-éducatif ²⁴⁹	22	3	25
Assistante sociale	0,8	+ 0,20	1
Psychiatre	0,24		0,24
Psychologue	0,20	+ 0,50	0,7
TOTAL	29,47	+ 4,20	33,67

Cadre médico-social : son poste se répartit en 0,5 ETP équipe de direction, 0,5 ETP partie paramédicale (Psychologue).

²⁴⁹ Dont 4 ETP soutiens éducatifs en CUI-CAE.

Annexe 32 : Organigramme cible du CAJ de Parilly (janvier 2017)



Annexe 33 : Financement des mesures du Projet d'établissement

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Rubrique : Formation, intervention, conseil							
Total coût Intervention/Frais/remplacement	31 070	41 410	46 967	41 730	42 520	43 310	43 155
Budget Formation PAUF	7 500	7 600	7 700	7 800	7 900	8 000	8 100
Autre budget de formation	8 000						
Total budget Formation/Intervention	15 500	15 600	15 700	15 800	15 900	16 000	16 100
Rubrique RH : Renforcement de l'équipe (arrivée en février 2015)							
Total RH supplémentaires				59 480	178 440	181 117	183 834

Rubrique Projet Immobilier : Données financières globales	
Coût global	4 900 000
Subvention Lyon Métropole	1 000 000
Subvention ADAPEI du Rhône	1 000 000
Solde	2 900 000
Coût annuel de l'emprunt pour financement du solde	140 000
Frais de fonctionnement supplémentaires pour les 6 places supplémentaires	7 500
Total	147 500

Économies d'échelles annuelles dues au regroupement à partir de 2017 + Contribution pour transport	
Économie Transports Génie - Restaurant collectif	11 000
Économie Transport Navette - Génie/Forest	30 000
Économies d'échelle fioul, eau, électricité (15 % du réalisé)	6 750
Total	47 750

Recettes en atténuation supplémentaires	
Augmentation de la contribution aux frais de transport supplémentaires par usagers et entourage	3 800
Contribution aux frais des 6 places supplémentaires	12 600
Total	16 400
Surplus lié à la tarification de 6 places supplémentaires (TO de : 95 %)	125 525²⁵⁰

²⁵⁰ Prix de journée pour les 6 places 6 x 100.01 x 220 x 95 % = 125 525 €

Ligne argumentaire dans les négociations avec Lyon Métropole : le solde entre ressources supplémentaires et mesures du Projet d'établissement (comprenant la rénovation immobilière) peut - être financé en réaffectant les résultats excédentaires (taux d'occupation minimum à atteindre pour l'année 2017 autour de 95 %).

En 2015 le taux d'occupation s'élève à 88 %. Nous avons amorti les effets de l'installation. Rappel : le Conseil général, étant donné les conditions d'installation physique, avait posé comme un taux d'occupation acceptable 85 %. Nous nous situons, au regard des premiers éléments dont je dispose, sur un taux de l'ordre de 90 % en 2016. 2017 sera considérée comme l'année où les mesures du Projet d'établissement commenceront à être pleinement effectives, un taux d'occupation à 95 % apparaît réaliste.

	2013		2016		2017	
	Budget prév.	Réalisé	Budget prév.	Réalisé	Budget prév.	Réalisé
DÉPENSES						
Dépense fonctionnement et bâtiment (G1&G3)		660 507	692 108		873 634	
Masse salariale (G2)		1 099 504	1 256 145		1 434 585	
TOTAL		1 760 011	1 948 253		2 308 219	
RECETTES						
Produits de tarification		1 907 591	2 019 802		2 145 327	
Autres produits d'exploitation		197 951	207 837		224 237	
TOTAL		2 105 542	2 227 639		2 370 564	
RÉSULTAT COMPTABLE		345 531	279 386		62 345	

Annexe 34 : Éléments méthodologiques

Canevas utilisés dans les interviews semi-directifs

4 usagers avec ancienneté inférieure à 1 an ont été reçus en entretien en présence de leurs référents. Les référents interviewés après échange avec usagers. Discussion sur les éléments apportés par les usagers

Avec les familles et les professionnels, la grille d'interview a été utilisée dans le cadre d'entretiens formels et d'échanges informels.

Rappel de l'hypothèse de départ :

Les différentes étapes composant ce processus d'accueil /admission fournissent des points de repère via une dynamique d'échanges qui permettent à l'utilisateur de :

- participer à la construction de son parcours dès le démarrage,
- faciliter l'intégration/installation de l'utilisateur,
- lui offrir le maximum d'accès à la compréhension et au sens de ce qui lui est proposé en termes de prestation et de cadre pour qu'il puisse construire son parcours, choisir ses prestations de façon directe et éclairée.

CANEVAS :

Usagers (15 à 20 min)

Après présentations mutuelles

NB : Les termes seront adaptés en fonction des personnes de manière à se faire comprendre au maximum. L'objectif est de proposer à la personne de raconter la façon dont elle a vécu et compris les situations le plus naturellement possible. On tâchera de poser le moins de questions en comptant sur ce que la personne dira spontanément.

- Comment s'est passé la première fois que vous êtes arrivé ici ?
- Reprise des différentes étapes (compte tenu de ce que la personne aura dit plus haut), questions types :
 - La rencontre avec les professionnels
 - La visite avant le stage
 - Le stage
 - Le bilan de fin de stage
 - La contractualisation

- Quelle est l'utilité de cette rencontre/de ce moment ?
- De quoi avez-vous parlé ? (Qu'est-ce que l'on vous a donné comme information, qu'est-ce vous avez donné comme information.)
- Comment vous êtes-vous sentis ?
- Qu'est-ce que l'on vous a remis comme documents ?
- À quoi servent ces documents ?
- Qu'est-ce qu'on vous a dit à la fin de cette rencontre ?
- Qu'avez-vous retenu de cette rencontre ?

- Questions spécifiques au stage :
 - Comment avez-vous eu connaissance de votre emploi du temps ?
 - Comment vous a-t-on présenté les sites de la rue du Génie et de la rue Forest ?
 - Comment vous a-t-on présenté les activités possibles ?
 - Qu'est-ce qui vous a permis de savoir comment allait se passer la journée, la semaine ?
 - Est-ce qu'il y a des règles (Règlements, droits) au CAJ ?
 - Qui vous les a transmises, où sont-elles écrites ?

Familles (15 à 20 min)

- Comment Mme/Mlle/M vous a-t-il raconté la première fois qu'il a été reçu ?
- Reprise des différentes étapes : Que vous a-t-elle/il dit à l'issue des différentes étapes ? (Sujets abordés, ressentis par exemple)
 - La rencontre avec les professionnels
 - La visite avant le stage
 - Le stage
 - La contractualisation
- Questions types pour chaque étape
 - Quels sont les documents qui lui ont été remis et comment s'en est-il servi ?
 - Comment ont été présentés les droits et devoirs (Règles)
 - À l'issue de ces phases, qu'a-t-il compris, appris ?
 - Qu'a-t-il retenu de marquant par rapport à ces différentes étapes ?

Questions spécifiques aux professionnels (45 min à 1 h en entretien formel)

- Quelle est la plus-value du processus d'accueil /admission ?
- Quels sont les objectifs des différentes étapes du processus d'accueil/admission ?

- Sur quoi faut-il être attentif ?
- Quelle perception l'utilisateur a-t-il de ces différents moments ? Quel sens leur donne-t-il ?
- Comment les informations données ou recueillies par l'utilisateur au cours des différentes étapes sont-elles utilisées par lui dans la suite de son parcours ?
- Comment les utilisateurs comprennent-ils le rôle des différents acteurs du processus ?
- Comment comprennent-ils les différents documents qui leur sont transmis ?
- Points forts et points améliorables ?

Question sur les missions du CAJ :

- Missions du CAJ de Parilly.
- À quels besoins, attentes répond-il ?

Grille d'interview auprès des professionnels :
les réponses du CAJ aux besoins et attentes des personnes avec TED

Compte tenu des missions du CAJ de Parilly :

- Quelles sont les particularités de l'accompagnement proposé à des personnes qui présentent des Troubles envahissants du développement en parallèle à la déficience intellectuelle ?
- Que pensez-vous des réponses apportées par le CAJ ? Sont-elles satisfaisantes ? Oui/non ? Pourquoi ?
- Que faudrait-il faire pour accompagner au mieux les personnes avec TED ou autres troubles psychiques ? Sur le plan de l'organisation, des activités ?
- Concernant les activités : que faudrait-il mettre en place en termes de nature d'activité et de modalités de fonctionnement ?
- Commentaires libres

HAMADOU

Mohamed

Septembre 2016

Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale

ÉTABLISSEMENT DE FORMATION : ARAFDES

REORGANISER UN CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR POUR RÉPONDRE AUX ATTENTES ET BESOINS PLURIELS D'ADULTES DÉFICIENTS MENTAUX

Résumé :

Le Centre d'accueil de jour (CAJ) de Parilly dans le Rhône accueille 102 adultes de plus de 20 ans en situation handicap mental, encadrés par une équipe de 29 personnes en Équivalent temps plein. Il est composé de deux sites sur Vénissieux et Bron.

Le CAJ de Parilly rencontre des difficultés à personnaliser son accompagnement dans un cadre d'organisation dominé par le primat des activités en groupe.

J'ai saisi l'opportunité de devoir en priorité améliorer l'accompagnement d'usagers souffrant de TED pour réorganiser les modalités, processus d'accompagnement et modes de fonctionnement en équipe.

J'ai utilisé comme leviers clés de changement les démarches d'évaluation interne et externe, de réélaboration du Projet d'établissement et le projet immobilier d'unification des deux sites à horizon septembre 2017.

L'enjeu est d'ancrer un changement durable en structurant le CAJ dans une perspective d'organisation apprenante.

Mots clés :

Personnalisation, troubles envahissants du développement, comportements - problèmes, crises, évaluation, bonnes pratiques, changement, projets, pouvoir d'agir, organisation apprenante, processus, pilotage, coconstruction.

L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.