



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2005

Enfance

**RÉORGANISER UN SESSAD ATYPIQUE POUR
REQUALIFIER ET OPTIMISER L'ACCOMPAGNEMENT
DE JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP SENSORIEL**

Olivier BOLLENGIER

Remerciements

Aides essentielles pour la réalisation de ce travail, mes proches et surtout mes très proches m'ont soutenu tout au long de mon parcours de formation...qu'ils en soient ici vivement remerciés.

Je remercie également pour leur disponibilité et leurs conseils éclairés :

- Madame Danièle FOURTEAU, Directrice du Centre de l'Audition et du Langage (C.A.L) de Mérignac (33),
- Monsieur William TOUZANNE, Adjoint à la responsable du pôle formations supérieures à L'Association Régionale du Travail Social (ARTS) de Talence (33).

Je remercie enfin pour la ressource qu'ils constituent dans la construction de ma pratique professionnelle :

- Monsieur Alain DREANO, Directeur Général de l'ADPEP 17,
- Monsieur Didier CHAVRY, Directeur du SESSAD MTC de l'ADPEP 17.

Sommaire

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES UTILISES	1
INTRODUCTION.....	1
1 APPROCHE CONTEXTUELLE D’UN SESSAD ATYPIQUE	3
1.1 LES TRAITs CARACTERISTIQUES DU CADRE D’INTERVENTION DU SASAIS	3
1.1.1 <i>Le SASAIS : 4 services en 1 pour l’accompagnement de jeunes déficients sensoriels et de leurs familles.....</i>	3
A) Un cadre d’action commun : le SESSAD.....	3
B) Des contours et des publics particuliers : la portée de l’agrément du SASAIS	7
1.1.2 <i>Le SASAIS : un SESSAD autonome.....</i>	10
A) Une autonomie de fonctionnement.....	10
B) Une situation de monopole départemental dans l’accompagnement « global » médico-social de jeunes déficients sensoriels	11
1.1.3 <i>Le SASAIS : des conditions de structuration particulières</i>	13
A) Les aléas de la structuration du SASAIS.....	13
B) L’impact de la filiation associative	14
C) La structuration non aboutie du plateau technique opérationnel.....	15
1.2 LE CARACTERE ATYPIQUE DU SASAIS : ENTRE RESSOURCES ET CONTRAINTES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE SON PROJET	17
1.2.1 <i>La déclinaison des axes du projet et de l’offre de service du SASAIS</i>	17
A) Le défaut d’opérationnalité du projet de service actuel.....	18
B) L’attachement à proposer une offre de service qui prenne en compte le jeune déficient sensoriel dans sa globalité.....	19
1.2.2 <i>Les incidences à tonalité positive de la spécificité du SASAIS pour la mise en œuvre de son projet</i>	20
A) Une véritable dynamique d’équipe héritage de l’ « élan fondateur ».....	20
B) L’autonomie du service : une invitation à coordonner les interventions à partir de l’environnement du jeune	20
C) Un projet personnalisé porté par les éducateurs : une opportunité pour favoriser la relation au jeune et à sa famille	21

1.2.3	<i>les incidences à tonalité négative de la spécificité du SASAIS pour la mise en œuvre de son projet.....</i>	22
A)	La difficulté du SASAIS à répondre à la globalité et la spécificité des besoins repérés.	22
B)	Un manque de lisibilité de l'offre de service qui gomme l'identité du SASAIS.....	25
C)	La manifestation d'indicateurs qui appellent pour le Directeur la nécessité d'impulser un « second souffle » institutionnel.....	28
	<u>Conclusion de la première partie - Problématique et hypothèses de travail</u>	29
2	POSTURES ET MODES D'ACTION POUR UNE OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SERVICE EN DIRECTION DES USAGERS DU SASAIS.....	31
2.1	L'INTERVENTION SOCIALE GLOBALISEE COMME REPONSE AUX BESOINS DES JEUNES DEFICIENTS SENSORIELS ET DE LEURS FAMILLES	32
2.1.1	<i>De l'usager à l'organisation : promouvoir en SESSAD une approche systémique des situations pour relever le défi de la complexité.....</i>	33
A)	L'avènement d'une approche situationnelle des besoins de l'utilisateur	33
B)	L'approche systémique de l'organisation pour une meilleure compréhension des enjeux institutionnels	37
2.1.2	<i>De la prise en charge globale à l'action sociale globalisée : l'émergence de la question du partenariat.....</i>	41
A)	Les principaux enjeux visant à garantir l'opérationnalité de l'action partenariale ...	42
B)	Les variables inhérentes à la relation partenariale	44
2.2	LE RESEAU : MODELE D'ACTION SOCIALE POUR REQUALIFIER ET OPTIMISER L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE DU JEUNE ET DE SA FAMILLE	46
2.2.1	<i>Un outil organisationnel au service du partenariat opérationnel</i>	47
A)	Définition et repères.....	47
B)	L'accompagnement en réseau : relever le défi de la compétence des acteurs pour améliorer le service rendu à l'utilisateur.....	48
2.2.2	<i>Les principaux vecteurs d'identité et de réussite d'un accompagnement en réseau</i>	50
A)	L'identification et le partage d'un projet commun	51
B)	Le développement de la fonction de communication	51
C)	La coordination effective des interventions	52
D)	La promotion d'une culture d'évaluation des pratiques d'accompagnement en réseau	53

3	AGIR SUR L'ORGANISATION A PARTIR D'UN NOUVEAU PROJET DE SERVICE POUR ADAPTER LE SASAIS AUX ENJEUX DE SON EVOLUTION EN MILIEU COMPLEXE.....	55
3.1	REFONDER UN PROJET DE SERVICE EN RESEAU POUR PERSONNALISER LA REPONSE APPOURTEE AUX BESOINS DES USAGERS	55
3.1.1	<i>Repositionner le service par le développement de nouveaux axes d'intervention...</i>	56
A)	Garantir la technicité inhérente à l'accompagnement de certaines situations	56
B)	Activer l'intervention du service dans le cadre de l'éducation précoce	57
C)	Garantir les relais nécessaires en cas d'incompétence du service au regard de certaines problématiques	58
3.1.2	<i>La méthodologie retenue pour une redéfinition des contours de l'intervention du service</i>	60
A)	Un projet clarifié.....	60
B)	Une communication effective autour du projet	62
C)	Une évaluation des actions conduites et de leur processus de construction.....	63
3.1.3	<i>Les principaux leviers d'action pour le Directeur</i>	65
A)	La poursuite de la mise en œuvre des axes de rénovation du secteur social et médico-social prévus par la loi du 2.01.2002	65
B)	La récente implantation du service dans de nouveaux locaux	66
C)	Le projet d'extension du service.....	67
3.2	REORGANISER LE SERVICE POUR SOUTENIR LA MISE EN ŒUVRE DE SON PROJET	69
3.2.1	<i>Redéfinir l'architecture du SASAIS</i>	69
A)	Adapter l'organisation... ..	69
B)	Clarifier le rôle et la place des acteurs.....	71
C)	Maîtriser les incidences financières du projet.....	74
3.2.2	<i>Réunir les conditions favorables au développement de l'action sociale globalisée</i>	75
A)	Favoriser les espaces de rencontre entre acteurs	75
B)	Clarifier les relations contractuelles entre les acteurs	77
C)	Renforcer la compétence des acteurs	80
	CONCLUSION	82
	BIBLIOGRAPHIE	84
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

- ADPEP** : Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public
- AMP** : Aide Médico-Psychologique
- APEDA** : Association de Parents d'Enfants Déficients Auditifs
- AVS** : Auxiliaire de Vie Scolaire
- CAFDES** : Certificat d'Aptitude à la Fonction de Directeur d'Etablissement Social et Médico-Social
- CAFRUIS** : Certificat d'Aptitude à la Fonction de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
- CAMSP** : Centre d'Action Médico Sociale Précoce
- CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CCPE** : Commission de Circonscription Pré-élémentaire et Élémentaire
- CCSD** : Commission de Circonscription du Second Degré
- CDES** : Commission Départementale de l'Education Spéciale
- CLIS** : CLasse d'Intégration Scolaire
- CREAHI** : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Handicapées et Inadaptées
- CROSMS** : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
- CROSS** : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
- DA** : Déficience Auditive
- DDASS** : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
- DRASS** : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
- DETAS** : DElégation Territoriale d'Action Sociale
- DV** : Déficience Visuelle
- EJE** : Educateur de Jeunes Enfants
- ETP** : Equivalent Temps Plein
- ES** : Educateur Spécialisé
- IME** : Institut Médico-Educatif
- LPC** : Langage Parlé Complété
- LSF** : Langue des Signes Française
- PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- SAAAIS** : Service d'Accompagnement à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire
- SAFEP** : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce
- SASAIS** : Service d'Aide et de Soutien à l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire
- SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
- SSEFIS** : Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire
- UPI** : Unité Pédagogique d'Intégration

INTRODUCTION

Depuis un peu plus d'un demi siècle et malgré le retard qu'il reste à combler en France au regard de certains pays voisins, les avancées dans la prise en compte des besoins des personnes handicapées ont été majeures. De l'enfant « arriéré semi éduicable »¹ au jeune « en situation de handicap », un détour par les terminologies employées à certaines périodes de l'histoire est particulièrement éloquent. En nous projetant trente années en arrière, nous pouvons constater qu'au-delà des progrès de fond réalisés entre les deux textes, une révolution culturelle s'est opérée depuis la loi du 30 juin 1975² « en faveur » des personnes handicapées jusqu'à celle du 11 février 2005³ pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

Dans l'optique de renforcer le mouvement inclusif qu'elle induit et de donner une nouvelle impulsion à l'action médico-sociale en direction des personnes en situation de handicap, la nouvelle loi du 11 février 2005 rappelle clairement les objectifs à atteindre par les établissements et services chargés de la mettre en œuvre : « l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie ».

Positionnés à l'interface entre le milieu « ordinaire » de vie et l'établissement spécialisé, les Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) occupent une place stratégique pour favoriser ce mouvement.

Les données statistiques collectionnées⁴ sont significatives pour traduire l'engouement qui existe pour ces structures. La capacité de prise en charge par les SESSAD a progressé de près de 247% sur la période 1988/2001. Avec 22.835 places installées, elle représente en 2001 plus d'un quart de l'offre globale de prise en charge médico-sociale (17,5% en 2001 contre 5% en 1988) et favorise le maintien du jeune dans un milieu ordinaire de vie. Cette évolution qui traduit une recomposition du secteur entre services à domicile et établissements, est particulièrement marquée en ce qui concerne le champ de la déficience sensorielle. On note en effet une réduction de 9% de la capacité d'accueil des instituts pour enfants déficients sensoriels entre 1997 et 2001, alors que dans le même

¹ Terminologie retenue par deux circulaires Santé posant les bases des annexes XXII en 1948.

² Loi n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

³ Loi n°2005-102 du 11 février 2005.

⁴ DRESS. Etudes et Résultats. *Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés*. N°288, Février 2004.

temps le nombre d'enfants présentant des déficiences sensorielles accueillis dans les structures (établissements et services) est passé de 8.300 à 12.500 sur cette période.

Ainsi, les SESSAD accompagnent désormais plus souvent que les établissements les enfants dont les déficiences principales sont sensorielles (24% des enfants et jeunes accueillis en SESSAD, contre 7% en établissement).

C'est à partir de ce cadre d'intervention que se développe, depuis maintenant six années en Charente Maritime, l'action du Service d'Aide et de Soutien à l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire (SASAIS), géré par l'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de Charente-Maritime (ADPEP 17).

Structure originale dans le paysage médico-social car positionnée pour une intervention combinée auprès de jeunes déficients auditifs et visuels, le SASAIS entend apporter une réponse globale de proximité aux problématiques rencontrées.

Dans le respect des missions découlant de son agrément, de la récente rénovation de l'action sociale et médico-sociale, le SASAIS doit se donner les moyens d'orienter son action à partir d'une dynamique centrée sur la personne tout en proposant l'appui nécessaire à son environnement familial, social, scolaire ou professionnel.

De notre place de Directeur⁵, un diagnostic étayé de la situation actuelle du service (partie 1), doit nous permettre d'analyser en quoi ses traits caractéristiques, atypiques par plusieurs aspects, ouvrent des perspectives intéressantes mais s'avèrent également source de contraintes.

A partir du constat de la difficulté du SASAIS à apporter une réponse globale et personnalisée à la spécificité et à la diversité des besoins repérés, nous analyserons en quoi l'organisation a progressivement pris le pas sur le sens de l'action conduite.

Dans un second temps (partie 2), nous développerons l'idée selon laquelle une vision renouvelée des besoins des usagers et des modes de structuration de l'action médico-sociale est de nature à redéfinir les contours d'une coopération entre acteurs, fondement d'une relation d'accompagnement requalifiée et optimisée.

C'est fort de ce repositionnement de l'organisation au service d'un projet porteur de « sens commun » (partie 3) que le Directeur du SASAIS sera à même de coordonner et d'articuler les interventions de manière à traduire en actes le principe du passage d'une prise en charge globale à l'intervention sociale globalisée.

⁵ Afin de veiller au respect des « codes » de rédaction, l'utilisation du « nous » sera privilégiée dans ce travail et notamment pour la déclinaison de mon plan d'action depuis la place de Directeur du SASAIS.

1 APPROCHE CONTEXTUELLE D'UN SESSAD ATYPIQUE

Le SASAIS s'inscrit dans la dynamique des Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile. Centré sur l'accompagnement de jeunes déficients sensoriels (auditifs et visuels) et de leurs familles entend favoriser leur intégration sociale et scolaire.

Si ce postulat générique a le mérite d'encadrer notre champ d'investigation, il est bien imprécis pour apporter une traduction fidèle de la réalité de ce service qui reste une exception quant à son intervention combinée auprès d'usagers aux caractéristiques très différentes (les jeunes déficients auditifs et les jeunes déficients visuels).

En effet, qu'elles découlent de son agrément, de son mode d'organisation ou de ses conditions de structuration, des spécificités majeures constituent son identité et caractérisent le SASAIS. Celles-ci peuvent s'inscrire en cohérence avec le sens de l'action conduite, mais également largement le remettre en cause.

C'est à partir des éléments constitutifs de son cadre de référence et à l'appui de certains indicateurs que nous devons, en tant que Directeur, impulser une action afin d'optimiser la qualité de l'accompagnement proposé aux jeunes déficients sensoriels et à leurs familles. Au préalable, il convient d'appréhender ces particularismes à leur juste dimension.

1.1 Les traits caractéristiques du cadre d'intervention du SASAIS

L'hétérogénéité des modes de fonctionnement est une caractéristique largement reconnue aux SESSAD. Il convient cependant d'admettre le supplément d'originalité qui réside dans celui qui fait l'objet de notre étude.

Le SASAIS déroge en effet à un nombre important de « standards » de l'action médico-sociale initiée en « ambulatoire ». Ce constat découle pour l'essentiel de la conjonction de plusieurs facteurs que nous proposons de présenter tour à tour :

- son agrément élargi,
- le caractère autonome de son statut et de son intervention,
- ses conditions particulières de structuration.

1.1.1 Le SASAIS : 4 services en 1 pour l'accompagnement de jeunes déficients sensoriels et de leurs familles

Conformément à son agrément, le SASAIS regroupe à travers un même modèle d'action social, quatre services aux contours particuliers qui se singularisent soit par la population accompagnée, soit par le moment à partir duquel se met en place l'intervention.

A) Un cadre d'action commun : le SESSAD

Particulièrement adaptés à la concrétisation de l'idéal intégratif voire inclusif, les SESSAD se sont construits autour de l'idée de développer une autre façon de prendre en compte

les besoins des jeunes en situation de handicap en proposant une alternative au placement systématique en établissement spécialisé.

Mieux connaître le SASAIS implique nécessairement un détour par une approche détaillée des contours de son cadre d'action quant à son histoire, son organisation et ses missions.

a) *Historique et environnement juridique de l'intervention en SESSAD*

Créés, à l'initiative de l'Association des Paralysés de France, à la fin des années 1960 en direction des enfants polyhandicapés par le Docteur Elisabeth ZUKHAM, les SESSD puis SESSAD (Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile) sont pour la première fois définis juridiquement au début des années 1970⁶.

Il faut néanmoins attendre la loi du 30 juin 1975⁷ et la publication des décrets afférents pour percevoir en eux les outils susceptibles de contribuer à faire vivre le droit « à l'Education, à la formation et à l'intégration des personnes handicapées » alors élevé au rang d' « obligation nationale ».

Ce tournant politique va favoriser la mise en avant de l'idée selon laquelle le placement en établissement spécialisé ne doit s'opérer qu'à partir du moment où le maintien dans le milieu de vie n'est pas envisageable : « l'action poursuivie assure, chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent, l'accès du mineur et de l'adulte handicapés aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie »⁸.

C'est en réponse à cette préconisation (qui tend à devenir une injonction) que les SESSAD ont, au regard de la correspondance de leurs missions aux objectifs assignés, rapidement été perçus comme les « supports » de la désinstitutionnalisation de la prise en charge du handicap.

Les nouvelles annexes XXIV au décret d'octobre 1989⁹ ont par la suite précisé « les conditions de prise en charge des enfants et adolescents par les services d'éducation spéciale » pour ainsi permettre leur généralisation sur le plan géographique et selon le type de pathologies susceptibles d'être accompagnées. Ce texte reste à ce jour le document le plus abouti quant à la définition des principes et conditions d'intervention des SESSAD.

⁶ Décret n° 70.1332 du 16 Décembre 1970, modifiant l'annexe XXIV du décret n°56.284 du 9 Mars 1956.

⁷ Loi n°75-534 du 30 Juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

⁸ Art 1^{er}. op.cit.

⁹ Décret n°89-796 du 27 Octobre 1989 instituant les nouvelles annexes XXIV.

La loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant leur secteur d'intervention viendra, plusieurs années après, consacrer l'inscription de l'action des SESSAD dans le champ de l'action sociale et médico-sociale pour la première fois définie à l'article 2 : « elle tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.»

Pour répondre à ces objectifs généraux, les SESSAD apparaissent comme des dispositifs particulièrement en phase avec l'évolution de la réglementation.

b) Finalités et missions de dispositifs en prise directe avec l'évolution des politiques publiques

Plusieurs idées centrées sur la famille, le territoire et le partenariat, fondent aujourd'hui encore les finalités de l'intervention des SESSAD et en particulier celles qui visent à « rendre l'enfant handicapé à sa famille », à ne pas le « confisquer » et en faire l'objet de rééducations. Il s'agit également de travailler de manière privilégiée avec les parents en accueillant leur demande, en les autorisant à dire leur mal, leurs difficultés, sans pour autant imposer les conseils, les conceptions idéales sur l'enfant handicapé qui est essentiellement le leur.

En élargissant la notion de domicile et en parlant de milieu naturel, le rapport avec l'environnement est essentiel pour harmoniser les rééducations nécessaires pour l'enfant, les ordonner en priorité pour ne pas surcharger son emploi du temps.

C'est dans ce but que des missions précises ont été dévolues aux SESSAD pour une intervention auprès de jeunes de 0 à 20 ans. L'article 48 du décret du 27 Octobre 1989 vient les clarifier :

- « la prise en charge précoce pour les enfants de la naissance à six ans comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures ;
- le soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés. »

Si les missions assignées aux SESSAD sont ainsi particulièrement bien identifiées, leur cadre d'organisation paraît, quant à lui, peu fédérateur.

c) Modalités d'intervention et moyens dévolus aux SESSAD

L'ancrage des SESSAD dans le secteur médico-social vient encadrer les modalités selon lesquelles doit, par principe, se décliner leur offre de service.

Alors que le secteur sanitaire s'intéresse en priorité à l'organe malade, le secteur médico-social contribue à un accompagnement global de la personne. L'intervention ne peut donc se limiter au traitement d'un symptôme. Il s'agit bien d'une aide à la personne dans tous les aspects de son développement, physique, psychologique et social.

Dans un ouvrage collectif sur les SESSAD¹⁰, Daniel Terral résume parfaitement la complexité de ce positionnement : « c'est une mission difficile qui est confiée ici au médico-social, mais une mission où, bien au-delà du handicap, c'est à la personne que l'on s'intéresse en priorité ».

Cette dimension donnée à l'intervention en SESSAD nous invite, tant dans notre pratique professionnelle qu'au sein de cette étude, à reconsidérer les notions d' « usager » et de « soin » dans une compréhension extensive.

Conscients que du social et de l'éducatif s'immiscent dans la relation de soin et inversement, le terme de « soin » doit ici être compris dans son acception élargie. Comme le soulignait Stanislas Tomkiewicz dans l'un de ses écrits¹¹, « tout ce qui est médical ne relève pas du soin, et tout ce qui relève du soin n'est pas médical ».

Concernant l' « usager », les annexes XXIV au décret de 1989 centrent le champ d'intervention des SESSAD sur « l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ». Cette invitation à étendre en SESSAD la notion d'usager est renforcée par l'idée que les parents demeurent les premiers éducateurs de leurs enfants. Dans la circulaire d'application au décret de 1989¹² il est d'ailleurs précisé que : « la prise en compte des difficultés parentales est indissociable de l'aide à apporter à l'enfant ».

D'un point de vue plus administratif, il est important de noter qu'au SASAIS, comme pour la plupart des autres établissements et services, l'admission relève d'une décision de la Commission Départementale d'Education Spéciale (CDES). L'ensemble des prestations est financé par l'assurance maladie, désormais sous forme de dotation globale de fonctionnement.

Si les textes fondateurs de l'intervention viennent apporter des repères en insistant sur le caractère global (thérapeutique, éducatif, pédagogique) de l'accompagnement, nous constatons néanmoins une extrême diversité des modes d'organisation retenus pour ces services.

¹⁰ TERRAL D. et al. *Prendre en charge à domicile l'enfant handicapé*. Dunod, 2002, p 50.

¹¹ TOMKIEWICZ S. *Pédagogie et thérapie*. Cahiers du CTNERHI n°51/52,1990.

¹² Circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989 modifiant les conditions de la prise en charge des enfants et adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale.

Cette « latitude » laissée aux promoteurs de ces organisations trouve sans doute son fondement dans un souci visant à ne pas figer les structures dans un fonctionnement stéréotypé alors qu'elles nécessitent par nature une souplesse favorisant l'adaptation à leur environnement.

Au moment de recentrer notre propos sur le SASAIS, il convient enfin de préciser que les SESSAD déclinent leurs appellations et leurs organisations en référence aux particularités inhérentes à l'âge et à la nature du handicap reconnu au jeune accompagné.

B) Des contours et des publics particuliers : la portée de l'agrément du SASAIS

L'action du SASAIS est orchestrée à partir et dans le respect du cadre de référence qui vient d'être présenté.

Néanmoins, il se démarque de la grande majorité des autres services de soins ambulatoires par le fait qu'il regroupe au sein d'une même entité un SSEFIS (Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire) pour jeunes déficients auditifs, un SAAAIS (Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire) pour jeunes déficients visuels et deux SAFEP (Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce) l'un pour déficients auditifs, l'autre pour déficients visuels.

Par une formule générique, l'agrément du SASAIS délivré le 25 novembre 1998 prévoit en effet une intervention pour « des jeunes déficients sensoriels de 0 à 20 ans présentant une déficience sensorielle moyenne sévère ou profonde, avec ou sans handicap associé ».

La première spécificité du cadre d'intervention de ce service réside donc dans le fait qu'il est compétent pour intervenir auprès de ces deux populations bien différenciées, à des stades très divers de leur évolution.

a) *Les SAFEP : SESSAD pour l'intervention précoce auprès d'enfants déficients sensoriels et de leurs familles*

Les annexes XXIV quater et quinquies au décret de 1988 réglementant le champ des établissements et services pour jeunes déficients sensoriels prévoient toutes les deux la possibilité qu' « un SAFEP soit créé pour les enfants de la naissance à 3 ans et assure [...] tout particulièrement le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic ».

Avec l'aide de professionnels spécialisés, le rôle du SAFEP auprès des jeunes déficients auditifs est, selon ce texte, plus centré sur « l'adaptation prothétique, l'éveil et le développement de la communication de l'enfant ».

Pour ce qui concerne les déficients visuels, l'accent doit être porté sur « l'approfondissement du diagnostic et le développement psychomoteur initial de l'enfant ».

Compétent, à la lecture de son agrément, pour déployer son intervention à partir de la naissance de l'enfant déficient sensoriel, le SASAIS répond au cadre d'intervention de l'action SAFEP pour les déficients auditifs et à celui du SAFEP pour les déficients visuels. Ce volet relatif à l'intervention précoce auprès de jeunes déficients sensoriels ne reste cependant qu'une étape au regard du champ de compétence plus large du service.

b) Le SSEFIS et le SAAAIS : SESSAD pour l'accompagnement de jeunes déficients sensoriels et de leurs familles

Les SSEFIS et SAAAIS s'apparentent à des SESSAD aux dénominations différenciées au regard des publics accompagnés et surtout de la nature de leurs missions.

Le décret du 22 avril 1988 nous renseigne sur les missions du SSEFIS en indiquant qu'il « apporte, une aide pour les jeunes déficients auditifs de plus de 3 ans qui suivent par ailleurs une scolarité en milieu ordinaire ainsi que pour ceux de 3 à 6 ans qui ne peuvent bénéficier d'une telle scolarité ».

Le SAAAIS se caractérise quant à lui par le fait qu'il apporte aux jeunes déficients visuels, « d'une part, l'ensemble des moyens de compensation du handicap, de développement de la vision fonctionnelle, d'apprentissage des techniques palliatives, d'autre part, les soutiens pédagogiques adaptés et assurant la mise à disposition des matériels et équipements spécialisés ».

Les nouvelles annexes XXIV quater et quinques au décret précité fixent les conditions techniques d'autorisation des établissements qui accueillent des enfants déficients auditifs et visuels.

Elles prévoient qu'à l'aide de personnels qualifiés, l'action en ambulatoire des SSEFIS et SAAAIS revêt les mêmes caractéristiques que la prise en charge en institution soit :

- une surveillance médicale et technique, notamment de l'état visuel ou auditif (nature, importance, évolution, correction s'il y a lieu), et de leurs conséquences sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent et des déficiences associées éventuelles ;
- l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant (L'art 11 du décret prévoit notamment que « la famille doit être associée à l'élaboration du projet individuel thérapeutique, pédagogique et éducatif et à sa mise en œuvre ») ;
- l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances et d'un niveau culturel optimum ;
- des actions tendant à développer la personnalité et l'insertion sociale.

Les missions de ces deux entités sont néanmoins largement divergentes sur un certain nombre de points :

Doivent plus particulièrement être accompagnés pour les jeunes déficients auditifs (annexe XXIV quater) :

- L'éveil et le développement de la communication entre le déficient auditif et son entourage selon des stratégies individualisées faisant appel à l'éducation auditive, à la lecture labiale et à ses aides, à l'apprentissage et à la correction de la parole ainsi qu'éventuellement à la langue des signes française.

La circulaire d'application du 22 avril 1988¹³ fait quant à elle état des modifications des conditions de prise en charge des enfants déficients auditifs et met l'accent sur les techniques de communication :

- . affirmer le rôle fondamental de la famille dans l'éducation et le soutien responsable des enfants atteints de déficience auditive sévère et profonde ;
- . reconnaître la communication comme noyau central de toute action éducative avec l'enfant sourd ;
- . diversifier les modes d'intervention.

Doivent plus particulièrement être accompagnés pour les jeunes déficients visuels (annexe XXIV quinquies) :

- l'éveil et le développement de la relation par :
 - . le développement des moyens sensoriels et psychomoteurs de compensation du handicap visuel ;
 - . la stimulation et le développement de la vision fonctionnelle, incluant l'utilisation éventuelle d'aides optiques ou non optiques lorsque des possibilités visuelles existent ;
 - . l'acquisition de techniques palliatives, notamment dans les domaines de la locomotion, de la communication écrite (braille, dactylographie, écriture manuscrite), des activités de la vie journalière, ainsi que de l'initiation, adaptée au cas de chaque enfant, aux différents matériels techniques, électroniques...

La circulaire d'application précitée du 22 avril 1988 fait état des modifications des conditions de prise en charge des enfants déficients visuels et met l'accent sur la compensation du handicap :

- . mettre à la disposition de chaque famille des moyens lui permettant d'assumer l'éducation de son enfant déficient visuel ;

¹³ Circulaire n°88-09 du 22 avril 1988 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants et adolescents déficients sensoriels par les établissements et services d'éducation spéciale.

- . faire de la compensation du handicap le moyen privilégié à l'autonomie sociale du déficient visuel ;
- . Réorienter l'action des établissements vers de nouveaux modes de prise en charge favorisant son intégration.

Compte tenu de son agrément SAAAIS et SSEFIS, l'ensemble de ces principes constitue donc le cadre d'intervention du SASAIS à partir duquel se décline le projet de service et l'action à construire.

1.1.2 Le SASAIS : un SESSAD autonome

Seconde spécificité notable quant aux fondements de son action, le caractère autonome du SASAIS peut recouvrir deux acceptions. La première est relative au mode de fonctionnement qui a été retenu pour le déploiement de ses interventions. La seconde, plus factuelle, réside dans le fait qu'il demeure la seule réponse médico-sociale départementale pour la prise en compte globale des besoins des jeunes déficients sensoriels et de leurs familles.

Comme nous le constaterons plus tard, cette autonomie n'est pas sans incidence sur les modalités selon lesquelles va se décliner l'offre de service.

A) Une autonomie de fonctionnement

L'une des particularités du SASAIS réside dans son fonctionnement autonome. Dans bon nombre de cas, le SESSAD apparaît comme un « outil » de plus venant augmenter la panoplie des moyens ou des prestations de tel ou tel établissement spécialisé en vue de développer sa vocation intégrative. En contradiction avec la majorité des situations rencontrées, le SASAIS a développé son action en dehors de toute référence à un établissement de rattachement.

Les textes encore en vigueur concernant la prise en charge médico-sociale de jeunes déficients sensoriels, à commencer par les annexes XXIV quater et quinquies instituées par le décret de 1988, ne prévoient cette éventualité qu'à titre dérogatoire : « ces services peuvent être autonomes lorsqu'il existe une difficulté grave de rattachement »¹⁴.

La circulaire d'application de ces textes vient en outre préciser qu' « il peut être envisagé de créer un service autonome en cas de trop grande distance géographique ou si l'établissement possible de rattachement se refuse à engager une action d'intégration scolaire ou n'est pas susceptible de la conduire dans de bonnes conditions ».

¹⁴ Art 7 annexe XXIV quater et quinquies au décret n°88-423 du 22 avril 1988

Concernant le SASAIS, la recherche de justifications à cette situation nécessite un détour par l'état des lieux des moyens relatifs à la prise en charge des jeunes déficients sensoriels en Charente Maritime au moment de la constitution du service.

B) Une situation de monopole départemental dans l'accompagnement « global » médico-social de jeunes déficients sensoriels

L'absence originelle de structures médico-sociales compétentes pour l'intervention auprès de jeunes déficients sensoriels a présidé à la déclinaison d'un service autonome. Pour autant cette situation d'autonomie peut être relativisée au regard d'un nombre important d'acteurs départementaux oeuvrant en proximité du champ de la déficience sensorielle

a) *A l'origine du projet, la réponse à un besoin social non couvert*

En date du 1^{er} mars 1998, la CDES 17 avait recensé 56 situations de jeunes déficients sensoriels pour lesquelles des solutions par défaut étaient mises en place, principalement sur la ville de La Rochelle. 29 autres faisaient l'objet de prises en charge hors département.

Les données alors recueillies traduisaient des réponses très variables quant à la nature et au degré des handicaps et une répartition géographique et par âge très étalée.

En terme d'équipement, le département de Charente Maritime ne comprenait alors aucune structure médico-sociale pour enfants déficients auditifs ou visuels. Les seules possibilités de prise en charge globale se situaient principalement :

- en Vienne (86) : l'Institut Régional de Jeunes Sourds à Poitiers ; le centre d'éducation spécialisée pour sourds et aveugles à Biard ;
- en Gironde (33) : le centre Alfred Peyrelongue à Ambarès ; l'Institut National de Jeunes Sourds à Gradignan ; le Centre d'Education Spécialisée pour Déficients Auditifs à Bordeaux ; le Centre de l'Audition et du Langage à Mérignac.

Outre ces possibilités que l'on ne peut guère qualifier de solutions « de proximité », l'offre se situait à plus de 200 kilomètres à savoir Limoges (87), Nantes (44), Angers (49), Tours (37) voire Paris (75).

De fait, les réponses de proximité apportées aux jeunes et aux familles reposaient à l'époque sur la bonne volonté de chacun des acteurs et ne pouvaient garantir de manière pérenne ni une prise en charge de soins et d'éducation cohérente et coordonnée, ni une dynamique de projet personnalisé.

Les associations de parents consultées à l'époque ont alors mis en exergue plusieurs types, degrés et modes de prise en charge à initier puis à développer :

- la prévention
- les rééducations
- l'intégration scolaire
- l'insertion sociale et professionnelle.
- la guidance parentale
- les équipements techniques
- la formation professionnelle

En parallèle de l'action conduite par les acteurs déjà investis, ces différents axes ont par la suite fondé la mobilisation de l'ADPEP17 autour d'un projet d'offre médico-sociale souple et de proximité mais nécessairement autonome au regard du paysage existant.

b) Les autres acteurs de proximité dans le champ de la déficience sensorielle

A défaut de développer une action globale de type médico-social pour la prise en charge de jeunes déficients sensoriels, d'autres acteurs locaux, préexistants ou apparus après lui, composent l'environnement du SASAIS.

Sans pour autant décliner de manière exhaustive l'ensemble des acteurs évoluant en proximité de l'action du service, certains paraissent néanmoins incontournables :

- les médecins spécialistes (Oto-Rhino-Laryngologistes, Ophtalmologistes). Sur le plan médical il convient de noter que la Charente Maritime ne dispose pas de Centre Hospitalier Universitaire permettant le développement de moyens spécifiques quant au dépistage et au traitement des déficiences sensorielles ;
- les praticiens libéraux (Orthophonistes, Orthoptistes, Psychomotriciens...) ;
- les services de pédopsychiatrie ;
- les services sociaux de secteur (Délégations Territoriales d'Action Sociale, services de Protection Maternelle et Infantile...) ;
- deux Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) dont une spécialisée pour enfants déficients auditifs et l'autre pour enfants déficients visuels, toutes deux localisées sur La Rochelle. Une Unité Pédagogique d'Intégration (UPI) spécialisée existe également pour jeunes déficients auditifs scolarisés dans le second degré, localisée à 30Kms à l'est de La Rochelle (Aigrefeuille d'Aunis).

Le SASAIS peut s'appuyer sur cette ressource pour apporter un support pédagogique adapté aux situations pour lesquelles l'intégration scolaire individuelle n'est pas souhaitable d'emblée.

Les conditions d'apprentissage y sont particulièrement adaptées (encadrement par des enseignants spécialisés, intégration individuelle possible, effectif réduit...) ;

- un service départemental d'Auxiliaires de Vie Scolaire désormais géré par l'Education Nationale à la suite d'une initiative associative lancée en Avril 2000. Au 30 juin 2005 près d'une centaine de jeunes en situation de handicap ont vu leur intégration scolaire individuelle soutenue par l'action d'un des 45 Assistants d'Education déployés sur le territoire départemental (nous pouvons d'ailleurs noter que 15% des accompagnements d'AVS¹⁵ concernent des jeunes déficients sensoriels) ;

¹⁵ Eléments extraits du Rapport annuel 2004 du groupe départemental de coordination Handiscol.'
Etat de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés en Charente Maritime, Avril 2005.

- un centre départemental de ressources géré par Handiscol permettant la mise à disposition de matériels spécifiques adaptés pour les élèves en situation de handicap (et plus particulièrement déficients moteurs ou sensoriels) ;
- des associations de parents d'enfants déficients sensoriels, plus ou moins actives sur l'ensemble du département de Charente Maritime.

Nous analyserons dans nos prochains développements comment la situation d'autonomie du service a amené le SASAIS à entretenir avec cet environnement différents types de liens qui découlent également des conditions atypiques de sa structuration.

1.1.3 Le SASAIS : des conditions de structuration particulières

Afin de poser le diagnostic le plus précis possible sur le SASAIS, il convient de revenir sur ses modalités de création et de développement. En effet, les aléas survenus au moment de la structuration du SASAIS, les caractéristiques du porteur du projet comme son implication lors des premières années de vie du service sont autant d'éléments essentiels pour mieux cerner l'originalité de son identité.

A) Les aléas de la structuration du SASAIS

La genèse du service est marquée par une « montée en charge » très progressive. A partir d'une autorisation initiale de financement pour 6 places, l'effectif du service a, par séquences, été porté à 18 places au 1er juillet 2004 (11 places pour déficients auditifs - 7 places pour déficients visuels).

Un tableau peut synthétiser ces différentes étapes :

	CAPACITE	
	Agrément	Places financées
Arrêté préfectoral du 25 novembre 1998	15	0
Arrêté préfectoral du 23 juillet 1999	15	6
Arrêté préfectoral du 16 juin 2000	15	9
Arrêté préfectoral du 30 juillet 2001	15	10
Arrêté préfectoral du 30 juin 2004	19	18

De fait, la naissance du service reste symbolisée par une difficulté à asseoir la pérennité de son action.

Comme nous le vérifierons plus tard, la dernière extension s'apparente pour le service à la fin d'un cycle. Nous retiendrons néanmoins le fait que ces conditions de structuration au gré des moyens disponibles, notamment le lancement pour 6 places d'un SESSAD autonome, a rendu particulièrement périlleuse l'élaboration d'une stratégie globale d'organisation en contribuant à entretenir un lien de filiation particulier entre le service et l'association porteuse du projet.

B) L'impact de la filiation associative

Déterminantes à plusieurs titres quant à la structuration du service, les relations entretenues entre le SASAIS et l'association porteuse du projet nous donnent de précieux éléments d'information sur l'identité du SASAIS.

a) *L'association support du projet : l'ADPEP 17*

L'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de Charente Maritime (ADPEP17) est l'émanation d'un réseau national (il existe une association des PEP dans chaque département français) traditionnellement proche de l'Education Nationale.

Ce mouvement initié par des Inspecteurs d'Académie à la fin de la première guerre mondiale met en avant deux valeurs fondatrices : la laïcité et la solidarité ; trois lignes directrices : développer l'éducation pour tous, combattre les inégalités, refuser la « marchandisation » de l'éducation. Il regroupe ses activités autour de trois champs de compétence : l'accompagnement de l'enfant et de la famille, les séjours éducatifs et pédagogiques, le secteur médico-social (environ 350 établissements et 17.000 salariés). En Charente Maritime, cet attachement à une complémentarité avec l'action de l'école publique est effective et symbolisée par une présidence de l'association, même si elle ne l'est désormais plus de droit, assurée par l'Inspecteur d'Académie.

En terme d'activité, l'ADPEP17 regroupe à ce jour :

- . 14 établissements et services médico-sociaux et 1 siège départemental,
- . plus de 350 salariés .

Aux valeurs fondatrice du réseau, le projet associatif départemental adopté le 4 juillet 2002 ajoute le respect de la personne qui « plus qu'un concept est un acte qui favorise l'accès au maximum d'autonomie, qui appelle le strict respect de la dignité et de l'intimité, et qui préserve l'intégrité physique, psychique et affective de chacun ».

Au moment du lancement du SASAIS, l'ADPEP17 ne disposait d'aucune connaissance ni légitimité particulières dans le champ de la déficience sensorielle, pas plus que d'une expérience de la gestion de SESSAD pilotés en autonomie.

En mettant en parallèle ces éléments et l'identité associative telle que nous l'avons décrite, nous pouvons repérer les écueils susceptibles, par définition, d'entraver la réalisation des objectifs poursuivis par le SASAIS :

- Le développement d'une aide essentiellement centrée sur l'élève plutôt que l'enfant pris dans sa globalité,
- Un fonctionnement « bureaucratique » laissant peu de place aux prises d'initiatives et au développement de partenariats.

La gestion du SASAIS par l'ADPEP17 et sa proximité naturelle avec l'Education Nationale présentent, a contrario, de nombreux atouts notamment quant au fait que le service axe

une partie importante de son projet sur l'optimisation de l'intégration scolaire des jeunes accompagnés. Tous ces éléments sont à prendre en compte au regard de la relation particulière qui existe entre l'association et ce service.

b) Un service sous tutelle associative à son origine

A partir du choix associatif consistant à «assumer» le décalage constaté entre les moyens prévus au sein du projet présenté en 1997 devant le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale¹⁶ (CROSS) et ceux accordés à l'ouverture du service, un lien particulier s'est tissé entre ce dernier et l'association.

Pour preuve, afin d'assurer la faisabilité du projet et d'en limiter les coûts de fonctionnement, le Directeur Général de l'ADPEP 17 a, pendant plus de trois années, assuré la direction du SASAIS. De plus, jusqu'à son extension survenue fin juin 2004, la grande majorité des tâches administratives (secrétariat, comptabilité) était pilotée à partir du siège de l'association.

Ce volontarisme associatif s'est également traduit par la nécessité de faire face, sur un plan purement comptable, à des déficits récurrents d'activité constatés jusqu'à la dernière extension du service. Les comptes de gestion font ainsi apparaître en 1999 un déficit de 10977 €, en 2000 de 8768 € et en 2001 de 11794 €

Quels que soient les effets positifs induits par la proximité avec l'entité associative, elle a contribué à alimenter le déficit d'identité du service et doit rester transitoire.

C) La structuration non aboutie du plateau technique opérationnel

Les conditions particulières de création du service (étalement des agréments dans le temps, contraintes budgétaires), ont eu des conséquences non négligeables sur sa structuration, notamment sur le plateau technique.

Fin 1999, une équipe de 3 professionnels salariés s'est constituée autour du Directeur du service. Faiblement dotés en compétences techniques liées à la déficience sensorielle, ces premiers professionnels recrutés ont dû jouer la carte de la polyvalence et se confronter sur le terrain à la réalité des déficiences auditives et visuelles.

Outre le recrutement complémentaire d'un éducateur spécialisé réalisé en novembre 2003, c'est l'extension de septembre 2004 qui traduit pour le service la fin d'un cycle.

Venant presque doubler la capacité du service en portant à 18 le nombre de jeunes accompagnés, elle a eu pour effet de mettre en exergue les limites de l'organisation existante et a appelé, de la part du nouveau Directeur recruté en septembre 2003 (0,15

¹⁶ Devenu Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS), dans le prolongement de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

ETP, par ailleurs directeur d'un autre SESSAD de l'association), la déclinaison d'un autre projet d'organisation pour le SASAIS.

Une nouvelle architecture s'est ainsi développée à partir d'une différenciation accrue entre le service pour jeunes déficients auditifs et celui pour jeunes déficients visuels. L'encadrement a été renforcé avec l'arrivée d'un Directeur Adjoint (0,30 ETP, par ailleurs adjoint de direction au siège de l'association). Le volet administratif s'est structuré avec la création d'un poste de secrétaire (0,50 ETP) et le positionnement officialisé d'une éducatrice en qualité de coordinatrice des différents champs d'intervention du service.

L'équipe pluridisciplinaire s'est élargie avec le recrutement d'une Educatrice de Jeunes Enfants (à 0,75 ETP à compter de novembre 2004) pour le SSEFIS, l'augmentation du temps d'intervention de la psychologue désormais positionnée comme psychologue institutionnelle (passage de 0,25 à 0,60 ETP) et l'embauche d'une psychologue chargée des suivis individuels des jeunes (0,10 ETP).

Un tableau permet de synthétiser cette évolution¹⁷ :

	CAPACITE		EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE			
	Agrément	Places financées	Encadrement	Educatif	Thérapeutique	Pédagogique
1998	15					
1999	15	6		1,5	0,25	
2000	15	9		2	0,25	0,25
2001	15	10		2	0,25	0,50
2003	15	10	0,15	3	0,30	0,50
2004	19	18	0,45	3,75	0,70	1

De manière à garantir la pluridisciplinarité de l'action conduite, de nombreuses prestations sont dispensées pour le compte du service et financées par ce dernier par le biais de « prestations de service extérieur ».

Plusieurs acteurs issus de l'environnement du SASAIS ont ainsi rapidement été mobilisés afin d'intervenir pour le compte de ce dernier dans un cadre conventionnel.

Ont, à titre d'exemple, été sollicités :

- deux médecins spécialistes de la déficience sensorielle, investis de la responsabilité médicale du service ;

¹⁷ Voir ANNEXE 1 pour une vision schématique de l'organisation du SASAIS aux principales étapes de sa structuration, p II.

- les praticiens rééducateurs intervenant « en libéral » dans le cadre de conventions de délégations de soins ;
- les services départementaux de l'Education Nationale pour la mise à disposition du service de temps d'enseignants spécialisés ;
- une association de parents d'enfants sourds pour laquelle une convention a permis de définir les conditions d'intervention d'un codeur en « Langage Parlé Complété » (LPC) pour les enfants déficients auditifs.

Malgré ses cinq années de fonctionnement effectif et un agrément désormais porté à 18 places, l'organisation actuelle du SASAIS en terme de personnel demande à être optimisée.

Plus généralement, un travail de fond sur la place et le rôle de chacun doit être effectué. Ainsi, même si elle a permis d'accroître la pertinence de l'action conduite, la réorganisation intervenue en cours d'année 2004 nous semble devoir constituer une étape en vue d'une structuration plus aboutie du service et d'une meilleure lisibilité de son champ d'intervention.

Avant d'envisager les conditions et les moyens visant à développer une action d'envergure sur l'organisation du SASAIS, il convient d'analyser en quoi les différents éléments du contexte qui viennent d'être présentés constituent des spécificités dont les répercussions en terme de fonctionnement ont des connotations tour à tour positives ou négatives sur le service rendu aux jeunes déficients auditifs et visuels et à leurs familles.

1.2 Le caractère atypique du SASAIS : entre ressources et contraintes pour la mise en œuvre de son projet

Les traits caractéristiques du SASAIS vont nécessairement influencer l'offre de service développée pour concrétiser son projet.

Aussi, avant de repérer les ressources et contraintes rencontrées pour sa mise en œuvre, il convient d'en resituer les axes fondateurs.

C'est à la lumière de cette analyse que se dessineront pour nous les pistes d'action visant à optimiser, depuis notre place de Directeur, l'action conduite en direction des jeunes déficients sensoriels et de leurs familles.

1.2.1 La déclinaison des axes du projet et de l'offre de service du SASAIS

L'identité du service et le contexte d'intervention situent davantage les références actuelles de l'équipe sur les moyens à mettre en œuvre (offre de service) que sur les buts poursuivis (projet de service). Plusieurs facteurs ont ainsi contribué au fait que l'organisation ait pu prendre le pas sur le projet.

A) Le défaut d'opérationnalité du projet de service actuel

Le projet de service du SASAIS se résume à une reprise des principes d'action contenus dans le pré-projet présenté devant le CROSS. Faute de partage avec les professionnels, de dimension opérationnelle et prospective, il ne fait actuellement pas référence en interne et en externe.

a) *Une succession de principes généraux et généraux*

Le projet précise que le service intervient principalement dans l'environnement de l'enfant ou de l'adolescent, en lui permettant de vivre au quotidien dans son milieu familial. Plusieurs dispositions indiquent les finalités de l'action poursuivie :

- favoriser et optimiser l'épanouissement de l'enfant, la réalisation de toutes ses potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, son autonomie au quotidien, sa capacité à communiquer et son insertion sociale ;
- stimuler par un accompagnement spécifique :
 - . l'éveil et le développement de la communication de l'enfant avec son entourage,
 - . l'accès et le développement de son autonomie à l'aide de moyens de compensation et de techniques palliatives ;
- faciliter l'intégration de l'enfant dans sa scolarité, sa formation professionnelle et en règle générale, dans les différents domaines de la vie.

Plusieurs garanties sont ensuite posées quant au respect de principes fondamentaux devant guider l'action des professionnels :

- Le respect de la dignité, de la vie privée, de l'intimité ;
- Le respect de l'intégrité physique, morale et psychique et de la sécurité ;
- Les propositions de prestations adaptées, au plus près des besoins de l'enfant et de sa famille ;
- La qualité de la prise en charge, ouverte, transparente et individualisée pour favoriser le développement de l'autonomie de l'enfant.

Si elle permet de repérer le sens de l'action, cette énumération de principes et de garanties ne peut constituer un guide pour les intervenants, et a fortiori les usagers, sans plus de précisions sur les modalités selon lesquelles le SASAIS les fait vivre.

Les manques d'opérationnalité et de vision prospective du projet en place nuisent actuellement à la cohérence de l'action. Tant pour les usagers que pour les partenaires, ce défaut de clarté ne permet pas de mettre en évidence ce qu'ils sont en mesure d'attendre du service. Un tel sentiment ne peut qu'être renforcé dès lors que l'on prend connaissance des conditions d'élaboration du projet de service.

b) Le manque de concertation au moment de la construction de l'outil

Le défaut d'opérationnalité du projet de service est largement lié à celui de partage et de débat rencontré au moment de son élaboration. C'est d'autant plus dommageable que le SASAIS entend dispenser ses interventions à partir de l'environnement de l'utilisateur, qui ne peut dès lors mesurer son degré et son niveau d'implication dans l'action conduite.

En effet, force est de constater que ce document est actuellement en place davantage dans le but de répondre au « cahier des charges » proposé aux établissements et services médico-sociaux par la loi du 2 janvier 2002 que dans celui de donner du sens à l'action ou de réinterroger sa pertinence.

Faute de participation des usagers et des partenaires à la construction de l'outil, il est difficile d'imaginer que ce projet puisse être porteur de « sens commun » pour les acteurs. L'expérience acquise au fil des réponses apportées par le service contribue, a contrario, à une certaine cohérence et clarté des principes de travail déployés par l'équipe, qu'il conviendrait de mettre en valeur.

B) L'attachement à proposer une offre de service qui prenne en compte le jeune déficient sensoriel dans sa globalité

Si la déclinaison des buts poursuivis à travers le projet de service ne paraît pas fédératrice, la réalité des moyens mis en œuvre nous semble davantage porteuse de sens.

De fait, malgré les contraintes rencontrées, la cohérence de l'action conduite nous semble reposer sur son attachement à proposer au jeune et à sa famille « une prise en charge globale personnalisée, souple et adaptée, dans leur environnement habituel », conformément aux termes du projet de service.

Alors que de nombreux services pour jeunes déficients auditifs ou visuels (tels que nous avons pu les rencontrer dans le cadre de la formation) axent largement leur identité sur le volet thérapeutique ou plus fréquemment encore l'aspect pédagogique, le SASAIS entend s'appuyer sur sa compétence médico-sociale pour développer un accompagnement global équilibré prenant réellement en compte l'ensemble des besoins du jeune et de sa famille.

A partir de ce fil conducteur, les spécificités des contours de l'organisation et du contexte d'intervention du SASAIS, telles que présentées précédemment, sont autant de forces ou de faiblesses pour la mise en œuvre de principes de travail favorisant l'ancrage d'une identité claire.

1.2.2 Les incidences à tonalité positive de la spécificité du SASAIS pour la mise en œuvre de son projet

L'originalité caractérisant les conditions de structuration du SASAIS a, par certains aspects, permis de développer les conditions favorables à la mise en œuvre des axes de travail émergents. Apparues de manière fortuite en raison du caractère atypique du service, ces conditions sont devenues les éléments fondateurs d'une pratique professionnelle conforme au cadre de l'intervention en SESSAD.

A) Une véritable dynamique d'équipe héritage de l' « élan fondateur »

Compte tenu de la disponibilité réduite du Directeur au moment du lancement de ce nouveau projet fin 1999, l'énergie des jeunes professionnels du SASAIS (*moyenne d'âge de l'équipe 32,7 ans pour une moyenne associative à 43,3 ans*) a été largement mobilisée.

Une solidarité d'équipe s'est rapidement manifestée et a pu se traduire par la volonté de se former aux techniques d'intervention auprès des jeunes déficients auditifs et visuels (Braille, Langue des Signes Française, Langage Parlé Complété...).

De plus, la nécessité de « coller » aux réalités de terrain pour répondre aux besoins des usagers a encouragé la créativité dans les modalités d'intervention.

Le fonctionnement atypique du service au cours des premières années et notamment celui lié à la fonction de Direction a également amené à responsabiliser chacun des intervenants, non seulement au niveau de ses pratiques professionnelles, mais également dans la représentation du service vis-à-vis des partenaires.

Le développement des capacités d'autonomie de chacun des membres de l'équipe a ainsi largement pu être mise à l'épreuve.

L'ensemble de ces éléments inhérents à l'« élan fondateur » nous apparaît comme autant de ressources, notamment dans le cadre d'un travail initié en SESSAD.

B) L'autonomie du service : une invitation à coordonner les interventions à partir de l'environnement du jeune

Compte tenu à la fois du caractère élargi de l'agrément du service (intervention auprès de différents publics, à différents stades de leur développement et ce quel que soit le degré d'atteinte de l'appareil sensoriel), de la nécessaire technicité inhérente à l'intervention auprès de jeunes déficients sensoriels et des conditions de structuration du service, le recours aux prestations extérieures s'imposait pour garantir le caractère global de l'accompagnement.

Cet état de fait a, dès son démarrage, positionné le SASAIS en prise directe avec le « défi » de travailler à partir de l'environnement du jeune, dans le respect de son libre choix ou de celui de ses parents.

Le service n' « impose » dès lors pas une prestation « clé en main ». Il se situe dans un rôle de coordination des interventions déjà opérantes au moment de l'admission (travail avec les rééducateurs assurant le suivi du jeune, adaptation au cadre scolaire et social...). Il vise essentiellement à les renforcer à l'aide d'interventions assurées par les professionnels salariés du service.

L'effet induit de cette autonomie du SASAIS est particulièrement important dès lors que l'on constate que beaucoup de SESSAD rattachés, voire autonomes, imposent au jeune et à sa famille une fin de collaboration avec les intervenants originels pour n'envisager qu'une action menée par des praticiens salariés.

S' il n'est pas « confortable » pour faciliter la lisibilité de l'action conduite, le postulat du travail initié à partir de l'environnement est, là encore, la garantie du respect d'un des principes fondamentaux de l'intervention en SESSAD

- C) Un projet personnalisé porté par les éducateurs : une opportunité pour favoriser la relation au jeune et à sa famille

Agréé pour 6 places à son origine, le SASAIS a d'emblée mis l'accent sur l'aspect éducatif de la prise en charge. Cela s'est traduit par le recrutement d'une Educatrice Spécialisée (ES) et d'un Aide Médico Psychologique (AMP).

Même si ce choix induit des effets pervers au regard de la technicité qu'impose la déficience sensorielle, il a eu pour principale vertu de favoriser la prise de conscience de l'importance du travail relationnel envers le jeune et sa famille.

En évitant l'écueil de se situer dans une position de professionnels détenteurs du «savoir», les intervenants du SASAIS n'ont pas été tentés de mettre en avant, voire de s' « abriter » derrière la dimension technique inhérente à l'intervention auprès de jeunes déficients sensoriels.

Comme le soulignent dans leur ouvrage Ph.Ducalet et M.Laforcade¹⁸: « L'action sanitaire et sociale gagnerait à se rappeler qu'elle reste un art dont la technique est un adjuvant souvent indispensable mais jamais suffisant à lui seul. Lorsque le recours à la technique devient une religion, un réflexe pavlovien ou une mise à distance de l'usager, la qualité ne peut y trouver son compte ».

A partir de l'attention portée à l'aspect relationnel et en s'adaptant à l'environnement familial rencontré, il semble plus aisé de passer avec la famille de la demande au besoin et de veiller à renforcer le jeune et ses parents dans leurs compétences propres, en évitant toute tentation de substitution. Fort de ces principes, le service s'est très vite centré sur un travail de proximité avec les familles.

¹⁸ DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Editions Seli Arslan, 2002, p 78.

Certains services intervenant auprès de jeunes déficients sensoriels peuvent avoir tendance à se focaliser sur la dimension technique de l'accompagnement, le SASAIS entend quant à lui renforcer son identité par une réhabilitation de la dimension relationnelle de l'accompagnement.

1.2.3 les incidences à tonalité négative de la spécificité du SASAIS pour la mise en œuvre de son projet

Si par plusieurs aspects les particularismes du SASAIS confortent son identité de SESSAD, ils peuvent par d'autres s'avérer particulièrement problématiques pour répondre aux missions prévues au projet de service.

Certains constats qui peuvent être posés quant à la situation actuelle du SASAIS témoignent notamment de sa difficulté à répondre à la spécificité et à la globalité des besoins des usagers, à garantir la lisibilité de l'action conduite ou encore à préserver la dynamique institutionnelle.

- A) La difficulté du SASAIS à répondre à la globalité et la spécificité des besoins repérés.

Les traits caractéristiques du cadre d'intervention et des conditions de développement du SASAIS peuvent parfois contribuer à remettre en cause les principes d'action qui fondent la raison d'être du service.

- a) *La nécessité d'apporter une réponse globale et personnalisée à la grande hétérogénéité des situations rencontrées*

Conformément à son agrément, le SASAIS doit être en mesure de répondre aux besoins de jeunes déficients auditifs et visuels à différents stades de leur développement. Il intervient à l'heure actuelle auprès de 18 jeunes : 10 déficients auditifs et 8 déficients visuels.

Le degré fonctionnel de handicap de ces jeunes est particulièrement hétérogène :

- pour la déficience visuelle : 7 sont amblyopes (avec une acuité visuelle de loin après correction située entre 4/10^{ème} et 1/20^{ème}), 1 est aveugle ;
- pour la déficience auditive : 2 ont une déficience auditive légère (26 à 40 décibels de perte), 2 une déficience auditive moyenne (41 à 55 décibels de perte) et 6 autres une déficience auditive profonde (au-delà de 90 décibels de perte).

3 jeunes déficients auditifs accueillis au service bénéficient d'un appareillage mais ne recourent pas à un mode particulier de communication. Pour les 7 autres, on peut constater la diversité des modes choisis : 3 utilisent le mode gestuel (Langue des Signes Française) et 4 le mode oraliste (soutenu par le Langage Parlé Complété).

La moyenne d'âge des jeunes accueillis au service est de 10 ans (11,5 ans pour les déficients visuels et 8,5 ans pour les déficients auditifs). Il les accueille effectivement à différents stades de leur développement puisque l'enfant le plus jeune a 3 ans et l'adolescente la plus âgée a 16 ans.

Cet étalement des âges se traduit par une diversité des niveaux de scolarité : 4 jeunes sont accueillis en maternelle, 6 dans les établissements scolaires du 1^{er} degré et 8 dans les établissements du 2nd degré (7 au collège et 1 au lycée).

Dans la grande majorité des cas (14 situations) l'intégration scolaire individuelle est une réalité (soutenue pour 4 situations par l'appui d'un Auxiliaire de Vie Scolaire). 4 enfants accompagnés poursuivent leur scolarité dans un cadre collectif, la Classe d'Intégration Scolaire (CLIS).

Une majorité de garçons est admise au service (11 garçons pour 7 filles).

L'agrément délivré pointe sa compétence départementale, ce qui au regard du caractère particulièrement étendu de la Charente Maritime suppose une importante capacité de déplacement de l'équipe.

Sans entrer plus avant dans une analyse fine des situations rencontrées¹⁹, ces premiers éléments descriptifs nous donnent quelques indications quant à l'étendue et à la diversité des besoins dont le service doit répondre de façon globale et personnalisée.

b) Les constats révélateurs d'écarts quant à la mise en œuvre d'une réponse adaptée aux besoins

Une intervention non effective pour des enfants ou adolescents qui ne sont pas d'âge scolaire

Comme nous avons pu le constater précédemment, alors que l'agrément du SASAIS est positionné de 0 à 20 ans, aucun jeune n'est accueilli avant 3 ans et après 16 ans. Cet état de fait traduit, pour le service, un déficit dans le champ de l'accompagnement précoce et de l'orientation pré-professionnelle des jeunes déficients sensoriels.

Faute d'une mobilisation du SASAIS sur cette question, la réponse passe actuellement par l'action d'un des deux Centres d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP) départementaux avec un accompagnement essentiellement thérapeutique. Une réponse extra départementale peut éventuellement être recherchée dans ce domaine mais ne se révèle pas satisfaisante.

Cette situation est préjudiciable car l'expérience acquise au fil des années tend en outre à démontrer que certaines difficultés rencontrées par les jeunes, les familles et sur

¹⁹ Voir ANNEXE 2 pour un complément d'information sur les caractéristiques des jeunes accompagnés, p V.

lesquelles buttent actuellement les professionnels du service sont étroitement liées à une absence de travail spécifique initié au moment de l'annonce ou lors des premières années de la vie avec un handicap sensoriel.

Le défaut d'intervention dans le champ de l'éducation précoce nous paraît notamment être la résultante du cloisonnement qui persiste entre secteurs Sanitaire et Médico-Social. Toujours est-il que cette absence de réponse au besoin identifié pré ou post scolaire est également dommageable pour la cohérence d'une offre de service développée par le SASAIS, annoncée comme globale.

Cet état de fait nous semble également largement lié à l'identité de l'association support du projet qui, au regard du contexte et de son lien de proximité avec les services de l'Education Nationale, a influé sur la détermination des priorités données à l'action conduite.

les difficultés à assurer la dimension « technique » inhérente à l'accompagnement du public considéré

Plus que pour certaines typologies de handicap, la prise en charge des déficiences auditives et visuelles nécessite tant sur le plan des moyens de communication que de ceux de compensation, l'acquisition de technicités particulières.

A ce titre, la circulaire du 22 avril 1988 fixant les conditions de fonctionnement des SSEFIS et SAAAIS préconise très clairement le rattachement de ces SESSAD à des établissements spécialisés : « le lien organique avec l'établissement donne à l'équipe du service l'assise technique et professionnelle nécessaire ; il assure la continuité de la prise en charge de l'enfant et il permet, en outre, la ré-affectation des personnes de l'équipe à d'autres sections ou services de l'établissement quand la nécessité s'en fait sentir. Il y a donc intérêt, de manière générale, à rechercher ce rattachement ».

Si l'on ajoute à la spécificité de l'autonomie du service le fait que les premiers professionnels recrutés ne possédaient pas de technicité particulière liée à la déficience sensorielle, nous mesurons l'écueil qui existe sur ce point.

La dimension technique est désormais mieux développée au SASAIS (formations internes, recrutements complémentaires...) mais des difficultés subsistent au niveau des réponses apportées à certaines technicités susceptibles de mieux satisfaire les besoins des usagers.

Une couverture encore partielle des besoins repérés sur le territoire

Malgré la dernière extension du service intervenue au cours de l'été 2004, l'ensemble des besoins répertoriés par la Commission Départementale de l'Education Spéciale (CDES) ne sont, à ce jour, pas couverts.

Au 30 juin 2005, 14 notifications de prise en charge adressées par la CDES ne peuvent donner lieu à une admission compte tenu de la capacité actuelle du SASAIS.

Outre le fait qu'elle soit récurrente, cette situation est particulièrement préoccupante dès lors que l'on s'aperçoit que certaines demandes d'intervention « patientent » depuis plus d'un an et demi.

A ce premier constat s'ajoute celui de la difficulté rencontrée par le service pour garantir, compte tenu de l'étendue et de la structuration du territoire départemental, la réalité d'une prestation équivalente sur l'ensemble de la Charente Maritime.

Une analyse des lieux de domiciliation des jeunes accueillis met en lumière le fait d'une intervention qui se matérialise essentiellement sur la moitié nord du département : 16 situations sur les 18 (dont 11 concernent des jeunes domiciliés sur les villes de La Rochelle et Rochefort ou leurs périphéries).

Au-delà de cette concentration de l'activité du service, il convient de rappeler que le secteur nord de la Charente Maritime concentre également la majorité des autres ressources, notamment en terme de pédagogie adaptée (les 2 CLIS spécialisées déficience sensorielle sont localisées à La Rochelle).

Au regard de l'importance des temps de déplacement entre le siège du service (Rochefort sur Mer) et certaines localités, des solutions de substitution sont parfois trouvées pour les jeunes et les familles en particulier domiciliées sur le sud du département (placements en institutions spécialisées hors département, intervention d'un SESSAD d'un département voisin...).

Ces réponses « par défaut » sont particulièrement problématiques du fait qu'elles ne correspondent parfois ni aux potentialités, ni aux souhaits des usagers.

B) Un manque de lisibilité de l'offre de service qui gomme l'identité du SASAIS

Outre leurs répercussions sur la dimension globale de l'accompagnement dispensé, les spécificités du SASAIS sont, tant en interne qu'en externe, susceptibles de nuire au fait d'assurer une cohérence globale de l'action conduite à partir de l'environnement.

a) *L'enjeu visant à garantir la cohérence de l'action conduite à partir de la multiplicité des acteurs de la prise en charge et de leurs niveaux d'intervention*

Compte tenu de la non exhaustivité des moyens que le SASAIS est susceptible de mobiliser en interne, le postulat d'un travail à partir de l'environnement du jeune s'impose pour tenter de répondre aux objectifs du projet de service.

Dès lors, une des principales problématiques qui découle de l'action du SASAIS consiste à garantir une lisibilité et une cohérence d'ensemble de l'action en prenant en compte les interventions pilotées en interne par les professionnels salariés du service, celles assurées par les prestataires extérieurs intervenant pour le compte de ce dernier (médecins spécialistes référents, rééducateurs, ...) et les partenaires (établissements scolaires, services sociaux ...).

C'est essentiellement à cette condition que prendra un sens, pour le jeune et sa famille, l'idée d'une intervention cohérente, globalisée.

b) *L'analyse des constats qui témoignent du défaut de lisibilité de l'action conduite*

Un « lissage » des spécificités au nom de la logique gestionnaire : le regroupement du SSEFIS et du SAAAIS

Si la fusion du SSEFIS pour jeunes déficients auditifs et du SAAAIS pour jeunes déficients visuels opérée au lancement du service trouve sa justification au regard des économies d'échelle réalisées, son incidence sur l'identité du service s'avère problématique.

A l'heure actuelle, même si l'identité des deux services a pu être réaffirmée au cours de la réorganisation du service suite à sa dernière extension, nous constatons que le SSEFIS et le SAAAIS sont encadrés par un projet de service commun alors que nous avons eu l'occasion de démontrer combien les situations de déficience auditive et visuelle se distinguent par de nombreux aspects. S'il semble cohérent de s'appuyer sur des axes de prise en charge identiques, il paraît tout aussi important de prendre acte des spécificités propres à chaque handicap.

Pour preuve, le décret du 22 avril 1988²⁰ en dissociant deux annexes fixant les conditions techniques d'autorisation des établissements et services pour jeunes déficients sensoriels a souhaité répondre à un objectif précis visant à tenir compte des caractères spécifiques des déficiences auditives et visuelles.

La situation actuelle du SASAIS vient gommer les spécificités tant sur le plan des réponses à apporter aux usagers que sur celui des identités professionnelles des intervenants de ces services. En effet, si elle a pu se justifier au lancement du service, l'idée d'une polyvalence des professionnels de l'équipe n'est plus conciliable avec celle d'une progressive spécialisation eu égard aux nécessaires compétences techniques induites par l'accompagnement de la déficience auditive ou visuelle.

Le défaut d'articulation des interventions dans le cadre de la prise en charge globale

A partir de la volonté affichée du SASAIS d'inscrire son action dans le champ médico-social, les axes thérapeutiques, pédagogiques et éducatifs ont été investis.

Diligentée à partir de professionnels salariés du service, l'action du SASAIS a une prise directe avec le champ éducatif. La situation n'est pas similaire sur les plans

²⁰ Décret n°88-423 du 22 avril 1988 fixant les conditions techniques d'agrément des établissements et services prenant en charge des enfants atteints de déficiences auditives ou visuelles graves.

thérapeutiques et pédagogiques pour lesquels les actions s'opèrent largement par le biais de professionnels agissant pour le compte du service sans pour autant être salariés.

Sur le plan thérapeutique et rééducatif, outre la présence de psychologues salariés du service, le fonctionnement par prestations extérieures est une réalité pour les médecins spécialistes (Oto-rhino-laryngologiste et ophtalmologue), les orthophonistes, orthoptistes, codeurs en Langage Parlé Complété.

Sur le plan pédagogique, l'accompagnement du service s'opère par le biais de deux mi-temps d'enseignants spécialisés mis à la disposition du SASAIS par les services départementaux de l' Education Nationale.

Si elle permet d'assurer la pluridisciplinarité que requiert l'idée d'une prise en charge globale, cette situation reste problématique dès lors que fait défaut l'articulation de l'action autour d'un « sens commun » partagé par les acteurs.

Cela a notamment pu être mis en lumière par Charles Gardou²¹ qui précise que « le risque est grand de concevoir et de mettre en œuvre des interventions compartimentées et surspécialisées au détriment d'une approche intégrale de la personne. Cela conduit à disséquer, à segmenter, à diviser, à se focaliser sur un signe, un symptôme ou une difficulté en voulant ignorer tous les autres ».

Au stade actuel du développement du SASAIS la diversification des réponses engendre une certaine fragmentation de l'offre de service. Dès lors, l'une des principales difficultés reste cette question de l'articulation des interventions en vue de la meilleure réponse possible pour satisfaire les besoins des usagers.

La persistance d'un « flou » quant au pilotage stratégique de l'action

La structuration du SASAIS au gré des moyens accordés a généré des contraintes susceptibles de nuire à la cohérence et à la lisibilité de l'action conduite. La taille réduite du service, notamment avant l'extension de l'été 2004, a nécessité le recours massif à des contrats à temps partiels. Cette situation occasionne encore des problématiques notamment en raison de la non permanence de la fonction de Direction. De fait, en l'absence de chef de service ou de professionnel clairement identifié comme tel, elle a pu générer un sentiment de solitude, verbalisé par les personnels, jeunes professionnels de surcroît, notamment face à des situations difficiles.

A la solution par défaut qu'a pu constituer le lancement du service par le Directeur Général de l'ADPEP 17 a succédé une situation guère plus opérante. En effet, depuis la récente extension interviennent en complémentarité un Directeur (positionné à 0,15 ETP et par ailleurs Directeur d'un autre SESSAD de l'ADPEP17 centré sur les problématiques du comportement) et un Directeur Adjoint (en poste à 0,30 ETP par ailleurs Adjoint de

²¹ GARDOU C. *Fragments sur le handicap et la vulnérabilité*. Editions Eres, 2005, p 117.

Direction au siège de l'association). Leur action, sur le plan de la coordination des interventions, est soutenue par une Educatrice Spécialisée agissant en qualité de « coordonnatrice » du service.

Ainsi, concernant les missions de pilotage stratégique, d'animation d'équipe, d'interface avec les familles et les partenaires, nous assistons à une dilution des rôles entre le Directeur, le Directeur Adjoint et l'Educatrice coordinatrice. Ce type d'organisation nous semble devoir conserver un caractère conjoncturel pour un service de 18 places.

Quelque peu « banalisée » cette situation contribue à alimenter le déficit de lisibilité de l'action conduite.

C) La manifestation d'indicateurs qui appellent pour le Directeur la nécessité d'impulser un « second souffle » institutionnel

A différents niveaux, des indicateurs nous interpellent pour conduire une action sur l'organisation à la mesure des enjeux relatifs à une satisfaction accrue des besoins des jeunes et de leurs familles.

Tributaire des moyens dévolus, l'offre de service s'est déclinée de manière progressive, non à partir d'une analyse précise des besoins des usagers mais en regard des moyens dédiés au fonctionnement du service.

Il apparaît que ces moyens ont été, à l'origine du projet, largement sous-évalués et il convient d'ailleurs de rappeler le décalage majeur qui existe sur ce point entre le projet ayant fait l'objet de l'agrément et le plateau technique originel.

Cette situation s'avère particulièrement délicate car les usagers du service ont parfois plus à s'adapter aux caractéristiques du SASAIS que l'inverse.

Au sein du service, nous sommes en mesure de constater, de la part des professionnels, la généralisation d'un sentiment d'impuissance face à des situations complexes. De plus, la mobilisation des jeunes et des familles est aléatoire dans leur capacité à se situer comme acteurs du projet d'intégration sociale et professionnelle.

La conjonction de ces différents facteurs a pu être avancée par l'un des professionnels présent à l'origine du SASAIS pour justifier sa démission du service en fin d'année scolaire 2005.

Au niveau des usagers et de leurs familles, le constat d'une augmentation de l'absentéisme aux prises en charge orchestrées par le service témoigne d'une difficulté à partager une vision commune des priorités à donner au projet personnalisé du jeune.

Pour les partenaires, l'efficacité de l'action du SASAIS nous semble rester trop diffuse. Le défaut d'articulation des interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques nuit au fait que le SASAIS soit identifié comme le coordonnateur du projet de soins.

Conclusion de la première partie. Problématique et hypothèses de travail

Chargé de favoriser la participation sociale et scolaire de jeunes déficients sensoriels, le SASAIS développe ses actions dans un cadre ambulatoire, particulièrement en phase avec les évolutions de la politique intégrative.

Son inscription dans le champ médico-social implique qu'il soit en mesure de proposer une offre de service globale (thérapeutique, éducative et pédagogique) et personnalisée de qualité aux problématiques rencontrées par les jeunes accompagnés et leurs familles.

Pour mener à bien notre action de Directeur, nous devons tenir compte de plusieurs spécificités venant nous compliquer la tâche et nous autorisant à qualifier le SASAIS d'organisation atypique :

- un cadre d'intervention élargi qui implique que le service doit apporter des réponses adaptées aux besoins de populations largement différenciées (les jeunes déficients auditifs, les jeunes déficients visuels, leurs familles) à divers stades de leur évolution (depuis la naissance au moment et jusqu'à l'entrée dans la vie professionnelle) ;
- le caractère autonome de l'intervention ;
- les conditions particulières de structuration du service.

Après avoir mis en lumière le caractère insatisfaisant de la réponse apportée à l'heure actuelle à la diversité et à la spécificité des besoins des usagers, une action ambitieuse de refondation nécessite d'être conduite. De manière à améliorer la réponse apportée aux besoins des usagers, celle-ci doit renforcer l'attachement du service à promouvoir un accompagnement élargi à partir de la prise en compte de la situation de handicap rencontrée par le jeune et sa famille.

Aussi, nous faisons l'hypothèse qu'une perception renouvelée des besoins des usagers et des modes d'organisation de l'action médico-sociale s'impose pour promouvoir l'aspect global de l'accompagnement et faire de l'articulation des différentes interventions le gage de la qualité de l'action conduite.

Dans cette perspective, le SASAIS doit nécessairement reconsidérer sa relation à l'environnement sur lequel il est amené à s'appuyer pour mener à bien sa mission.

C'est en effet essentiellement de la structuration d'un partenariat opérationnel que dépend l'optimisation de l'offre de service.

La nouvelle réalité du travail social pose bien la question des capacités des différents professionnels à travailler ensemble, à développer par eux-mêmes des actions coordonnées au profit d'un usager en droit d'attendre un service de qualité.

Essentielle dans la réponse qu'il se propose d'apporter au SASAIS quant à la complexité des situations individuelles rencontrées mais également des modes d'organisation de l'action conduite, la refondation de la relation partenariale doit incarner le passage de la prise en charge globale à l'intervention sociale globalisée, support de notre projet de direction. Afin d'optimiser le service rendu à l'utilisateur, elle doit traduire dans les faits le basculement à opérer entre « avoir des partenaires » et « être partenaires ».

En terme d'organisation, cette perspective va supposer l'appropriation de certains éléments constitutifs du modèle abouti de partenariat que représente le réseau.

A partir de ce postulat et conscient que le SASAIS se situe aujourd'hui à un carrefour de son évolution, il est de notre ressort de maîtriser les enjeux et d'actionner les leviers qui se présentent à nous en reconsidérant les spécificités du service plutôt en termes de ressources que de contraintes.

C'est à cette condition et à partir d'une maîtrise accrue de ces particularités que pourra être renforcée, tant en interne qu'en externe, son identité.

2 POSTURES ET MODES D'ACTION POUR UNE OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SERVICE EN DIRECTION DES USAGERS DU SASAIS

Au regard du diagnostic posé sur le SASAIS, il est essentiel que nous soyons à même de soutenir et de renforcer la dynamique de changement initiée au moment de la dernière extension du service. Elle vise à dépasser les deux principaux écueils qui le guettent dans son rapport à l'utilisateur et à l'organisation.

Pour le premier, il convient de s'assurer de l'abandon effectif du modèle bio-médical dominant qui aboutit à l'éclatement du sujet handicapé et empêche trop souvent de relier les différents aspects de l'accompagnement.

Pour le second, concernant l'« organisation » que Michel Crozier²² qualifie de « trop rigide pour se corriger en fonction de ses erreurs et [...] pour s'adapter sans crise [...] aux transformations que l'accélération de l'évolution sociale rend de plus en plus rapidement impératives », il s'agit de bien intégrer sa tendance à un fonctionnement autocentré, facteur de chronicisation et de bureaucratie tout en imaginant des modalités visant à l'amélioration de son évolution en milieu complexe.

Tant pour l'utilisateur que pour l'organisation, le développement d'une approche systémique des situations basée sur la relation à l'environnement (que nous qualifierons donc d'« éco-systémique ») nous paraît pouvoir favoriser l'optimisation de l'offre de service du SASAIS et du sens de l'action conduite. Elle se trouve, selon nous, incarnée par le passage de la prise en charge globale des besoins de l'utilisateur à l'intervention sociale globalisée.

Ce glissement renouvelle notre vision de l'accompagnement en misant sur la responsabilisation et l'autonomie des personnes (usagers, professionnels...) et la coordination, l'articulation, pour une plus grande cohérence de leurs interventions.

Il traduit la volonté d'appréhender la personne comme sujet (pensant, responsable, actif...) d'une intervention et non comme objet (passif, dépendant, irresponsable...). De même les termes de parcours, de projet individuel nous paraissent devoir définitivement prendre le pas sur la seule logique de prise en charge ou de traitement.

La réponse aux différents enjeux issus de notre diagnostic passe par une redéfinition de l'action partenariale pour laquelle il conviendra d'offrir un cadre propice à son développement, que peut incarner le fonctionnement en réseau.

²² CROZIER M. *De la bureaucratie comme système d'organisation. A quoi sert la sociologie des organisations ?* Editions Seli Arslan, 2000.

2.1 L'intervention sociale globalisée comme réponse aux besoins des jeunes déficients sensoriels et de leurs familles

Avoir l'ambition de répondre de manière personnalisée à la problématique globale du jeune en situation de handicap sensoriel et de sa famille suppose de veiller, à partir de leur environnement, à une appréhension exhaustive des besoins.

Pour le service, le fait d'assurer des interventions pluridisciplinaires d'ordre thérapeutique, éducatif ou pédagogique reste une première étape.

La circulaire d'application de l'annexe XXIV²³ consacre un long développement à cette nécessité : « la prise en charge par l'établissement et le service est une prise en charge d'ensemble qui doit présenter une grande cohérence. Elle s'adresse à l'enfant dans son unité et dans l'ensemble de ses besoins à l'égard des apprentissages cognitifs et de vie sociale, de sa dynamique personnelle (attente, motivation, goûts, refus...) et de sa vie de relation. Elle requiert l'intervention de professionnels de différentes origines dont il importe qu'ils gardent leur spécificité. Non seulement l'exercice de responsabilités médicales, pédagogiques et éducatives est plein et entier, accompli conformément aux règles propres à ces professions, mais l'intervention de chacun doit s'effectuer selon ses particularités sans que l'on aboutisse à faire de l'équipe médico-éducative un agrégat d'emplois polyvalents et interchangeable. [...] Les clivages professionnels doivent préserver le caractère d'ensemble de l'action médico-éducative ».

Cette dernière précision vient placer la question de l'articulation des différentes actions comme la seconde étape, essentielle pour garantir la cohérence de l'action conduite. Elle traduit le nécessaire passage de la prise en charge globale à l'intervention sociale globalisée.

Ce basculement représente l'enjeu principal de l'action conduite dans le sens où comme le soulignent parfaitement Philippe Jeanne et Jean-Paul Laurent²⁴, « il convient de respecter l'identité professionnelle de chaque acteur mais dans le cadre d'une action cohérente, lui conserver une responsabilité entière de son action tout en garantissant une responsabilité d'ensemble, assurer une prise en charge globale mais permettre à l'enfant de repérer les éléments individuels de ce travail collectif ».

Comme eux, nous retenons ce basculement nécessaire comme un des éléments fondamentaux de l'action médico-sociale en précisant que « nous sommes là, dans le

²³ Circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989 modifiant les conditions de la prise en charge des enfants et adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale.

²⁴ JEANNE P., LAURENT JP. *Enfants et adolescents handicapés, pour une prise en charge qualitative du handicap*. ESF éditions, 1998, p 129.

passage efficient d'un conglomérat de professions à une réunion de compétences, au cœur d'une problématique dialectique qui est sans doute l'élément le plus constructeur de la richesse humaine des institutions médico-éducatives ».

Un détour par l'apport que peut représenter l'approche systémique des situations et des organisations missionnées pour les prendre en compte, nous paraît essentiel avant de proposer une figure plus concrète de ce basculement.

2.1.1 De l'utilisateur à l'organisation : promouvoir en SESSAD une approche systémique des situations pour relever le défi de la complexité

Marquer sa volonté de se confronter à la complexité des situations rencontrées à partir d'une analyse « éco-systémique » des besoins des usagers induit nécessairement une autre manière de concevoir et de penser l'organisation.

Appliqué à l'utilisateur ou à l'organisation, le « système » se caractérise par sa complexité et par l'impossibilité de l'enfermer dans des descriptions analytiques classiques.

En cela sa définition établie par Jean Louis Lemoigne et reprise par Dominique Gélou²⁵ nous semble particulièrement opérante : « un système est quelque chose (n'importe quoi), qui poursuit des finalités (un projet), dans un environnement actif et évolutif, en exerçant une action (des fonctions), en s'organisant (interactions), et en évoluant sans perdre son identité ».

De manière à garantir la pertinence de l'action, il nous paraît essentiel de tenir compte des interrelations qui viennent influencer sur la caractérisation des besoins des usagers comme sur les structures en place pour tenter d'y apporter les meilleures réponses possibles.

A) L'avènement d'une approche situationnelle des besoins de l'utilisateur

Comme cela a pu être rappelé au moment des premiers états généraux du handicap à Paris le 25 mai 2005, « parler de situation de handicap n'est pas une coquetterie sémantique : cela reconnaît qu'il s'agit d'une interaction entre une déficience avérée et des facteurs environnementaux...sur lesquels on peut agir »²⁶.

C'est à l'origine de l'élargissement de la notion de handicap que l'on peut situer la révision de la Classification Internationale des Handicaps (CIH) qui a abouti à l'adoption, en mai 2001, de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. Cette évolution a contribué au progressif déclin du modèle biomédical (reposant sur la référence à la causalité, le centrage sur l'individu, la recherche de l'étiologie) de prise en compte du handicap pour déboucher sur l'approche situationnelle.

²⁵ GENELOT D. *Manager dans la complexité*. Editions INSEP Consulting, 2001, p 112.

²⁶ GARDOU C. Interview in *Actualités Sociales Hebdomadaires* du 13 mai 2005. n°2407 p 28.

a) *Une dimension nouvelle donnée à la notion de handicap*

La politique actuelle développée dans notre pays en direction des personnes handicapées, notamment pour ce qui concerne la mise en œuvre du principe de compensation, nous invite à privilégier la notion de « personne en situation de handicap » à celle de « personne handicapée ».

Historiquement, la définition du handicap établie par l' Organisation Mondiale de la Santé et retenue par les CDES et COTOREP, s'articule autour de trois concepts²⁷ :

- la déficience (dimension lésionnelle),

« toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique » ;

- l'incapacité (dimension fonctionnelle),

« toute réduction résultant d'une déficience partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » ;

- le désavantage (dimension situationnelle),

« résulte, pour un individu donné, d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les rapports sociaux et culturels ».

En axant la définition sur le « désavantage » cette nouvelle perception nous invite à nous centrer sur la situation de la personne et plus seulement sur le handicap ou la difficulté. En cela le secteur médico-social, traditionnellement construit sur une approche des déficiences et une attribution des manques à l'usager, est légitimement réinterrogé sur sa capacité à faire émerger et à valoriser les ressources des personnes.

Ce changement de logique marque une évolution qui doit nous conduire à interroger notre offre de service dans le sens d'une vision élargie et articulée des interventions. Comme le soulignent Ph.Ducalet et M.Laforcade²⁸, le modèle médical dominant « dont les succès initiaux sont indéniables, apparaît aujourd'hui très réducteur : il exclut les déterminants économiques, sociaux, culturels et psychologiques de la santé [...] le recours plus ou moins conscient à ce référentiel aboutit à l'éclatement du sujet qui empêche trop souvent de relier les aspects biologiques, psychologiques et sociaux ».

²⁷ TRIOMPHE A. *Les personnes handicapées en France*. Données Sociales. Editions CTNERHI/INSERM, 1995.

²⁸ DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Editions Seli Arslan. 2^{ème} édition, 2004, p 77.

b) Pour un regard élargi sur la situation de handicap sensoriel

Peut-être plus encore que les autres déficiences, l'atteinte de l'appareil sensoriel, entraîne des répercussions sur la dimension « situationnelle » du handicap.

Une approche « statique » centrée sur les aspects lésionnels et fonctionnels, nous interpelle déjà quant à l'hétérogénéité des paramètres rencontrés. La déficience sensorielle peut, à ce titre, être qualifiée de « notion à géométrie variable ».

Appliquée par exemple à la déficience auditive, cette variabilité liée aux aspects « lésio-fonctionnels » tient notamment :

- au degré de la déficience auditive ;
- au moment où elle survient ;
- à la date de son dépistage ;
- à la précocité et à l'efficacité des moyens de compensation mis en œuvre.

A travers ce dernier point nous commençons à percevoir en quoi l'environnement familial, va avoir une importance capitale sur le développement harmonieux du jeune.

Dès lors, si elle apporte des précisions importantes quant à l'analyse de cette population, l'approche centrée sur les données lésionnelles et fonctionnelles apparaît néanmoins insuffisante pour analyser « ce qui se joue » en termes de construction identitaire et de développement personnel chez les enfants déficients auditifs.

Au-delà de la lésion organique qu'elle implique, la déficience sensorielle vient bouleverser, chez la personne concernée, le champ des interactions sociales, élément essentiel du développement de l'enfant et de l'adolescent.

Pour mieux cerner l'impact de l'environnement sur la caractérisation des besoins des jeunes déficients sensoriels, l'analyse du contexte familial est un exemple évocateur :

- l'entourage fournit parfois des conditions optimales (bonne entente, dynamisme, possibilités matérielles...) alors qu'à l'opposé il existe des familles très démunies, éprouvées par la vie, dans lesquelles la déficience sensorielle introduit des difficultés difficilement surmontables ;
- l'arrivée d'un enfant déficient auditif dans une famille de sourds n'aura pas le même impact sur son développement que si ses parents sont entendants. Les enfants déficients auditifs dont les parents le sont aussi obtiennent généralement de meilleurs résultats en ce qui concerne la communication, la socialisation ou la représentation de la réalité. Cela s'explique par les stimulations apportées d'emblée par le milieu sourd préparé à accueillir un enfant dépourvu de langage verbal.

Pour le jeune sourd comme pour le jeune aveugle ou amblyope, outre le contexte familial, l'environnement scolaire peut également faciliter plus ou moins l'expression de ses

potentialités. Comme le souligne J Y Le Capitaine²⁹ « La dispersion de ces enfants dans une scolarité de proximité, produit aussi dans le même temps la disparition ou la suppression du lieu, de l'espace, de la « communauté » [...]. L'intégration scolaire ici normalise, mais en dépossédant des enfants de ce qui les ferait grandir normalement, et en les mettant parfois dans des situations de souffrance importante ».

L'analyse élargie des besoins à partir de la situation du jeune peut être un moyen permettant de le prémunir ainsi que sa famille de parcours inadaptés et générateurs de souffrances. Elle induit nécessairement d'opérer une distinction claire entre ce qui relève de la demande et du besoin.

c) *De l'attente ou de la demande au besoin*

Au centre des préoccupations des organisations sanitaires et sociales, cette question des besoins, empreinte de subjectivité, alimente les débats.

Le changement de posture qui découle de notre réflexion notamment quant à l'impact de l'environnement sur l'utilisateur conduit à une analyse élargie de ses besoins.

A partir des différentes situations rencontrées au SASAIS, nous avons pu observer combien les demandes et les besoins des jeunes déficients sensoriels ou de leurs familles étaient très différents voire opposés. Au cours des entretiens d'admission réalisés, nous constatons une forte attente des familles pour une intervention qui viserait essentiellement à renforcer la compensation technique du handicap et à intervenir sur un plan pédagogique pour garantir la continuité du parcours scolaire.

La vision globale des problématiques est, selon nous, nécessaire pour envisager de redonner une place centrale à l'utilisateur. Il nous faut prendre en compte ses attentes tout en lui présentant, au terme du protocole d'admission puis à différentes étapes de mise en œuvre du projet, ce que l'équipe pluridisciplinaire du service a compris de ses besoins.

Comme l'indiquent Ph.Ducalet et M.Laforcade³⁰ « évitons l'angélisme qui consiste à penser que la demande exprimée par l'utilisateur aurait valeur d'injonction. Pour diverses raisons, il ne peut en être ainsi : la perception de la personne malade ou en difficulté est souvent altérée, elle ne dispose pas toujours des éléments pour faire un choix éclairé.

Evitons à l'inverse l'attitude positiviste selon laquelle la notion de besoin objectif existerait à tout coup, éventuellement contre la perception et l'avis de l'utilisateur. Il s'agirait alors de faire son bonheur malgré lui ».

Cet éclairage nous invite à prendre en compte à la fois la demande exprimée et le besoin.

²⁹ LE CAPITAINE JY. *Des enfants sourds à l'école ordinaire*. Editions L'Harmattan, 2002, p 154.

³⁰ DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Editions Seli Arslan. 2^{ème} édition, 2004, p 118.

A partir de l'étude des besoins effectuée sur la population considérée nous pouvons également constater que la priorité va beaucoup plus souvent à la réparation individuelle de certains comportements qu'à leur prévention ou à leur modification.

En cela, l'intervention visant à favoriser l'intégration scolaire du jeune déficient sensoriel a une dimension plus concrète, peut-être perçue comme plus valorisante, que l'accompagnement précoce du jeune enfant et de sa famille. Ainsi, outre la spécificité de son identité, c'est sans doute à partir d'une vision trop réductrice de l'étendue des besoins que le service a limité son action à certains axes d'intervention.

Le pari, qui consisterait à étendre le champ d'analyse et de traitement des besoins pour y apporter une réponse optimisée, suppose de pouvoir trouver des modes innovants d'organisation des établissements et services médico-sociaux, capables de s'adapter à cet enjeu. Pour cela, il convient en préalable de centrer notre analyse sur les modes de fonctionnement de l'organisation et les enjeux institutionnels qui en découlent.

B) L'approche systémique de l'organisation pour une meilleure compréhension des enjeux institutionnels

Comme celle de la caractérisation des besoins des usagers, la question du fonctionnement de l'organisation est éminemment complexe.

Elle l'est d'autant plus que pour éviter l'écueil de percevoir nos organisations comme « totalitaires » (dans le sens où leur principale fonction consisterait à traiter l'individu dans sa totalité en risquant de le réduire à un objet d'action), il convient de s'intéresser aux modalités et aux conséquences d'une plus grande ouverture à leur environnement.

La nécessité d'un regard systémique sur l'organisation est renforcée par le fait que le projet du SASAIS est basé sur le processus de l'intégration. Il s'agit en effet pour le SASAIS de « faciliter l'intégration de l'enfant dans sa scolarité, sa formation professionnelle et en règle générale, dans tous les domaines de la vie ». Ce processus global, à la croisée de facteurs personnels, sociaux, vient interroger le rapport entre l'individu et le groupe social (scolarité, santé, réseaux relationnels...).

Comme le souligne dans son ouvrage Fabrice Dhume³¹, l'action sur l'intégration appelle donc par définition « l'intervention croisée mais articulée de plusieurs acteurs aux compétences différentes. En effet, aucun acteur ou aucune institution n'a en soi les capacités et les compétences de traiter l'ensemble de la complexité des situations individuelles ».

³¹ DHUME F. *Du travail social au travail ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales*. ASH éditions, 2002, p 27.

Parallèlement à son développement au niveau de l'utilisateur, l'approche promotionnelle visant à valoriser les ressources vaut également pour la reconnaissance des professionnels au sein des organisations.

Plusieurs travaux proposent ainsi des repères et des visions renouvelées de l'organisation susceptibles de correspondre au cadre d'intervention du service.

a) *Repères concernant l'approche systémique de l'organisation*

Dans un contexte de déséquilibres et d'incertitudes telles que le connaissent nos organisations sociales et médico-sociales, ce sont désormais « des processus organisants » qu'il convient de mettre en place. Dans son ouvrage, Dominique Génélot³² précise que « La conception de l'organisation inspirée des certitudes mécanistes de la science classique ne permet plus de piloter des systèmes qui présentent toutes les caractéristiques de la complexité. Il faudra désormais concevoir l'organisation comme un processus organisant l'évolution permanente, prenant en compte la complexité et générant du sens ».

L'approche systémique de l'organisation est ainsi fondée à partir d'une tentative de prise en compte de la pensée complexe. L'émergence de ce paradigme tient pour beaucoup aux travaux d'Edgar Morin³³ qui y voit « une réforme de l'entendement [...] qui nous incite à quitter le havre des certitudes scientifiques ».

Appliqué au champ de l'organisation, cela sous-tend que l'organisation n'est pas un état fini mais un processus de transformation permanente. En ce sens et pour Edgar Morin, l'organisation est à la fois une « éco-organisation », une « auto-organisation » et une « ré-organisation ».

Reprenant ces concepts, Dominique Génélot présente sa grille de lecture que nous proposons de retenir :

- « l'éco organisation est l'ouverture et l'adaptation aux évolutions et à la diversité de l'environnement ;
- l'auto organisation est le développement de l'autonomie, c'est-à-dire la capacité à élaborer et mettre en œuvre ses propres comportements de façon adaptée aux contraintes et sollicitations de l'environnement ;
- la ré-organisation est la transformation permanente, subtil équilibre entre le renouvellement et la reproduction. Elle ne peut s'analyser qu'en symbiose avec l'éco et l'auto organisation. C'est en se renouvelant sans cesse pour s'adapter à l'environnement (éco) que l'entreprise peut trouver la substance qui lui permettra

³² GENELOT D. *Manager dans la complexité*. Editions INSEP Consulting, 2001, p 224.

³³ MORIN E., LEMOIGNE JL. *L'intelligence de la complexité*. Editions L'Harmattan, 1999.

de vivre, mais c'est aussi en restant elle-même (auto) qu'elle maintiendra son identité, son existence propre ».

L'approche systémique de l'organisation suppose ainsi l'élaboration de représentations de la réalité articulées sur les finalités et non sur la structure.

Après avoir tenté de cerner les différentes logiques de structuration de l'organisation, il convient donc désormais de s'intéresser à la manière dont elle peut fonctionner durablement à partir de la coexistence de ces logiques.

b) Logiques d'acteurs et logiques opérationnelles à l'œuvre au sein de l'organisation

Au sein de tout système complexe co-existent des logiques à la fois contradictoires et complémentaires : c'est le principe « dialogique » mis en évidence par Edgar Morin.

Afin de garantir la cohérence de l'action conduite, l'organisation doit être en mesure de comprendre et d'articuler les différentes logiques en présence, en particulier à deux niveaux de l'action :

- à celui des personnes en prenant en compte la diversité des logiques individuelles et la logique générale de l'entreprise ;
- à celui des différentes logiques opérationnelles (technique, sociale, financière...) qu'il faut mettre en cohérence.

Concernant la logique des acteurs en présence, l'analyse stratégique de l'organisation telle que développée par Michel Crozier³⁴ donne des éléments de compréhension. Largement inspiré par ces travaux, Philippe Bernoux³⁵ nous apporte quelques précisions sur le concept d'acteur en laissant entendre qu'il ne peut être appréhendé isolément. Il précise que l'analyse doit partir de la notion d'acteur « mais sans éliminer le contexte créé par l'organisation, sans se contenter de partir de l'acteur, de ses objectifs et de la logique de son action, indépendamment de ce contexte ». On aboutirait selon lui à des impasses comparables à celles des modèles antérieurs en raisonnant sur un acteur coupé de son environnement et défini alors de façon abstraite : « l'acteur comme l'organisation ne peut s'analyser indépendamment de son environnement ».

Sous l'emprise de la référence à son environnement, chaque acteur tente, au sein de l'établissement ou service médico-social, de sauvegarder son influence par le biais de la négociation permanente. Parsons, repris par M.Crozier, a synthétisé cette théorie de l'influence³⁶ : « le pouvoir de l'acteur A sur l'acteur B c'est la capacité de A d'obtenir que

³⁴ Voir l'ouvrage de référence sur le sujet : CROZIER M., FRIEDBERG E. *l'acteur et le système*. Editions du seuil, 1977.

³⁵ BERNOUX P. *La sociologie des entreprises*. Editions Points, 1995, p 187.

³⁶ ROCHER G. *Talcott Parsons et la sociologie américaine*. Editions PUF, 1972.

dans sa négociation avec B les termes de l'échange lui soient favorables ». Ainsi, tout acteur ou groupe qui contrôle une « zone d'incertitude » (parce qu'il a l'ascendant moral, parce qu'il est le plus expérimenté ou qu'il dispose d'un réel savoir-faire technique) est en mesure d'améliorer sa situation. L'analyse de M.Crozier est très claire sur le fait que l'acteur recherche avant tout sa propre satisfaction : « l'homme n'est pas un animal d'optimisation mais de satisfaction ». La complexité à laquelle nous sommes tout particulièrement confronté en tant que Directeur de service médico-social, tient dès lors au fait que les acteurs ont des projets personnels dans une organisation globale qui poursuit elle-même un projet.

Comme le souligne D.Génélot³⁷ « les conflits, les incidents, les désordres divers qui surgissent ne peuvent pas être traités selon des approches analytiques classiques, tellement les phénomènes sont liés entre eux. Une approche systémique s'impose pour mettre en rapport ce double système de finalités, individuel et collectif. Plus l'organisation tolèrera les initiatives individuelles, génératrices de vitalité, plus elle aura à développer des régulations entre ces initiatives et la solidarité pour éviter que les désordres engendrés par ces nouveautés ne désintègrent le système global ».

Concernant les différentes logiques opérationnelles à l'œuvre au niveau de l'organisation , nous pouvons constater qu'elles sont de plus en plus nombreuses.

En externe, cette tendance peut notamment s'illustrer par l'abondance de réglementation venant actuellement encadrer le secteur social et médico-social, par la décentralisation qui fait exploser le nombre de décideurs locaux, par l'émergence de l'Europe et de son pouvoir normatif...

En interne, la multiplicité des logiques opérationnelles se traduit par une parcellisation du pouvoir. Les cultures et les métiers en présence sont innombrables. Il est pourtant nécessaire de parvenir à relier les professionnels et les savoirs qui ont été séparés.

Ainsi, pour Ph.Ducalet et M.Laforcade³⁸, le défaut de régulation risque fort d'aboutir à une « balkanisation » des pouvoirs et des compétences : « chaque professionnel met en avant son propre savoir disciplinaire, sa culture identitaire et au bout du compte...sa propre langue. Chacun est souverain dans sa discipline et s'interdit d'empiéter sur celle des autres. Or, toute connaissance partielle d'un individu est mutilante. La prise en charge sanitaire ou sociale d'une personne ne peut se résumer à la somme des interventions de plusieurs professionnels ».

³⁷ GENELOT D. *Manager dans la complexité*. Editions INSEP Consulting, 2001, p 110.

³⁸ DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Editions Seli Arslan. 2^{ème} édition, 2004, p 94.

Un passage par la notion de partenariat est à ce stade de notre réflexion incontournable étant donné qu'il naît, comme le souligne Jean-Marc Lesain-Delabarre³⁹, dès lors que « des systèmes en relation de dépendance plus ou moins forte, le cas échéant partiellement concurrentiels, développent des interrelations et des interactions de leurs membres, permettant une certaine cohérence et une prévisibilité minimale des actions des uns et des autres ».

L'enjeu que représente pour nous l'articulation des différentes logiques opérationnelles et d'acteurs nous amène donc à nous pencher sur les effets de leur rencontre, élément fondateur de l'action sociale globalisée.

2.1.2 De la prise en charge globale à l'action sociale globalisée : l'émergence de la question du partenariat

Dans le cadre de son activité, le Directeur de l'établissement ou du service médico-social pilote en permanence avec l'idée de concilier les logiques de l'organisation avec celles des acteurs. La complexité de cette situation se trouve renforcée dès lors que, pour optimiser la réponse apportée aux usagers, le développement du partenariat apparaît incontournable.

Dans son ouvrage Fabrice Dhume⁴⁰ insiste sur le lien naturel qui existe entre l'approche systémique de l'individu, de l'organisation et du partenariat : « l'humain et l'organisationnel réapparaissent dans leur irréductible complexité, pétrie de paradoxes, d'impossible, d'incontrôlable, d'effets non désirés, de frustration, de sentiment d'incapacité et de remise en question de la posture d'acteur... Autant de symptômes, me semble-t-il, du développement progressif d'une pensée complexe [...] que l'on peut rapprocher de l'émergence de la notion de partenariat. Celle-ci est en quelque sorte un produit de la complexité. Elle l'intègre, à la fois dans sa conception même (c'est un sujet complexe), et dans sa réalisation (cela conduit à agir la complexité) ».

Un réel paradoxe existe en effet autour de cette question du partenariat qui, tout en apportant une tentative de réponse au développement de la complexité, vient la renforcer. Cette dernière relève du caractère complexe de chacune des parties en présence mais également de leur imbrication.

Au regard des difficultés rencontrées par le SASAIS pour dépasser leur juxtaposition en vue de parvenir à la coordination et à l'articulation des interventions des acteurs en

³⁹ LESAIN-DELABARRE JM. *l'Adaptation et l'Intégration Scolaires, Innovations et résistances institutionnelles*. Editions ESF, 2000, p 90.

⁴⁰ DHUME F. *Du travail social au travail ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales*. ASH éditions, 2002, p 28.

présence, cette question de la relation partenariale demande à être approfondie notamment quant aux enjeux qu'elle recouvre et ses niveaux de développement.

A) Les principaux enjeux visant à garantir l'opérationnalité de l'action partenariale

A partir de l'émergence d'objectifs communs et à l'appui de la vision systémique que nous souhaitons encourager, le partenariat doit autant que possible limiter l'incertitude et l'imprévision qui caractérise l'action des acteurs qui gravitent autour de l'utilisateur.

Inscrire son action dans un cadre partenarial efficient contribue à l'émergence de nouvelles logiques d'intervention dont l'effet est variable au regard des modalités et des niveaux de collaboration des parties en présence.

a) *La validation d'un changement de logiques*

Le principal enjeu qui fonde l'action partenariale réside dans l'avènement d'une logique de réseau ou de prestation de service au détriment de celle de l'institution ou du placement.

Pour J-M Lesain-Delabarre⁴¹ la question qui nous anime est structurée par la dynamique du passage d'une « logique de la pierre à des logiques de réseaux, d'une pratique plus ou moins cloisonnée d'actions spécialisées dispensées par des spécialistes en des lieux spécifiques, à une démarche intégrative globale, avec tous les prolongements que cela implique sur les plans technique, financier, réglementaire,... ».

Ce passage d'une logique de prise en charge à une problématique de prestation de service a largement été décrite par des auteurs tels que Jean-René Loubat qui en 1997⁴² énonçait sa vision des points clés de la rénovation du secteur : « une meilleure inscription des dispositifs dans l'environnement, l'utilisation de multiples partenariats, un développement du travail en réseau, une évolution des dispositifs vers une plus grande souplesse, le passage accru d'établissements à des services, la fin de la substitution familiale, la limitation de la suppléance parentale, l'émergence de la guidance familiale, la poursuite du travail par projet et par contrat, l'engagement sur la notion de qualité, l'exigence d'évaluation des résultats,... ».

La question du partenariat se pose ainsi dans un contexte de « désinstitutionnalisation » des prises en charge au profit d'une territorialisation des actions qui situe l'échelon local comme le bon niveau de réponse aux problèmes posés. Ce phénomène est amplifié par celui de la décentralisation de plus en plus poussée qui, du fait de la multiplication des acteurs, de la complexité des procédures, rend le travail coopératif quasi indispensable.

⁴¹ LESAIN-DELABARRE JM. *l'Adaptation et l'Intégration Scolaires, Innovations et résistances institutionnelles*. Editions ESF, 2000, p 16.

⁴² LOUBAT JR. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, contextes, méthodes, outils*. Editions Dunod, 1997, p 19, 20.

Au-delà de tout effet de mode, notre démarche visant à optimiser la mise en œuvre de la relation partenariale du service se base sur l'ambition de développer une vision de plus en plus contributive des aides.

b) *Dépasser la juxtaposition et parvenir à l'articulation des interventions par la redécouverte du sens de l'action*

Afin de dépasser la tendance fortement ancrée du secteur médico-social à la simplification et à la séparation des différents niveaux d'intervention, et pour faire face à la difficile réponse à la globalité des problèmes posés, le renforcement du travail coopératif est pour nous un élément fondateur du projet d'évolution de l'organisation.

Dans ce contexte, un des principaux enjeux qui se présente à nous en tant que Directeur consiste à relier tout ce qui a été disjoint afin d'élargir le panel de réponses susceptibles d'être proposées aux multiples besoins des usagers.

Comme le note Charles Gardou⁴³, « l'entrecroisement des regards et des compétences représente une nouvelle voie. L'intégration souffre effectivement de notre difficulté à entrecroiser. C'est un art très difficile. L'usage fréquent de certains mots, comme ceux de collaboration, interaction, négociation, partenariat, pourrait donner l'impression que la chose est, sinon acquise, du moins en voie de l'être : comme si les divers professionnels auprès de l'enfant en situation de handicap s'accordaient aisément pour unir leurs efforts dans la perspective d'un accompagnement harmonieux. En réalité la coopération ne règne pas plus sur l'ensemble des pratiques que la paix universelle sur les nations ».

A travers le diagnostic posé sur le SASAIS, nous avons pu constater la réalité d'une pluridisciplinarité des interventions permettant une prise en compte globale de la personne. Néanmoins cet état des lieux a également fait émerger combien les logiques individuelles et institutionnelles pouvaient peser sur l'articulation, la coordination des interventions.

A ce stade de notre réflexion, il est essentiel de reposer la question du sens de l'action: Dans un cadre partenarial elle est d'autant plus complexe qu'elle engage des acteurs différents qui partagent a minima un intérêt commun pour l'action et s'accordent sur ses objectifs. Comme nous le verrons avec le réseau, la forme opérationnelle du partenariat reste un « outil » et n'est pas, par définition, l'objectif puisqu'il ne trouve sa raison d'être que dans la réalisation d'un projet commun.

Ce rappel nous invite à considérer la notion de projet de manière concomitante à celle de partenariat. Ainsi que le souligne J-M Lesain-Delabarre⁴⁴ : « le passage d'une logique de

⁴³ GARDOU C. *Fragments sur le handicap et la vulnérabilité*. Editions Eres, 2005, p 151.

⁴⁴ LESAIN-DELABARRE JM. *l'Adaptation et l'Intégration Scolaires, Innovations et résistances institutionnelles*. Editions ESF, 2000, p 87.

placement, d'une logique institutionnelle, à une logique de réseau ou de prestation de service, suppose une clarification des intentions et des modes opératoires de chaque institution, et une contractualisation des interventions ». Cette clarification est largement liée au caractère fédérateur du projet d'établissement ou de service, qui, comme nous avons pu le constater, fait actuellement défaut au SASAIS.

C'est à partir de l'émergence d'un projet d'action commun, partagé par les acteurs, que pourra se décliner de manière opérationnelle cette idée du passage de la prise en charge globale à l'action sociale globalisée.

Pour mener à bien ce projet, différents niveaux de partenariats sont envisageables.

B) Les variables inhérentes à la relation partenariale

Qu'elles tiennent aux modalités de sa mise en œuvre ou à la diversité des acteurs en présence, l'action partenariale est l'objet de variables qu'il convient d'intégrer afin de bien en saisir les rouages.

a) *Du « faire faire » à l'« agir ensemble », les différents niveaux de l'action partenariale*

Le dictionnaire critique de l'action sociale⁴⁵ donne du partenariat une définition qui met l'accent sur sa modularité : « un rapport complémentaire et équitable entre deux parties différentes par leur nature, leur mission, leurs activités, leurs ressources et leur mode de fonctionnement. Dans ce rapport, les deux parties ont des contributions mutuelles différentes mais jugées essentielles. Le partenariat est donc fondé sur un respect et une reconnaissance mutuelle des contributions et des parties impliquées dans un rapport d'interdépendance. De plus le partenariat laisse la place à des espaces de négociation, où les parties peuvent définir leur projet commun ».

Ainsi, du « faire faire » à l'« agir ensemble », différents niveaux de partenariats sont possibles et susceptibles de traduire une progression dans l'implication mutuelle et dans l'engagement réciproque.

On retrouve dans le « faire faire » une idée de délégation, qui n'implique pas de collectif mais fait exister un lien de subordination. A l'opposé, le concept d'« agir ensemble » se fonde sur le collectif et sur un engagement choisi. Entre ces deux extrêmes de l'implication partenariale nous pouvons également trouver les notions d'« aider à faire » et de « faire avec ».

A partir de l'environnement du SASAIS et à la lumière du projet de service, il nous appartient de déterminer le type d'action partenariale à promouvoir.

Ce choix est largement influencé par l'identité des acteurs en présence.

⁴⁵ In Dictionnaire critique de l'action sociale. Editions Bayard, 1999.

b) *Les différents acteurs de la scène du partenariat*

La relation partenariale qui émane de l'organisation médico-sociale prend différentes formes selon l'identité et la position de chacun des acteurs concernés.

Lorsque l'on appréhende les difficultés à nouer des relations avec certains services, on se rend vite compte de la complexité des enjeux.

L'environnement du service médico-social est particulièrement diversifié. Aussi, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte pour garantir la fiabilité d'un partenariat entre acteurs aux logiques singulières.

L'ouverture au partenariat ne va pas de soi. Comme le souligne Fabrice Dhume⁴⁶ : « Il faut tenir compte du besoin de temps, sans lequel l'ouverture effective ne peut se construire, sans lequel l'acculturation progressive ne peut se faire. Cela n'évacue pas le caractère essentiel des volontés individuelle et institutionnelle. Cela renvoie simplement chacun à ses propres capacités à se remettre en question. Exiger de l'autre qu'il fasse et soit comme soi-même c'est refuser sa différence. [...] C'est le charger de la responsabilité d'un acte qui engage plusieurs parties, en se désresponsabilisant soi-même. Bref, c'est remettre en question le principe même du partenariat ».

Dans l'environnement du service, le financeur et l'utilisateur sont deux parties pour lesquelles la question du partenariat prend une dimension toute particulière.

Pour l'un, cette question est d'autant plus sensible que le champ médico-social s'inscrit au niveau associatif dans le cadre d'une délégation de service public. Dès lors la notion de coopération semble contradictoire avec la notion de délégation, cette réflexion pouvant dès lors s'étendre aux partenaires intervenant pour le compte du service et financés par ce dernier.

Pour l'autre, si le partenariat suppose une égalité de statut, au moins du point de vue de l'action, qu'en est-il de sa relation avec le service?

Dans un système où, comme le disait Rousseau, « tout pouvoir résulte d'une force », nous pouvons constater que l'utilisateur n'a souvent ni l'un, ni l'autre.

Sa situation de faiblesse ne peut en théorie attribuer à l'utilisateur la qualité de partenaire de l'action. Il est donc essentiel pour le service de le placer, par construction volontariste et à l'appui du nouveau cadre réglementaire, au centre de l'action partenariale.

Pour autant, si l'égalité de statut n'est pas au rendez-vous en ce qui concerne le financeur ou l'utilisateur, cela ne nous paraît pas remettre en cause la possibilité d'une co-construction de l'action prenant sa source dans le projet construit en commun, sur le principe d'une co-action et d'une responsabilité partagée.

⁴⁶ DHUME F. *Du travail social au travail ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales*. ASH éditions, 2002, p 138.

Comme le précise Fabrice Dhume concernant le financeur : « le financement d'un projet peut faire partie de l'engagement d'une collectivité ; mais il ne dédouane pas celle-ci d'un investissement sur le sens du projet, sur la réalisation concrète et, de manière générale, sur la coresponsabilité effective : on assume conjointement les risques ».

Constitué pour optimiser la réponse à des besoins le concernant, le système partenarial place l'utilisateur au centre de ses préoccupations.

Aussi, le passage de « l'utilisateur objet » appartenant à l'organisation à « l'utilisateur sujet » considéré comme une personne dont on va s'attacher à saisir la singularité et l'originalité ne peut dès lors rester qu'une étape vers le positionnement d'un « utilisateur acteur » qui doit apparaître comme la clé de voûte de la dimension opérationnelle du partenariat.

Plusieurs points de repères nous semblent désormais devoir être posés quant aux moyens permettant au Directeur de donner une dimension opérationnelle au cadre d'action partenarial.

Sans pour autant envisager son application stricte à la situation rencontrée, le fonctionnement en réseau est susceptible de nous apporter de précieux éclairages.

En effet, modèle abouti pour intégrer la complexité inhérente à la relation partenariale, il favorise le basculement qui s'impose, pour un meilleur service rendu à l'utilisateur, entre « avoir des partenaires » et « être partenaires ».

2.2 Le réseau : modèle d'action sociale pour requalifier et optimiser l'accompagnement personnalisé du jeune et de sa famille

La thématique du travail en réseau renvoie à la nécessité de «mettre en lien » les professionnels de l'action sociale. Le mot «réseau » s'il est de plus en plus utilisé ne correspond pas forcément à un concept évident car les pratiques qu'il évoque sont très diverses et tous les acteurs n'en ont pas une approche identique.

Nous avons, en l'espèce, fait le choix de partir de l'analyse de ce modèle pour la richesse des repères et des pistes d'action qu'il nous offre au moment d'agir sur l'organisation.

Jean-Paul Laurent dans un de ses articles⁴⁷ nous propose une conception du réseau en prise directe avec notre secteur d'intervention et la dynamique intégrative : « La mise en réseau dans une politique intégrative, c'est l'occasion de rappeler que l'élève handicapé est aussi une personne porteuse de handicap ; que la solution, si elle existe, n'est pas exclusivement pédagogique ; qu'être avec les autres et comme les autres ne suffit pas

⁴⁷ LAURENT JP. *Un travail en réseau*. Revue de l'Association Nationale des Communautés Educatives n°114, Mars 2001, p 9.

pour évacuer toute souffrance psychique. Autrement dit, la prise en compte de la globalité de la problématique d'un enfant handicapé nécessite : individualisation, cohérence, pluridisciplinarité et complémentarité. Et c'est bien autour de ces quatre axes que s'organise et prospère un réseau médico-social ».

Le réseau en tant qu'organisation transversale va favoriser la mise en œuvre de l'objectif fixé par le partenariat. Dans ces conditions, il s'apparente donc à un outil organisateur au service du partenariat.

2.2.1 Un outil organisationnel au service du partenariat opérationnel

L'enjeu du réseau est actuellement prégnant dans l'alternative qu'il propose en matière d'intervention sociale. Dans l'un de ses articles, Régis Dumont⁴⁸ le place clairement comme tel : « Dans l'intervention sanitaire et sociale, les compétences techniques, spécifiques des professionnels dans leur sphère d'intervention, mais surtout leurs compétences transversales ou compétences à la coordination, apparaissent, en effet, essentielles pour favoriser une intervention de qualité auprès de l'utilisateur. [...] L'actualisation régulière de ces compétences techniques spécifiques et le développement de ces compétences transversales chez les professionnels, pour pouvoir travailler en coordination et donc en cohérence, tout en conservant leurs spécificités, avec des intervenants de plus en plus nombreux, peut s'avérer un défi capital, voire vital pour les bénéficiaires des actions. C'est dans cette perspective que s'inscrit le réseau en tant qu'organisation apprenante susceptible d'apporter une réponse à ce besoin ».

Avant de revenir plus en détail sur les modalités selon lesquelles le travail en réseau peut contribuer à améliorer le service rendu à l'utilisateur, il convient d'en apporter une définition.

A) Définition et repères

Le mot «réseau » (du latin «*retiolus* » petit filet) possède des acceptions qui ont en commun la caractéristique d'évoquer le filet, le maillage, la liaison, le lien.

Ce terme s'est imposé en France depuis une cinquantaine d'années pour désigner le « système de liens (relationnels ou professionnels) entre membres (liés ou non par un contrat) à propos et autour d'une ou plusieurs personnes ».

Il convient de distinguer d'emblée le réseau primaire qui est une variante du réseau d'appartenance, à une famille, à une communauté, et le réseau secondaire qui est une variante du réseau de communication et qui concerne l'ensemble des professionnels mobilisés par une même intervention autour d'une personne.

⁴⁸ DUMONT R., DUMOULIN P et al. *Travailler en réseau : méthodes et pratiques en intervention sociale*. Editions Dunod, 2003, p 29.

Alors que le premier caractérise une institution (la famille, la langue,...) ou une superposition d'institutions, le second n'est pas une institution mais une organisation entre personnes appartenant à des institutions.

Le fait que les parties qui le composent n'ont pas en commun l'appartenance simultanée à plusieurs institutions est un élément qui vient fragiliser le réseau secondaire.

Au regard de l'objet de notre étude et de la préoccupation organisationnelle qui nous anime, c'est essentiellement autour du réseau secondaire, celui des professionnels, que nous centrerons notre analyse. Nous veillerons néanmoins au fait que le mode d'organisation retenu favorise les liens entre l'utilisateur et son réseau primaire.

A travers le réseau notre but est effectivement d'accompagner l'utilisateur dans la reconstitution et la stabilisation de son réseau primaire pour permettre la disparition de l'intervention secondaire spécialisée.

- B) L'accompagnement en réseau : relever le défi de la compétence des acteurs pour améliorer le service rendu à l'utilisateur

L'approche globalisée de la personne que nous souhaitons promouvoir en valorisant ses ressources interpelle notre organisation dans son rapport avec l'environnement.

En ce sens, l'utilisation du réseau apparaît comme l'outil de réhabilitation des compétences détenues par chacun, favorisant le développement des échanges entre acteurs.

Les enjeux inhérents au développement du travail en réseau peuvent se résumer en un nécessaire renouvellement des pratiques professionnelles au service de la promotion des compétences des différents acteurs : usagers, professionnels, organisations.

- a) *Replacer l'utilisateur et sa famille dans leurs compétences pour un renouvellement de l'approche de l'aide*

Le travail social a longtemps trouvé sa pertinence dans une action de « réparation » à l'égard des personnes en situation de difficulté sociale ou en voie de marginalisation.

De fait, l'approche classique du travail social s'est longtemps basée sur une relation double « aidant / aidé » débouchant le plus souvent sur l'assistantat ou l'injonction à la responsabilité, relations que nous percevons comme contre-productives.

Le problème posé par l'assistance réside dans le fait qu'elle concourt à sa propre légitimité : censée être vecteur de réinsertion, elle participe finalement à se rendre indispensable et interminable.

Au-delà de l'effet de mode visant à placer « l'utilisateur au centre de l'intervention », une nouvelle posture relationnelle doit émerger, focalisée sur la promotion des compétences.

Ainsi, pour Philippe Dumoulin⁴⁹ : « ces compétences peuvent s’appréhender au niveau individuel. Elles se déclinent aussi en compétences collectives activables dans l’environnement. L’approche classique par les manques, les carences ou la pathologie doit alors se rééquilibrer par une approche des capacités de résilience (dont on sait qu’elles sont proprement individuelles, mais aussi la résultante de rencontres significatives tout au long du processus de vie, ce qui fonde la question de l’étayage du réseau primaire) ».

Au regard de l’usager, un avantage du réseau nous semble également résider dans le fait de dépasser la logique d’auto-centration qui guette tout système d’organisation, et de pouvoir agir sur les professionnels pour réaffirmer la place première du service rendu.

b) Adapter les compétences des professionnels aux enjeux du travail en réseau

Le respect de l’usager passe par celui du professionnel, de même l’amélioration de la prestation à l’usager passe par une optimisation de la qualité des conditions de leur exercice pour les agents.

Comme le souligne Philippe Dumoulin⁵⁰ « dans un contexte de complexité, les professionnels de première ligne apparaissent en effet comme les acteurs les mieux à même de contribuer à la définition des objectifs, dans un processus d’association qui ouvre à des modifications profondes des systèmes managériaux classiques : révision des organigrammes vers des organisations plus matricielles, extension de l’usage du projet, développement de la délégation, affinement des processus de communication, organisations plus souples et plus finalisées, processus qualité, révision régulière des actions... Comme pour l’usager, le pari à faire ici est aussi celui de la compétence des acteurs ».

Le renouvellement de l’intervention sociale à partir du réseau appelle la construction de pratiques professionnelles spécifiques. Elles doivent se baser sur une relation d’échanges dans laquelle le professionnel se défait d’une partie de son pouvoir pour développer un accompagnement plus respectueux des droits de la personne en leur permettant notamment de dégager eux-mêmes leurs propres solutions.

Cela appelle, de la part du Directeur du service, la mise en place d’un mode particulier de gestion des ressources humaines pour développer un accompagnement spécifique, plus en phase avec la reconnaissance des capacités individuelles de chacun.

Nos propositions en ce sens, tels que le recours à la formation ou aux temps d’analyse de la pratique professionnelle, seront précisées en troisième partie, dans notre plan d’action.

⁴⁹ DUMONT R., DUMOULIN P et al. *Travailler en réseau : méthodes et pratiques en intervention sociale*. Editions Dunod, 2003, p 123.

⁵⁰ Op. cit, p 5.

c) *Reconnaître la compétence de l'organisation dans sa capacité d'apprentissage par le collectif*

Au regard des premiers éléments développés, le fonctionnement en réseau doit pouvoir constituer une réponse, au moins partielle, au défi de la complexité et dont l'essentiel tient aux capacités d'intelligence, d'apprentissage et d'adaptation qui en émergent.

Face à la complexité croissante, l'accompagnement en réseau permet de s'enrichir de la différence et des compétences croisées. La compétence transversale ou globale qui en découle doit permettre à chaque professionnel de réduire l'incertitude liée à une prise en compte insatisfaisante des besoins de l'utilisateur.

La compétence peut désormais être définie comme « la capacité à utiliser et à combiner des connaissances et des savoir-faire acquis pour maîtriser une situation professionnelle donnée et pour obtenir les résultats attendus »⁵¹. A partir de cette définition, la compétence globale d'une organisation médico-sociale nous paraît dès lors être le fait de la combinaison de compétences individuelles, collectives et organisationnelles.

Elle se construit par les réseaux, par l'intelligence collective. Les apports de Pierre Lévy sur cette dernière notion sont essentiels : « la prospérité des nations, des régions, des entreprises et des individus dépend de leur capacité à naviguer sur l'espace du savoir. Tout repose à long terme sur la souplesse et la vitalité de nos réseaux de production, de transaction et d'échanges de savoirs. Le totalitarisme a échoué face aux nouvelles formes de l'exercice mobile et coopératif des compétences. Il était incapable d'intelligence collective »⁵².

Plusieurs éléments doivent cependant être réunis pour offrir un terrain fertile au développement de l'intelligence collective et plus généralement à celui d'un cadre d'action partagé.

2.2.2 Les principaux vecteurs d'identité et de réussite d'un accompagnement en réseau

C'est parce qu'ils ont des finalités, des règles de communication et de conduite communes et régulièrement évaluées que les parties d'un réseau peuvent revendiquer une identité partagée et la participation à un système cohérent d'action.

⁵¹ Définition INSEP Consulting in GENELOT D. *Manager dans la complexité*. Editions INSEP Consulting, 2001, p 272.

⁵² LEVY P. *L'intelligence collective, pour une anthropologie du cyberspace*. Editions La Découverte, 1994.

A) L'identification et le partage d'un projet commun

A l'origine de ce type d'organisation, on peut constater qu'il n'y a pas de réseau professionnel sans problème commun à résoudre. Régis Dumont⁵³ indique qu'en effet « à l'origine de ces réseaux professionnels on constate souvent que le problème qui mobilise les professionnels d'un service ne peut être résolu par leurs seules interventions, mais qu'il nécessite aussi un travail de qualité et surtout coordonné avec les actions d'autres collègues offrant d'autres services spécifiques. Il s'agira donc pour ces professionnels de conjuguer leurs actions avec celles d'autres partenaires pour pouvoir offrir une prestation qui réponde au mieux aux besoins de l'utilisateur ».

C'est ensuite le passage de l'objectif commun au projet partagé qui fait basculer le réseau professionnel de sa forme spontanée à sa forme d'organisation élaborée.

Comme l'indiquent Philippe Jeanne et Jean-Paul Laurent⁵⁴ « le travail en réseau implique la définition d'un projet global qui va au-delà de celui, maintenant classique, de l'établissement spécialisé. Il franchit les murs de l'établissement pour englober la vision d'ensemble de l'environnement de l'établissement et prévoir les connexions nécessaires ou possibles avec des partenaires éducatifs, sociaux, administratifs et économiques. L'équipe pluridisciplinaire est directement conceptrice et actrice de ce type de projet. Elle doit donc être capable d'établir ces contacts avec l'extérieur ».

Tant en l'interne que vis-à-vis de son environnement, l'organisation trouvera dans le projet commun les contours de son identité, à partir de laquelle il conviendra de communiquer.

B) Le développement de la fonction de communication

La communication est ce qui donne existence et cohérence à un système. C'est donc particulièrement important dans la déclinaison d'un travail en réseau.

Dans son analyse du management dans la complexité, Dominique Gévelot⁵⁵ place l'information et la communication au cœur des systèmes complexes. Dès lors, pour lui, « la responsabilité majeure dans le pilotage des organisations complexes est l'expression du sens. [...] C'est le processus de connaissance et d'ajustement réciproques qui permet la production d'un sens partagé. Pas de communication, pas de sens partagé, donc pas de cohérence ».

Les problèmes de communication au sein d'une équipe pluridisciplinaire font partie inhérente du fonctionnement des établissements. On peut dès lors craindre que la mise

⁵³ DUMONT R., DUMOULIN P et al. *Travailler en réseau : méthodes et pratiques en intervention sociale*. Editions Dunod, 2003, p 46.

⁵⁴ JEANNE P., LAURENT JP. *Enfants et adolescents handicapés, pour une prise en charge qualitative du handicap*. ESF éditions, 1998, p130.

⁵⁵ GENELOT D. *Manager dans la complexité*. Editions INSEP Consulting, 2001, p 156.

en réseau ne les amplifie, voire en crée de nouveaux. Notre action mais également le travail avec d'autres partenaires, en obligeant les professionnels à une clarification du discours et à la pertinence des informations, doit fournir l'occasion de réguler ces problèmes de communication qui sont souvent la résultante d'un défaut de coordination.

C) La coordination effective des interventions

La particularité qui fait du secteur social et médico-social une affaire de spécialistes et de spécialités contribue à l'apparition du problème majeur de toute organisation structurée à partir de la division des tâches : la coordination.

Il est d'ailleurs important de noter dans le domaine de la santé que la circulaire relative aux réseaux de soins prévoit la coordination, la formation et l'évaluation. La fonction de coordination y est considérée comme essentielle et le texte indique que « le ou les responsables de cette coordination doivent être clairement identifiés »⁵⁶.

Le SESSAD, en qualité de service réglementairement identifié comme habilité à déployer une intervention globale, semble tout désigné et légitime pour assurer cette coordination de l'action médico-sociale de proximité en direction du jeune et de sa famille.

Plus précisément, la circulaire d'application du décret du 27 octobre 1989 vient désigner le Directeur du SESSAD comme « garant de la cohérence de l'action d'ensemble réunissant des interventions spécifiques. Il coordonne les activités de l'établissement, dans le respect des compétences professionnelles de chacun ».

Cette question de la « centralité » du réseau est particulièrement épineuse et doit selon nous être abordée avec le souci de l'opérationnalité et de l'efficacité.

L'organisation en réseau peut opter pour deux principales solutions :

- une « centralité » répartie sur tous les pôles, à tour de rôle par exemple ;
- une « centralité » qui se focalise sur un seul pôle, un leader ou un coordonnateur se dégageant du travail en réseau.

Si la satisfaction des membres du réseau est importante, il faut essentiellement que cette organisation au service de l'utilisateur soit efficace. Ce qui est indispensable pour l'obtention de résultat c'est l'efficacité ; de la satisfaction dépend le sentiment d'utilité.

La majorité des études montre que l'efficacité du réseau est plus grande quand il y a un leader, surtout quand il gère tous les échanges d'informations et qu'il conserve le même type de relations avec tous les pôles du réseau. La satisfaction de ses membres est alors fonction de la marge qui leur est laissée dans leur capacité d'échange avec les autres pôles (une « centralité » bien répartie).

⁵⁶ Circulaire DGS n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins.

Yves Rollier⁵⁷ dans l'un de ses articles rappelle les objectifs et l'impératif d'efficacité qui découle du réseau « faire partie d'un réseau professionnel (entre individu appartenant à diverses institutions) correspond probablement à une motivation (la satisfaction d'une prise en charge régulée) ; mais aussi à des objectifs :

- s'informer (échanger de l'information, ce qui est fort différent du partage) : qui fait quoi ? pourquoi ? comment ?
- faire faire... (interpeller l'autre à propos de ce qu'on ne peut pas faire) ;
- faire ensemble (échanger des modalités d'action ; ce qui est également fort différent du partage).

La « centralité » est le point sensible. Quand celle-ci (et par conséquent l'indépendance) est également répartie, il n'y a pas vraiment de leader mais beaucoup d'erreurs ».

La question de l'efficacité induite par celle de la centralité et de la coordination appelle clairement la nécessité de développer une culture d'évaluation du travail en réseau.

D) La promotion d'une culture d'évaluation des pratiques d'accompagnement en réseau

La définition et la mise en œuvre d'un projet de réseau rendent nécessaire le développement de l'évaluation comme outil au service de la maîtrise du sens de l'action.

Un rapport du conseil scientifique de l'évaluation publié en 1992 par la documentation française⁵⁸ précisait les différents éléments qui constituent l'évaluation : « celle-ci apparaît comme l'activité de rassemblement, d'analyse et d'interprétation de l'information concernant la mise en œuvre et l'impact de mesures visant à agir sur une situation sociale ainsi que la préparation de mesures nouvelles ».

Prévoir l'évaluation dans le contexte de l'accompagnement en réseau implique de tenir compte des spécificités de l'évaluation dans le cadre de l'action partenariale.

La réalisation d'un projet partenarial implique que l'on n'évalue pas uniquement les résultats, même si la valeur de l'objectif est centrale comme fondement du partenariat.

Deux niveaux d'évaluation distincts mais complémentaires apparaissent donc pour le collectif qui a porté l'action :

- les résultats du projet : le collectif va s'intéresser à l'action et aux résultats auxquels on est arrivé (effets directement produits par l'action et effets induits) ;

⁵⁷ ROLLIER Y. *La notion de travail en réseau* – Revue de l'Association Nationale des Communautés Éducatives n°114 – Mars 2001.

⁵⁸ LA DOCUMENTATION FRANCAISE. *Rapport annuel sur l'évaluation des pratiques d'évaluation des politiques publiques - l'évaluation, de l'expertise à la responsabilité*, 1992.

- l'évaluation du collectif et la pertinence du partenariat : le collectif va analyser son fonctionnement. Comme le soulignent Philippe Ducalet et Michel Laforcade⁵⁹ : « l'auto-évaluation peut également porter sur la structure et le système d'action au sein desquels l'activité est produite. Elle devient alors un mode de mise à l'épreuve de la cohérence du système d'action, de ses modes de régulation, de sa capacité d'information et de communication, de sa capacité à venir en ressource au plus près de l'activité. Dans une telle perspective, c'est moins la « méthode X » ou le « référentiel Y » qui importent que le processus d'analyse réflexive qu'ils engendrent et, consécutivement, la capacité d'auto régulation, d'apprentissage et d'optimisation individuelle et collective ».

Il conviendra donc à tous les acteurs de s'approprier les objectifs et les critères d'évaluation pour mesurer l'activité, les résultats obtenus et la qualité du service rendu.

Cette étape s'avère également incontournable pour prévenir les risques que peut induire la mise en œuvre du réseau.

Au moment de décliner notre plan d'action pour le SASAIS, Il convient d'en présenter les deux principaux :

- un risque éthique d'encadrer à l'extrême la liberté de l'utilisateur par une optimisation des coordinations qui prendrait alors la forme d'un « contrôle social ». En repartant du sens étymologique de « filet », l'utilisateur doit percevoir le réseau comme un contenant protecteur et non comme une nasse ;
- un risque consistant à renforcer le professionnalisme des intervenants au détriment de la mobilisation des réseaux primaires des usagers. Cette situation ne ferait alors que renforcer leur position de dépendance.

Au même titre que l'évaluation, tous les éléments fondamentaux de l'organisation de l'action médico-sociale en collectif qui viennent d'être présentés doivent nous imprégner et guider notre action.

Relever le défi que constitue l'accompagnement personnalisé au regard de la diversité et de la spécificité des besoins des usagers suppose une refondation du projet de service.

A l'appui de celui-ci et de manière à en garantir le fonctionnement dans un cadre d'intervention élargi, il nous appartiendra de saisir les opportunités permettant d'engager une restructuration de l'organisation.

⁵⁹ DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Editions Seli Arslan. 2^{ème} édition, 2004, p 136.

3 AGIR SUR L'ORGANISATION A PARTIR D'UN NOUVEAU PROJET DE SERVICE POUR ADAPTER LE SASAIS AUX ENJEUX DE SON EVOLUTION EN MILIEU COMPLEXE

Les éclairages théoriques qui viennent d'être apportés ne font que renforcer notre constat, issu du diagnostic posé sur le SASAIS, selon lequel les contraintes liées à l'organisation du service ont rapidement pris le pas sur le sens de l'action conduite.

Les limites relevées doivent, dans le prolongement des évolutions déjà opérées depuis la dernière extension du service, nous conduire à redéfinir les objectifs et les conditions de mise en œuvre du projet.

L'actuel déficit d'identité du SASAIS et la difficulté qu'il rencontre dans l'émergence d'un sens commun aux acteurs nuisent à la cohérence de l'intervention auprès de l'utilisateur.

Après s'être assuré de la cohérence du projet, nous repositionnerons l'organisation pour mieux le mettre en œuvre⁶⁰.

3.1 Refonder un projet de service en réseau pour personnaliser la réponse apportée aux besoins des usagers

A partir de l'analyse du travail en réseau, notre première préoccupation va consister à renforcer les éléments originellement constitutifs d'une ressource pour le service.

L'attachement qu'il met à promouvoir une relation de proximité avec le jeune déficient sensoriel et sa famille pour estimer globalement leurs besoins et le souci qu'il a de s'appuyer sur leur environnement, nous paraissent autant de supports pour redéfinir un projet plus fédérateur et opérationnel.

Outre la consolidation des acquis, la nouvelle dimension que nous allons lui donner vise le développement d'axes de travail pour mieux prendre en compte la diversité et la spécificité des besoins des usagers

Nous allons nous appuyer sur la démarche de projet qui nous paraît adaptée pour intégrer la problématique complexe à laquelle le service se trouve confronté.

Ainsi que l'indique Jean-Pierre Boutinet⁶¹ « les environnements actuels au sein desquels doivent s'inscrire les projets sont d'abord des environnements complexes ; or la démarche de projet s'avère l'outil approprié pour gérer la complexité et l'incertitude ».

⁶⁰ Voir ANNEXE 6 pour une présentation détaillée des différents niveaux d'action du Directeur pour l'émergence de l'identité depuis la définition du projet jusqu'à l'amélioration d'une activité et d'un service, p XIV. HAERINGER J. TRAVERSAZ F. *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*. Editions DUNOD, 2002, p 232 et s.

⁶¹ BOUTINET JP. *Anthropologie du projet*. Editions PUF, 1990, p 227.

Tant au niveau de la définition de nouveaux axes d'intervention que de la méthodologie retenue, l'émergence du projet va intégrer notre volonté d'une ouverture plus importante à l'environnement et d'un recours plus systématique aux coopérations.

3.1.1 Repositionner le service par le développement de nouveaux axes d'intervention

L'approche élargie des besoins du jeune déficient sensoriel et de sa famille a fait émerger la spécificité et la grande diversité des situations rencontrées. Elle a également mis en lumière le nécessaire développement d'une coopération accrue entre organisations (voire secteurs d'intervention) pour répondre à la complexité et aux impératifs de personnalisation et de cohérence de l'action conduite.

Notre première action va donc passer par le fait de promouvoir auprès des instances associatives (Conseil d'Administration, Directeur Général...) puis des autorités de contrôle et de tarification, la prise en compte de trois nouveaux axes d'intervention déclinés ci-après.

A) Garantir la technicité inhérente à l'accompagnement de certaines situations

Notre présentation des caractéristiques des besoins des usagers a mis en lumière la nécessaire dimension technique inhérente à l'intervention auprès de jeunes déficients auditifs et visuels.

La situation d'autonomie du SASAIS est particulièrement problématique du fait qu'il ne peut profiter d'un plateau technique que constitue un établissement de rattachement.

Dès lors, même s'il nous paraît nécessaire qu'un minimum de technicité soit assuré en interne, c'est en amplifiant et en structurant le travail de réseau que le SASAIS proposera une réponse plus adaptée à l'ensemble des situations. Au regard de la nature ou du degré de la déficience sensorielle, du choix de l'utilisateur pour le mode de rééducation, c'est à cette condition qu'un panel élargi de solutions sera diligenté à partir du service.

Pour les jeunes déficients visuels accueillis en SAAAIS, le recours à un instructeur en locomotion ou à un centre de transcription de documents en braille ne constitue une ressource que pour un nombre limité de situations.

Plutôt que de vouloir à tout prix assurer ces prestations en interne avec une pérennité aléatoire au regard de l'évolution du profil des jeunes, nous allons garantir leur effectivité à travers la constitution d'un réseau coordonné qui développera d'autres missions.

En qualité de Directeur nous devons également assurer une veille quant au développement de l'environnement du service, notamment concernant les avancées technologiques et médicales.

L'adaptation accrue aux besoins des usagers nous amène donc à prendre en compte des techniques et appareillages qui évoluent très rapidement.

En milieu scolaire, l'intégration des jeunes déficients visuels connaît aujourd'hui des perspectives d'avancées majeures avec l'essor des nouvelles technologies informatiques : les prémices de l'introduction du « cartable électronique » avec une expérimentation de généralisation initiée dans le département des Landes en témoigne.

Celle des jeunes déficients auditifs est quant à elle marquée par le développement des techniques d'implantation cochléaires favorisant l'oralisation des personnes à partir d'appuis spécifiques tels que le « Langage Parlé Complété » (LPC). Aussi, dans le respect du choix « oraliste » ou « gestuel » d'éducation des parents, le service doit pouvoir proposer une technicité nécessaire à un traitement non différencié des situations.

D'un point de vue opérationnel, afin de renforcer la dimension technique de l'accompagnement du SASAIS et ainsi répondre aux objectifs déclinés ci-dessus, nous allons constituer des « pôles ressources interdépartementaux ».

Régulièrement nous allons réunir les établissements et services des départements voisins pour organiser un partage de compétences très spécifiques propres à l'accompagnement de certaines situations. Pour cela, ces pôles s'appuieront sur des établissements qui bénéficient d'un plateau technique conséquent. Cette perspective intègre également l'idée d'une répartition des coûts de ces supports techniques de manière à prendre en compte la réalité du contexte économique du secteur médico-social. Sa concrétisation en cours d'année 2006 permettra également la mise en œuvre d'un réseau de communication, d'information et de formation entre établissements et services.

Ce projet a déjà donné lieu fin 2004 et début 2005 à plusieurs réunions de travail auxquelles le service s'est associé. Situer le SASAIS comme le pilote de la démarche est pour nous l'occasion d'initier un travail sur l'image du service en tant qu'acteur « crédible » du champ de la déficience sensorielle.

B) Activer l'intervention du service dans le cadre de l'éducation précoce

Les recherches réalisées dans ce domaine démontrent que l'intervention précoce donne des résultats positifs, notamment quant à l'objectif de prévention.

Elle vise principalement à habiliter le parent et la famille à gérer le processus d'adaptation de l'enfant différent. Un accompagnement de l'annonce du handicap au-delà de la période de « sidération » permet notamment d'éviter les troubles d'attachement et favorise les phases ultérieures de rencontre avec le bébé.

Nous avons néanmoins pu constater qu'à ce jour le SASAIS n'a pas encore investi ce champ d'action. Cette situation est d'autant plus dommageable que l'agrément du service prévoit sa compétence dès la naissance de l'enfant en situation de handicap sensoriel.

Même si deux CAMSP (situés l'un à La Rochelle, l'autre à Saintes) sont susceptibles d'intervenir sur le département de Charente-Maritime, le rapprochement avec le secteur sanitaire apparaît comme incontournable pour améliorer la réponse aux besoins. Le SASAIS, outre la dimension globale de l'accompagnement qu'il propose, constituera un bon support de technicité étant donné que les deux CAMSP en présence ne sont pas spécialisés pour la déficience sensorielle.

Sur ces bases nous allons ainsi rendre effective l'activation des SAFEP pour les déficients auditifs et visuels. Calquant ses principes de fonctionnement sur ceux du SAAAIS et du SSEFIS, l'intervention en SAFEP renforcera les relations naturelles entre le jeune enfant et ses parents, au lieu d'encourager les parents à jouer des rôles éducatifs ou thérapeutiques. Il soutiendra directement la famille de manière à la rendre plus compétente et plus indépendante. L'ambition consistera à créer un nouveau partenariat entre parents et professionnels en mettant l'accent sur la collaboration pour combler les besoins de l'enfant et de son environnement.

Ce projet de développement d'une réponse dans le champ de l'éducation précoce au SASAIS fait partie intégrante de notre projet global visant à structurer une organisation en réseau. Il ne va pas se substituer aux réponses en place, mais bien les étayer à la mesure des moyens disponibles.

Nous allons, dans ce cadre, mettre en place un projet d'action partagé avec le secteur sanitaire, prévoyant la mise à disposition par le SASAIS de moyens éducatifs et thérapeutiques spécialisés (Educateur de Jeunes Enfants, psychologue) et la mobilisation de la formation professionnelle. Le volet médical restera de la compétence du CAMSP. Sur ce point, la première étape de notre plan d'action prévoit la rencontre prochaine des deux CAMSP en vue de leur participation aux groupes de travail qui se réuniront pour redéfinir les contours de notre projet de service.

La formalisation d'un conventionnement (thème qui sera repris dans nos prochains développements) sera utile une fois définis les compétences et les moyens mobilisés.

Toujours est-il que le projet d'évolution du SASAIS intègre pleinement la dimension de l'éducation précoce pour laquelle il conviendra, à l'avenir, de communiquer (en particulier aux instances habilitées à prescrire une orientation vers le service).

- C) Garantir les relais nécessaires en cas d'incompétence du service au regard de certaines problématiques

Les limites que rencontre le SASAIS dans la mise en place d'une réponse globale qui intègre les impératifs de fréquence et de technicité des interventions, sont originellement

liées au caractère atypique du service. Elles sont également, pour partie, inhérentes à son caractère ambulatoire.

La gravité de l'atteinte de l'appareil sensoriel nécessite parfois des aménagements très importants, dans leur nature ou leur fréquence, en termes de rééducation ou de pédagogie adaptée. Elle est, dans certains cas, susceptible de justifier une orientation en internat au sein d'un établissement spécialisé.

En cela, le service va insister sur le fait que l'intégration individuelle doit, par tous les moyens, être recherchée quand les conditions y sont favorables. Elle ne doit pas constituer un leurre. Sans nuances, une position de rigidité autour du « tout intégration » est susceptible de déboucher sur de la maltraitance.

Comme nous avons pu le démontrer, la fragilité et la complexité font parties intégrantes des situations des usagers accompagnés par le service. Ces caractéristiques, comme le souligne Charles Gardou, interdisent les positions dogmatiques et les parcours monolithiques : « si nous sommes partisan de l'inclusion, nous ne militons ni pour sa réalisation coûte que coûte ni pour une trajectoire unique. [...] Les dispositifs collectifs font-ils obstacle aux solutions individuelles ? Les situations de terrain montrent au contraire qu'ils les favorisent, les impulsent, souvent les prolongent. »⁶²

La diversité des besoins implique la pluralité des itinéraires et l'exigence de personnalisation passe par l'élargissement de la palette des possibilités offertes.

Dans cette optique, une identification clarifiée des contours de l'intervention du service au sein du projet va permettre de repérer, en interne comme pour l'environnement, les limites propres à son intervention. Elle renforcera, à terme, l'identité du service vis-à-vis de ses partenaires. L'admission s'opérant à partir d'une notification de la CDES, ce travail permettra ainsi aux équipes techniques qui la composent d'avoir une vue plus claire de l'offre de service du SASAIS.

Dans une visée plus opérationnelle, notre proposition s'accompagne d'un renforcement des liens entre le SASAIS et les établissements de la région proposant une offre alternative, notamment de type internat. L'organisation de « passerelles » entre des offres de natures différentes fait, en ce sens, partie intégrante de notre projet de Direction.

L'option que nous avons prise contribuera à dédramatiser, notamment pour la famille, l'éventuelle orientation du jeune jusqu'alors accompagné en SESSAD, vers un établissement spécialisé.

La constitution des « pôles ressources interdépartementaux » évoquée précédemment va favoriser la concrétisation de cet objectif. Comme pour les autres axes visant le

⁶² GARDOU C. *Fragments sur le handicap et la vulnérabilité*. Editions Eres, 2005, p 148.

développement des réponses apportées aux usagers, ce dernier est basé sur une coopération accrue entre acteurs.

Dans tous les cas, la méthodologie retenue pour la construction d'un projet porteur de sens s'avère spécifique.

3.1.2 La méthodologie retenue pour une redéfinition des contours de l'intervention du service

Le renforcement des atouts du SASAIS, comme le développement de nouveaux axes de travail pour en réduire les faiblesses actuelles, suppose une méthodologie précise, tenant compte des erreurs du passé. Les différents supports seront utilisés à partir de notre analyse théorique du fonctionnement en réseau.

Dans cette démarche la méthodologie est aussi importante que le résultat car elle le conditionne. En dépassant la dimension « fonctionnaliste », elle doit favoriser l'émergence d'un projet porteur de sens commun pour les acteurs.

A) Un projet clarifié

L'article L 311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles précise que « pour chaque établissement social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ». A partir de ce cadre législatif nous allons rapidement faire en sorte que le projet de service soit le ciment du réseau, autour duquel les acteurs construisent leurs actions. Cette exigence repose sur deux principes intangibles pour une redéfinition efficiente du projet.

a) Définir les conditions propices à l'émergence du sens de l'action

Le projet actuel se limite, comme nous l'avons vu, à l'énoncé de principes généraux non fédérateurs. Compte tenu de la diversité des publics accompagnés et des modes d'accompagnement différenciés selon les types de handicap, un projet de service commun à l'ensemble des acteurs est difficilement concevable.

Pour remédier à cet état de fait nous allons, au regard des enjeux propres à chaque population, rendre effective la mise en place de projets différenciés SSEFIS (jeunes déficients auditifs) et SAAAIS (jeunes déficients visuels).

Le projet d'évolution du SASAIS intégrant la dimension de l'éducation précoce, il conviendra de retenir à l'avenir les dénominations SSEFIS/SAFEP (jeunes déficients auditifs de 0 à 20 ans) et SAAAIS/SAFEP (jeunes déficients visuels de 0 à 20 ans). En

raison des spécificités de l'Education Précoce, cette partie de l'intervention fera l'objet d'un chapitre spécifique de chacun des projets de service.

Dès lors, même s'il semble judicieux de conserver l'appellation SASAIS comme générique (à partir de laquelle le service commence à être repéré), cette démarcation des compétences en direction de jeunes déficients auditifs et visuels va déboucher sur une séparation des services et devenir une des dispositions clés de notre plan d'action. Nous analyserons dans un second temps ses répercussions en terme de gestion des ressources humaines.

b) Veiller à l'implication effective de l'ensemble des acteurs.

Au-delà de cette différenciation des projets, il faut penser autrement la démarche en impliquant, de manière proportionnelle à leur proximité avec le service, l'ensemble des acteurs. Au regard de ses conditions d'exercice le SASAIS n'a pas compétence pour agir seul. C'est pourquoi, outre les membres de l'équipe pluridisciplinaire, les différents acteurs chargés de la mise en œuvre du projet vont être associés à sa construction.

Très concrètement nous allons dès janvier 2006, avec l'appui d'un prestataire extérieur, mettre en place des groupes de travail élargis autour de la redéfinition des projets de service différenciés du SAAAIS (déficients visuels) et du SSEFIS (déficients auditifs).

Ces temps seront l'occasion, avec l'environnement du service, de questionner ses modes d'intervention. Ils permettront aux professionnels (enseignants, éducateurs, médecins, rééducateurs libéraux, psychothérapeutes...) de se rencontrer et de « mettre à plat » les représentations souvent négatives qu'ils ont les uns envers les autres. La construction de perceptions positives des potentialités des autres acteurs est pour nous incontournable avant d'envisager une optimisation de l'action en commun.

Plusieurs axes alimenteront les rencontres successives : la découverte mutuelle des compétences des uns et des autres, la reconnaissance de ces compétences, la redéfinition des « outils » mis en place à destination des professionnels ou des usagers.

Au regard du « jeu des acteurs » présenté en deuxième partie de l'étude, chaque professionnel doit résoudre l'équation suivante : « en quoi la plus-value produite par le réseau pour mon exercice professionnel justifie-t-elle les contraintes du travail collectif ? ».

A différentes étapes et au terme de la construction du projet, les usagers, bénéficiaires de la prestation de service, seront sollicités pour donner leur avis.

Comme le souligne Jean Marc Lhuillier⁶³ pour cette procédure d'élaboration du projet de service « il convient de descendre au plus petit niveau des services pour recueillir avec l'ensemble des personnels les besoins exprimés par les usagers. Le projet

⁶³ LHUILLIER JM. *Le Droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Editions ENSP, 2004, p 142.

d'établissement risque de ne représenter que la volonté du Directeur si l'on s'arrête au comité de pilotage. [...] Il convient peut-être dans un premier temps d'accepter d'être surpris par la parole de l'utilisateur ».

Une fois cette démarche aboutie (fin 2006 pour une préparation sereine des résultats de l'évaluation interne prévue en 2007), des rencontres régulières seront organisées autour de thématiques spécifiques. Il conviendra alors de communiquer autour du projet afin de mieux faire connaître les champs de compétence et les axes d'intervention du SASAIS.

B) Une communication effective autour du projet

Son opérationnalité dépend largement de la communication qui s'organise autour de lui. Au niveau de l'utilisateur, l'information transite par le livret d'accueil tel que prévu à l'article L.311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Elle représente un élément important pour sa liberté du choix des prestations : « Afin de garantir l'exercice des droits et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil ».

Ce dernier doit permettre de rendre lisible la prestation offerte et transmettre l'esprit de la relation qui va s'établir. Il s'appuie donc en cela sur le projet de service que nous déclinons à l'avenir en deux versions : l'une propre aux jeunes déficients auditifs, l'autre aux jeunes déficients visuels. Là encore, les particularités inhérentes au champ de l'intervention précoce feront l'objet de développements spécifiques.

Au-delà de son principal destinataire qui reste l'utilisateur, le livret d'accueil est pour nous un « outil » de communication essentiel entre le service et son environnement (organismes prescripteurs, services ou établissements partenaires, ...).

Comme l'association support du service, le SASAIS a jusque là rencontré des difficultés à s'affirmer sur le plan de la communication et à mettre l'accent sur les effets d'une action pourtant perçue comme globalement positive par les jeunes et les familles. Depuis notre poste de Directeur nous allons veiller au renforcement de l'image du service.

Outre le travail de représentation que nous allons mener, nous soutiendrons l'équipe en vue de l'amener progressivement à une communication et à une valorisation autour de l'action conduite. Comme nous le développerons plus tard, cela passera en grande partie par un appui à la valorisation et la formalisation des pratiques professionnelles.

Concernant les professionnels, l'optimisation de la relation partenariale favorisera le partage de l'information générale utile à leur pratique (diffusion des savoirs, meilleure connaissance de l'offre médico-sociale,...).

Comme pour l'ensemble des axes du projet de service, cette question de la communication va faire partie des aspects donnant lieu à une évaluation précise.

C) Une évaluation des actions conduites et de leur processus de construction

Comme nous l'avons vu en seconde partie de cette étude, le principe de l'évaluation dans le cadre d'un travail en réseau vise le même objectif d'amélioration de la qualité mais doit s'appréhender de façon spécifique : une partie porte sur les prestations, l'autre s'attache à décrypter le fonctionnement de l'organisation en partenariat.

a) *Impact de l'action du service sur le jeune et son environnement*

Alors qu'il n'est pas à ce jour « mobilisé » sur la question de l'évaluation, le SASAIS va, au regard de la loi du 2 janvier 2002, avoir à en connaître au moins sous deux formes : les évaluation interne et externe.

L'article L.312-8 du CASF prévoit en effet que « les établissements et services sociaux et médico-sociaux procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par un Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale [...] les résultats de ce processus d'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ».

En matière d'évaluation externe, le même article indique que « les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, par un organisme extérieur. [...] Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci ».

Concernant le service, nous allons impulser la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation interne. Dans un souci de cohérence, ce travail se mènera de manière parallèle à la définition du nouveau projet de service et débutera donc début 2006. Nous veillerons à ce que la déclinaison des axes d'intervention intègre les modalités d'évaluation des actions.

Nous allons en cela nous appuyer sur la volonté de l'ADPEP17 de placer cette question de l'évaluation dans le cadre d'une démarche associative et non spécifique à chaque établissement ou service.

Depuis septembre 2005 et jusqu'en novembre trois journées de travail successives sont organisées avec l'ensemble des cadres dirigeants et des administrateurs de l'association. La thématique retenue concerne les enjeux et la méthodologie de l'évaluation. Sous réserve de la pertinence de l'intervention, nous solliciterons le même prestataire pour intervenir sur le projet et la construction des référentiels.

A partir d'un cadre associatif commun, nous veillerons que soient prises en compte les spécificités de l'action en SESSAD et les particularités du cadre d'intervention du service.

La construction des référentiels respectera le cadre méthodologique proposé pour la redéfinition du projet de service.

Dans le but de procéder à une analyse objective de la prestation de service, nous renseignons depuis un an les indicateurs médico-sociaux mis en place par la Direction Générale de l'Action Sociale.

Un arrêté de juillet 2005⁶⁴ vient les redéfinir et en préciser les modes de calcul. Concernant les SESSAD, douze indicateurs ont ainsi été retenus pour être analysés.

En qualité de Directeur, certains d'entre eux sont, plus particulièrement, l'objet de notre attention : la durée moyenne de prise en charge, le coût de la structure, l'indicateur relatif aux transports, le temps actif mobilisable, le coût de prise en charge médico-éducative.

D'avantage que des « instruments de contrôle » au service de la puissance publique, nous percevons en eux les outils qui, parmi d'autres, favorisent un regard objectif et non complaisant quant à l'efficacité de l'action conduite. Nous les renseignons actuellement dans le cadre de la préparation des prévisions budgétaires pour l'année 2006.

Pour le développement d'une relation plus directe à l'usager, la mise en place d'un mode de consultation du jeune et de sa famille tel que prévu par la loi du 2 janvier 2002 contribue à la mise en œuvre de cette démarche d'évaluation. Elle favorise dans le même temps l'idée de participation de la personne accueillie. L'article L311-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles précise qu' « afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation ».

Compte tenu du caractère ambulatoire de l'accompagnement et de la diversité des situations individuelles rencontrées, le SASAIS doit proposer un mode de consultation innovant. Nous optons à cet effet pour la diffusion annuelle aux usagers d'une enquête de satisfaction⁶⁵. Trois principales thématiques sont abordées : l'organisation du SASAIS, la mise en œuvre du projet personnalisé, les interventions du service.

Sous notre impulsion et afin de favoriser son appropriation par l'équipe prochainement chargée de la présenter et de l'expliquer aux usagers, la définition finale de cet outil à la fin du mois d'octobre va passer par la constitution d'un groupe de travail réunissant autour du Directeur, l'équipe de professionnels et un administrateur référent du service.

⁶⁴ Arrêté du 20 juillet 2005 fixant les indicateurs Sociaux et Médico-Sociaux et leurs modes de calcul et venant abroger le précédent arrêté du 26 octobre 2004.

⁶⁵ Voir ANNEXE 4 pour une présentation du projet d'enquête de satisfaction auprès des usagers, p IX.

b) Processus d'auto-évaluation de l'organisation

Le travail à mener à partir de l'environnement de l'utilisateur appelle le renforcement des différents niveaux de partenariat.

Au-delà de leur nécessaire participation à la construction du projet de service, nous allons faire en sorte que les acteurs qui contribuent à sa réalisation rencontrent plus régulièrement les professionnels salariés. Ces « rencontres institutionnelles » élargies vont ainsi permettre de prendre du recul par rapport aux situations pour enfin porter un regard collectif sur le mode de fonctionnement de l'organisation.

En effet, l'analyse du fonctionnement du partenariat nous paraît relever du travail du collectif et non uniquement du coordinateur de l'action qu'est le SASAIS.

Plusieurs questions vont ainsi pouvoir être traitées : le modèle partenarial est-il adapté ? A-t-il bien fonctionné ? Chacun a-t-il trouvé sa place dans le collectif ? Chacun a-t-il tenu son rôle ? Est-on prêt à recommencer avec les mêmes partenaires et dans les mêmes conditions ?

De la qualité de ce travail d'évaluation dépend la capacité à générer de l'expérience. Celle-ci ne dépend pas seulement du vécu mais également de la capacité que l'on a d'en retirer des éléments pour l'avenir dans le but de faire évoluer son cadre de travail pour un meilleur service rendu.

Ce n'est qu'à partir de ce postulat que le résultat de l'évaluation de l'action conduite et du cadre dans lequel elle s'exerce constituera à l'avenir un levier d'action pour le Directeur.

Parallèlement, le contexte au sein duquel évolue le SASAIS est, à notre avis, porteur de plusieurs opportunités.

3.1.3 Les principaux leviers d'action pour le Directeur

Pour impulser la mise en œuvre d'un nouveau projet de service plus en phase avec la spécificité et l'étendue des besoins des usagers, nous allons utilement appuyer notre plan d'action sur trois principaux éléments qui, de manière structurelle ou plus conjoncturelle, constituent de précieux atouts.

A) La poursuite de la mise en œuvre des axes de rénovation du secteur social et médico-social prévus par la loi du 2.01.2002

En assurant la promotion des droits des usagers au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux, la loi du 2 janvier 2002 rénovant leur action est particulièrement en phase avec nos ambitions pour le SASAIS.

Nous avons eu, lors de nos précédents développements, un aperçu des possibilités offertes d'appuyer notre logique de changement sur certains « outils » du nouveau cadre législatif et réglementaire (projet de service, livret d'accueil, enquête de satisfaction...).

A travers la promotion des droits des usagers qu'elle véhicule, la loi du 2 janvier 2002 nous offre l'occasion d'agir en profondeur et durablement sur l'organisation.

Dans sa préface à l'ouvrage de Jean-Marc Lhuillier⁶⁶ dédié à ces questions, Robert Lafore précise fort judicieusement la portée constructive de cet environnement : « la promotion des droits des usagers, quelles que soient les ambiguïtés qu'elle charrie, constitue un indéniable levier de transformation institutionnelle. [...] Qu'ils procèdent d'un réformisme vertueux ou d'un complot comptable et gestionnaire, qu'ils constituent une révolution salutaire ou un raffermissement des pratiques déjà stabilisées, les droits de l'utilisateur obligent les établissements et services soit à créer, soit à officialiser des procédures et des organes dont à tout le moins les effets peuvent être conséquents ».

Le principal enjeu consiste pour nous à dépasser la simple « mise en conformité », telle qu'elle a pu être pratiquée, pour donner corps à travers les nombreux « outils » proposés, à notre conception de l'intervention sociale globalisée.

La construction partagée de ces outils au sein d'une organisation coordonnée dans le cadre d'un réseau va leur donner une « valeur ajoutée », dans le sens d'une plus grande efficacité, au bénéfice du destinataire de l'action. Leur déclinaison ainsi que leurs modalités d'utilisation feront l'objet de développements ultérieurs.

B) La récente implantation du service dans de nouveaux locaux

L'extension majeure du SASAIS survenue à la rentrée scolaire 2004 avec le passage de 10 à 18 places a entraîné, au regard des renforts de personnel et de moyens logistiques (notamment les véhicules de service), le déménagement du service jusqu'ici localisé dans un appartement du centre ville de Rochefort.

Depuis Octobre 2004, le SASAIS occupe les locaux d'un ancien IME (Institut Médico-Educatif) dont l'ADPEP17 s'est portée acquéreur. Partiellement réhabilités pour faciliter une configuration avec plusieurs bureaux, ils sont partagés avec un autre SESSAD de l'association, plus particulièrement centré sur l'accompagnement de jeunes présentant des manifestations et troubles du comportement.

Pour un SESSAD dont la vocation première est d'intervenir dans les lieux de vie de l'enfant, le fait que le déménagement des locaux puisse représenter un levier d'action peut, à première vue, sembler décalé. Cependant, compte tenu à la fois du caractère encore transitoire de l'installation et de notre projet d'évolution du SASAIS, il est essentiel que nous optimisions la gestion de cette nouvelle implantation dans le sens du projet.

⁶⁶ LHUILLIER JM. *Le Droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Editions ENSP, 2004, p 6.

Elle va nous permettre d'opérer, à terme, une implantation « physique » distincte des services pour déficients auditifs et visuels afin de soutenir l'action visant à une meilleure clarté de projets différenciés destinés à des populations spécifiques.

La notion d'identité du service qui « encadre » notre étude sera elle aussi doublement questionnée par cette nouvelle implantation : dans le fait qu'elle donne lieu à un partage de locaux avec un autre service et dans celui qu'elle se réalise au sein d'un ancien IME. Ce sera donc pour nous une opportunité pour traiter du respect des pratiques et des espaces professionnels de chacun.

Cette question de l'appropriation des locaux est d'autant plus prédominante que, comme l'analyse des besoins le suggère, nous allons veiller à étendre la capacité du service.

C) Le projet d'extension du service

A ce jour positionné pour l'accompagnement de 18 jeunes déficients sensoriels, le SASAIS fait face à une liste de situations en attente d'intervention de plus en plus importante. Cela a, depuis peu, fait l'objet d'une attention toute particulière de la part des pouvoirs publics et appelle, selon nous, le développement d'un projet ambitieux. Les dernières réunions du Conseil d'Administration témoignent du fait que l'ADPEP17 est résolue à porter politiquement ce projet. Une récente délibération de cette instance nous donne d'ailleurs mandat, en qualité de Directeur du SASAIS, pour développer un projet en ce sens dans la perspective d'un dépôt au CROSMS à l'automne prochain (pour une étude en avril 2006). Ce projet d'extension vise en premier lieu une meilleure prise en compte des besoins des usagers et nous offre pour cela la possibilité d'agir de manière importante sur l'organisation. En effet, même si l'extension intervenue en 2004 a contribué à redonner du sens à la structuration du SASAIS, nous constatons qu'elle reste « aléatoire » et transitoire avec un fonctionnement à 18 places.

Avant de présenter en détail les répercussions du projet sur l'architecture du service, nous allons nous intéresser à ce qui le justifie mais également aux marges de manœuvre qu'il propose.

a) *Une réponse à une « commande publique » face à des besoins non couverts*

Comme précisé dans notre diagnostic, 7 jeunes déficients auditifs et 7 jeunes déficients visuels, domiciliés en Charente-maritime bénéficient au 30 juin 2005 d'une notification de la CDES pour un accompagnement du SASAIS, sans possibilité d'accueil par le service⁶⁷. Nous ajouterons à cette liste les situations d'enfants déficients sensoriels de Charente-Maritime actuellement accompagnés par des services ambulatoires localisés sur des départements voisins. D'autres sont parfois orientés « par défaut » en établissement

⁶⁷ Voir ANNEXE 5 pour une présentation de l'état des besoins, p XII.

spécialisé faute de réponse de proximité. La contribution de l'Etat au schéma départemental de l'enfance handicapée fait notamment apparaître que 27 jeunes déficients sensoriels dont les parents résident en Charente-Maritime sont pris en charge en Aquitaine, et un nombre quasi identique dans les autres départements de la Région Poitou-Charentes, en particulier dans la Vienne.

Ce constat pour lequel l'ADPEP17 a régulièrement saisi les autorités compétentes afin que soit autorisé le financement de places complémentaires, est désormais repris par les autorités de tarification et de contrôle.

Dans l'orientation visant à œuvrer au redéploiement de moyens en vue de l'augmentation des places de SESSAD, la contribution de l'Etat au schéma départemental de l'enfance handicapée insiste également sur une « offre ambulatoire qui reste insuffisante pour les handicaps sensoriels ». Elle laisse supposer qu'un développement de places doit intervenir « en cohérence avec l'objectif consacré à l'intégration individuelle en classe ordinaire et notamment dans la partie sud du département ».

Notre responsabilité de Directeur nous amène à proposer un projet de réponse à ce besoin non couvert.

Avec le soutien de l'ADPEP17, nous venons de saisir la CDES de Charente-Maritime afin que soit actualisée une enquête faisant apparaître de manière précise les besoins. Une fois récoltées, ces informations viendront compléter celles extraites du schéma régional pour la prise en charge des jeunes déficients sensoriels qui est actuellement diligenté par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Poitou-Charentes. Nous exploiterons l'ensemble de ces données en appui du dossier déposé au CROSMS.

b) Une opportunité de repenser l'organisation et d'augmenter les marges de manœuvre du Directeur

Après 5 années de fonctionnement, ce projet d'extension est selon nous le meilleur vecteur pour combiner au SASAIS la refonte du projet et une démarche plus structurelle sur son organisation. Nous pouvons en cela illustrer notre propos en avançant l'idée que ce projet va rendre plus concrète la présence du SASAIS sur le sud du département.

De plus, certaines hypothèses opérationnelles difficilement justifiables avec un agrément positionné à 18 places sont plus réalistes sous réserve d'un élargissement de capacité.

Le diagnostic posé sur l'organisation a ainsi permis de démontrer la difficulté à organiser un SESSAD autonome dans le contexte d'un agrément pour quelques places. De fait, le recours massif à des emplois à temps partiels, voire très partiels, n'a pas facilité la mise en cohérence des interventions des uns et des autres.

Une difficulté réelle a également pu naître concernant la fonction de pilotage stratégique du service en raison du manque de régulation conjointe et d'ajustements mutuels.

En cela, un passage à 36 places agréées doit favoriser la structuration d'un plateau technique plus en phase avec les enjeux qui se présentent au service.

Cette hypothèse constitue une des bases de la nouvelle organisation du SASAIS découlant de la mise en œuvre de notre plan d'action.

3.2 Réorganiser le service pour soutenir la mise en œuvre de son projet

En qualité de Pilote de l'action à conduire, notre postulat de départ est fondé sur l'idée de penser l'organisation au service du projet.

Elle doit être réaliste au regard des ressources et des contraintes rencontrées et doit faire l'objet d'un plan d'action venant en appui des différents acteurs qui la composent.

Selon Jean-Marie Miramon⁶⁸ : « fer de lance de toute prise en charge efficace, l'organisation au sens d' « acte organisateur », est essentielle au bon fonctionnement d'un établissement. Son but est de favoriser l'atteinte de priorités, d'optimiser le savoir-faire et le savoir-être de chacun au service du projet. On sait qu'une équipe aux individualités techniquement brillantes ne fournira qu'une piètre prestation si l'organisation fait défaut. Inversement, une organisation à la fois rigoureuse et souple, ferme et transparente, décuplera l'efficacité d'une équipe à priori moins qualifiée ».

L'évolution du SASAIS vers un agrément élargi et un fonctionnement privilégiant l'intervention en réseau suppose que nous développions en parallèle une approche prospective quant à la gestion des ressources humaines et financières, propice à l'amélioration du service rendu au jeune déficient sensoriel et à sa famille.

3.2.1 Redéfinir l'architecture du SASAIS

Après avoir présenté l'économie générale du projet d'extension du SASAIS qui vient en appui de notre réflexion sur les besoins, il convient d'en définir plus précisément les contours en insistant sur les conséquences, en terme d'organisation, qui en découlent.

A) Adapter l'organisation...

La nouvelle architecture⁶⁹ que nous allons promouvoir trouve son fondement dans la nouvelle déclinaison du projet de service, telle que présentée. Elle accompagne la mise en œuvre d'enjeux majeurs pour le SASAIS. D'un point de vue stratégique, il convient de

⁶⁸ MIRAMON JM. COUET D. PATURET JB. *Le métier de Directeur, techniques et fictions*. Editions ENSP, 1992, p 147.

⁶⁹ Voir ANNEXE 3 pour une présentation détaillée de la réorganisation accompagnant le projet d'extension du SASAIS, p VIII.

penser cette organisation souple et adaptable dans la perspective de nouvelles évolutions de l'agrément.

a) *...pour en renforcer la lisibilité*

Comme nous l'avons laissé entendre au cours de nos précédents développements, l'évolution du service vers un agrément positionné à 36 places intègre pleinement la volonté de différencier l'accompagnement des jeunes déficients visuels et auditifs. En tenant compte de l'activation de l'intervention précoce dans le cadre de l'agrément SAFEP, la nouvelle organisation reposera sur l'architecture suivante :

- SSEFIS/SAFEP : 22 places
- SAAAIS/SAFEP : 14 places.

Elle tient bien entendu compte des premiers éléments extraits de l'analyse des besoins présentée précédemment.

b) *...pour en accroître le champ d'action géographique*

Comme nous avons pu le démontrer au cours du diagnostic et au regard des éléments présentés en annexe concernant la localisation des situations accompagnées, la prédominance de l'intervention du SASAIS sur le secteur nord du département est particulièrement flagrante.

Sur ce point, les conclusions de la contribution de l'Etat au schéma départemental de l'enfance handicapée⁷⁰, à laquelle nous avons été associé, sont tout à fait évocatrices : « le constat issu du diagnostic met en évidence la faiblesse des moyens existants pour les jeunes enfants déficients sensoriels, moyens par ailleurs concentrés sur la seule partie nord du département ».

A l'appui de cette reconnaissance des pouvoirs publics et de l'intérêt que présente pour les usagers la « délocalisation » de l'offre, nous allons étendre le champ d'intervention géographique des services. Cette action permettra, à terme, le développement de réponses équitables sur l'ensemble du territoire départemental.

Concrètement, pour une organisation du service à 36 places nous allons créer une « antenne » du SASAIS sur le secteur sud du département.

Dans ce cadre nous optons pour le maintien à Rochefort d'un service pour 22 places (12 SSEFIS/SAFEP et 10 SAAAIS/SAFEP) intégrant la direction administrative (pour une zone d'intervention couvrant le nord de la Charente-Maritime, notamment les villes de La Rochelle, Rochefort, St Jean D'Angély...) et la création d'une antenne pour 14 places (8

⁷⁰ PREFECTURE DE CHARENTE MARITIME. *Orientations de l'Etat pour les établissements et services accueillant des enfants et des adolescents en situation de handicap*, Avril 2005.

SSEFIS/SAFEP et 6 SAAAIS/SAFEP) sur Pons (pour une zone d'intervention couvrant le sud de la Charente-Maritime, notamment les villes de Saintes, Royan, Pons, Jonzac...).

Même si le renfort en personnel et la délocalisation d'une partie de l'activité génèrent des surcoûts que nous présenterons dans le cadre de l'analyse financière, ce type d'organisation nous semble le plus adapté au travail de proximité avec l'environnement du jeune et de sa famille. Dans ce cadre, la constitution de réseaux de partenaires va s'opérer localement. Ainsi, les professionnels en charge de l'intervention précoce du service de Rochefort seront mieux à même de travailler en lien avec le CAMSP de La Rochelle tandis que ceux de l'antenne de Pons auront comme interlocuteurs directs les praticiens du CAMSP de Saintes.

Dans la perspective de cet élargissement du périmètre d'intervention des services il est nécessaire que nous « invitons » les institutions partenaires (Inspection Académique, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales,...) à mettre en place des supports qui s'avèrent incontournables pour le développement sur le sud d'une intervention ambulatoire de qualité. Ainsi, la création de CLIS, d'UPI ou le renforcement du contingent des AVS sur l'autre partie du département pourra accompagner utilement notre projet. A l'heure actuelle nous constatons que ces moyens sont, eux aussi, très largement concentrés sur le nord de la Charente-Maritime.

D'un point de vue managérial, nous allons anticiper les effets de la délocalisation de l'offre de service sur la gestion des ressources humaines. Le projet de service doit impérativement apparaître plus fédérateur pour l'ensemble des acteurs chargés de sa mise en œuvre. En effet, l'affirmation des principes et objectifs de travail est un préalable à l'action dans le sens où ils vont devenir les fondements de l'identité du service. Cela sera d'autant plus important au moment de l'ouverture d'une antenne au SASAIS, qui laisse supposer que certains liens fonctionnels soient amenés à se distendre.

De plus, l'action sur les contours de l'organisation ne s'avèrera efficace que si elle s'accompagne d'une redéfinition en profondeur du rôle des acteurs qui la composent.

B) Clarifier le rôle et la place des acteurs

Le développement d'un projet visant l'extension du SASAIS à 36 places constitue une réelle opportunité de repenser le rôle et la place de chacun des acteurs. Ainsi, plusieurs repositionnements doivent améliorer le fonctionnement du service au profit de l'utilisateur. Ils trouveront leur traduction dans la formalisation d'un nouvel organigramme.

a) *Optimiser la lisibilité du pilotage du service*

Comme nous avons pu le constater, depuis sa création et jusqu'à ses évolutions les plus récentes, le défaut de permanence de la direction du SASAIS a occasionné un manque de disponibilité, et ce malgré la volonté des différentes personnes en fonction.

Cette situation nous apparaît dommageable, notamment en créant le sentiment d'une certaine vacance de la fonction stratégique de l'organisation. Son maintien nous semble exclu dans le cadre d'un projet venant diversifier les axes d'intervention et renforcer le partenariat entre acteurs.

Aussi, dans le cadre de la définition d'un projet à 36 places et le respect des équilibres financiers, nous préconisons l'augmentation du temps de Directeur vers un mi-temps (0,15 ETP étant à ce jour positionnés au budget pour 18 situations suivies).

Outre le fait d'engager sa responsabilité et celle du service au moment de la définition des projets individualisés, ou autres documents contractuels, le Directeur doit voir ses missions davantage concentrées sur la fonction stratégique, notamment en ce qui concerne le développement des partenariats, l'élargissement des champs d'intervention et la mise en oeuvre d'une politique de communication adaptée aux futurs enjeux.

Compte tenu d'un budget non extensible et de manière à détacher, au moins partiellement, le Directeur du suivi quotidien des situations, nous proposons un renfort matérialisé par la création d'un chef de projet à temps complet. Ses missions vont s'apparenter à celles d'un chef de service mais comporteront des spécificités propres à l'intervention en SESSAD. Le terme de « chef de projet » est adapté compte tenu que nous appuyons l'extension du SASAIS sur la rénovation en profondeur de son projet.

En mettant un terme au soutien transitoire qu'a pu constituer le fonctionnement avec un Directeur Adjoint (détaché du siège associatif pour une mission d'appui) et une « éducatrice coordonnatrice » non titulaire de délégations claires, la création de ce nouveau profil de poste va renforcer la lisibilité de l'action.

Si nous considérons le soutien direct apporté aux équipes au regard des différentes situations accompagnées, ce poste de travail fait appel à de bonnes capacités dans l'organisation, la méthodologie de projet, l'animation d'équipe. Une expérience du travail de SESSAD notamment en ce qui concerne le contact avec l'environnement sera également incontournable.

Compte tenu de son expérience de la fonction de coordination au sein du service, il existe une forte probabilité de voir l'éducatrice coordinatrice actuellement en place, postuler pour ce poste. Une gestion prévisionnelle et optimisée des emplois et compétences nous invite à anticiper et encourager cette perspective en valorisant, par le biais de la formation, son expérience et sa connaissance du service. En ce sens, son positionnement sur une formation préparant au Certificat d'Aptitude à la Formation de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale (CAFRUIS) nous paraît de nature à renforcer les compétences de cette professionnelle. Une telle perspective constituera une plus-value pour le service et sera valorisée dans le cadre du projet d'extension qui va prévoir son financement.

La perspective d'un ajustement de la relation partenariale nous amène également à opter pour un renforcement de la légitimité du service sur le plan médical.

b) Oeuvrer au renforcement de la légitimité du service sur le plan médical

Plus encore que la responsabilité administrative, la responsabilité médicale du SASAIS nous paraît à ce jour particulièrement diluée :

- le poste de médecin psychiatre est autorisé à 0,10ETP mais non pourvu compte tenu de la pénurie de professionnels dans cette spécialité médicale ;
- le recours aux médecins spécialistes de la déficience sensorielle s'opère par prestations de service.

La conjonction de ces deux aspects contribue à un défaut de représentativité qui nuit à la cohérence de l'action conduite. A ce jour, les médecins du service sont davantage perçus comme des « conseillers techniques » plutôt que dépositaires d'une quelconque responsabilité dans la mise en œuvre des projets personnalisés.

Afin de pallier à cette situation, notre proposition visant à salarier les médecins du service fera l'objet d'une négociation avec les autorités de contrôle et de tarification lors de la prochaine procédure budgétaire.

En donnant sens à l'idée de responsabilité médicale, la concrétisation d'un lien structurel va renforcer, notamment dans la perspective d'un approfondissement du partenariat avec le secteur sanitaire et paramédical, la légitimité des interventions du service.

c) L'éducateur référent comme coordonnateur du projet personnalisé

L'actuel défaut d'articulation des interventions du SASAIS nous amène à reconsidérer le rôle des éducateurs du service. Compte tenu de leur travail de proximité, en particulier avec l'environnement familial, il est important de les placer au centre du réseau d'action et de communication. En effet, si en qualité de Directeur nous sommes garant de la cohérence d'ensemble des projets proposés aux jeunes et à leurs familles, c'est bien l'éducateur identifié comme « référent » de la situation qui assure l'interface entre les différents partenaires. Il collecte notamment les informations essentielles pour la définition du projet personnalisé du jeune.

Dans son lien privilégié avec la famille et les partenaires ce professionnel va trouver la légitimité d'un positionnement qui déborde des attributions « classiques » de l'éducateur spécialisé. Le contexte de l'intervention en SESSAD et le développement du travail en réseau nous semblent justifier l'importance donnée à cette fonction de coordination.

Dans ce cadre, il appartient à l'éducateur référent de se soucier des liens, des transmissions entre les différents acteurs du projet, de recueillir toute information utile.

Pour resituer la cohérence du projet personnalisé, l'éducateur référent doit veiller à ce que se mettent en place les concertations nécessaires à son évaluation et à son ajustement.

Aussi, comme bien d'autres aspects développés ici, il est de notre ressort de soutenir ce positionnement qui vise à promouvoir l'idée de l'action sociale globalisée. Nous présenterons plus loin les moyens que nous entendons y consacrer.

C) Maîtriser les incidences financières du projet

Le principal enjeu consiste pour nous à respecter les équilibres budgétaires en prenant en compte la politique actuelle de maîtrise des dépenses de santé.

Afin de resituer le contexte, nous pouvons nous référer aux différents taux d'équipement de structures médico-sociales constatés au 31 décembre 2004 dans la région Poitou-Charentes. Concernant les SESSAD, tous handicaps confondus, le département de Charente-Maritime se situe, avec 216 places installées et un taux d'équipement à 1.71, bien en dessous de la moyenne régionale (2.38).

Le département est particulièrement sous doté en ce qui concerne l'accompagnement en SESSAD de jeunes déficients auditifs (0.09 pour une moyenne régionale à 0.21) et visuels (0.06 pour une moyenne régionale à 0.07).

Cette situation laisse supposer qu'un rééquilibrage des moyens puisse être effectué à l'appui du schéma régional relatif à la prise en charge des jeunes déficients sensoriels, actuellement en débat.

Dans ce contexte, notre projet d'extension prévoit une structuration du service sur la base de 10,45ETP pour 36 situations suivies (taux d'encadrement à 0,29). Actuellement le suivi de 18 situations est orchestré à partir de 5,35 ETP (taux d'encadrement à 0,30). Ce taux reste tout à fait raisonnable au regard des derniers renseignements collectés au niveau national pour les SSEFIS et SAAAIS autonomes.

Pour notre projet, l'évolution des dépenses concerne principalement l'encadrement du service (création d'1ETP chef de projet) et le volet médical (recrutement d'un médecin psychiatre, salariat des médecins spécialistes des déficiences auditives et visuelles).

Parallèlement à cette structuration d'une équipe stable (salariée du service) sur les plans thérapeutiques et éducatifs, la ligne budgétaire réservée aux prestations de services extérieurs (praticiens libéraux, prestations techniques spécifiques) devra être réévaluée en conséquence. Cette opération est justifiée auprès des autorités de tarification par notre attachement au principe de subsidiarité qui implique que les actions nécessaires à la réalisation du projet du jeune ne soient assurées directement par du personnel salarié du SASAIS que si elles ne peuvent l'être par les autres ressources existantes.

En outre, ce mode de fonctionnement est adapté quant à une gestion régulée des moyens puisque cela nous permet de faire évoluer le plateau technique en fonction des besoins individuels repérés.

De manière à accompagner notre volonté de dissocier le projet des services pour déficients auditifs et visuels, nous allons mettre en place une comptabilité analytique visant une perception affinée des coûts inhérents à chacun des services.

Au-delà des dépenses de personnel, le projet d'extension va engendrer des surcoûts liés au fonctionnement décentralisé du service sur une antenne : frais de location d'immeuble,

de véhicules complémentaires...Ils trouvent leur justification au regard des axes du nouveau projet de service. Nous veillerons, à travers les économies d'échelle susceptibles d'être réalisées, à ne pas augmenter de manière sensible le prix de revient annuel à la place installée qui se monte actuellement à 16.777€ (le compte administratif 2004 fait apparaître un total des charges à 302.000€ pour 18 places et 2.100 séances réalisées pour 42 semaines de fonctionnement). Ces coûts font partie intégrante de la réalité d'un fonctionnement en SESSAD et nous souhaitons valoriser le fait que de mobiliser des moyens en direction de services contribuant à favoriser l'intégration, doit être perçu par les pouvoirs publics comme un investissement pour l'avenir.

3.2.2 Réunir les conditions favorables au développement de l'action sociale globalisée

Dépasser la juxtaposition pour parvenir à l'articulation des interventions représente pour nous un vecteur de cohérence de l'action conduite.

De la réorganisation du service doit émaner une nouvelle conception du recours au partenariat. Philippe Jeanne et Jean-Paul Laurent rappellent dans leur ouvrage⁷¹ que « l'institution médico-sociale ne peut plus prétendre aujourd'hui avoir le monopole du soin et de l'éducation des personnes handicapées, mais elle demeure le lieu privilégié de l'organisation des savoirs, savoir-faire et savoir-être en les articulant dans un environnement ».

En tant que Directeur du SASAIS nous devons être en mesure d'optimiser les coopérations dans un cadre propice au développement du réseau. Comme le soulignent les auteurs précités « l'un des acteurs déterminants de la conception et de la mise en œuvre des projets, c'est le Directeur de l'établissement ou du service. C'est lui qui est garant de la direction dans laquelle s'engagent une communauté de professionnels et les usagers au service desquels elle se trouve ». Nous souhaitons en ce sens développer plusieurs axes de travail.

A) Favoriser les espaces de rencontre entre acteurs

Outre le fait de veiller à associer les acteurs à la définition du projet de service, nous allons proposer pour chaque situation de jeune prise individuellement, des rencontres régulières entre intervenants afin de concrétiser la mise en cohérence de l'accompagnement⁷².

⁷¹ JEANNE P., LAURENT JP. *Enfants et adolescents handicapés, pour une prise en charge qualitative du handicap*. ESF éditions, 1998, p 129.

⁷² Voir ANNEXE 5 pour une présentation de l'organisation repensée des différents temps de rencontres entre acteurs, p XII.

Historiquement, un souci de transparence et d'efficacité a conduit le SASAIS à l'organisation d'un seul et même espace de rencontre des partenaires et des usagers pour le partage et la négociation du projet personnalisé du jeune. Cela se traduisait par la présence du jeune et de sa famille à la traditionnelle réunion de « synthèse ».

Face au constat récurrent d'une parole non libérée et d'une certaine défiance à l'occasion de ces rencontres, nous proposons de mettre en place des espaces distincts qui vont prendre des formes différentes en fonction des acteurs concernés et des objectifs visés : le projet personnalisé, par nature individuel, est paradoxalement l'affaire de tous mais pas au même niveau.

a) *avec les partenaires : la définition et le partage du projet personnalisé*

Avant de rencontrer l'utilisateur et de contractualiser avec lui, il convient que le service soit au clair sur la nature et le fonctionnement des prestations qu'il est en mesure de proposer et de garantir. En cela, le SASAIS doit avoir une bonne connaissance de ce qu'il peut ou ne peut faire et des conditions dans lesquelles cela peut s'exécuter.

A partir de ce postulat, un temps de rencontre spécifique avec les partenaires doit être organisé de façon à convenir collégalement et de manière pluridisciplinaire du degré d'implication de chacun dans la mise en œuvre du projet global.

L'initiative de cette étape appartient au SASAIS en qualité de coordonnateur du projet global de soins : elle apparaît incontournable pour garantir à l'utilisateur une cohérence dans l'énoncé des objectifs poursuivis et dans l'articulation des prestations proposées.

Sur ces bases, nous allons en assurer l'animation dans le respect des identités de chacun. Nous tâcherons notamment de passer de la pluridisciplinarité à une dynamique de transdisciplinarité qui prenne en compte deux niveaux de responsabilité à différents moments de la mise en œuvre du projet :

- une responsabilité d'équipe, partagée entre les différents acteurs issus de différents champs professionnels : au moment de la construction d'une vision commune de l'enfant et de sa situation, de l'élaboration des objectifs et de l'évaluation du travail effectué.

- une responsabilité individuelle, chacun étant responsable du choix des moyens et des actions les plus appropriées pour atteindre les objectifs fixés en commun : au moment de la mise en œuvre concrète des actions et du choix particulier des moyens propres à une profession.

La pérennisation de ce mode de fonctionnement permettra à chaque intervenant, tout en gardant sa spécificité et son rôle propre, de tenir compte des contraintes des autres partenaires dans la définition du projet personnalisé du jeune déficient sensoriel.

Nous estimons que cette mise en œuvre est un bon moyen pour renforcer les professionnels du service dans leurs identités professionnelles. Ils peuvent dans ce cadre découvrir réciproquement la technicité de leur métier et leurs compétences. Cet élément

constitue une plus-value pour l'intervenant qui participe à l'amélioration du service rendu à l'utilisateur.

b) avec l'utilisateur : la négociation et la contractualisation du projet personnalisé

Au-delà de l'effet de mode à laquelle elle peut renvoyer, l'idée visant à « mettre l'utilisateur au centre du dispositif » prend, dans une organisation en réseau, tout son sens.

Pour traduire dans les faits un mode de fonctionnement qui le place également comme « acteur » de son projet, la voie contractuelle nous semble la plus adaptée et en phase avec les évolutions législatives et réglementaires. Pour autant, cette piste n'est exploitable qu'à la condition de prévoir au service de véritables temps reconnus pour la négociation entre les professionnels du service et les utilisateurs. Identifié comme le coordonnateur du projet de soins, l'éducateur référent est le mieux à même d'intervenir, pour le compte du collectif, afin de présenter et de négocier le projet personnalisé avec le jeune et sa famille. Nécessairement accompagné du Directeur ou du chef de projet, il aura préalablement compilé l'ensemble des éléments d'information issus du temps de partage du projet entre partenaires. Il en extraira les pistes d'action au sein du projet personnalisé dont nous allons présenter la structure et qui donnera lieu à une rencontre dont la configuration réduite au jeune et à la famille devrait favoriser une expression « libérée ». Outre le fait qu'il favorise une évaluation sereine des actions, cet élément apparaît comme le fondement d'une perspective de contractualisation efficiente.

B) Clarifier les relations contractuelles entre les acteurs

S'appuyer sur l'idée de contractualisation et sur les différents outils qui l'accompagnent constitue un objectif que nous allons développer pour soutenir la mise en place d'un nouveau projet. En effet, tant du point de vue de l'utilisateur que des partenaires, le contrat matérialise un lien qui engage réciproquement une responsabilité accrue des acteurs et amène à un mode de relations clarifié.

a) Faire du projet personnalisé et du contrat de séjour de véritables "outils de travail" en direction de l'utilisateur

L'article L.311-4 du CASF énonce dans ses derniers alinéas : « un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel ».

Une articulation complexe va être envisagée entre le projet personnalisé et le contrat de séjour. Comme le soulignent dans leur ouvrage Yves Matho et Roland Janvier⁷³ : « le premier peut s'entendre comme la formulation du projet porté par l'institution pour l'utilisateur. [...] Le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge découlera naturellement de ce projet personnalisé. Il n'en sera cependant qu'une réduction, l'expression des éléments du projet qui font accord entre les parties. Le contrat n'est que le compromis issu de la confrontation du projet personnalisé (élaboré par l'équipe) et de la demande de l'utilisateur ».

Comme eux, nous pensons qu'il est utile de ne pas réduire l'un à l'autre de manière à conserver toute ambition à la notion de projet personnalisé.

Dès le lancement du SASAIS un travail important a été réalisé autour des projets personnalisés en vue de leur donner la forme la plus adaptée. Après plusieurs années de fonctionnement, outre les difficultés rencontrées à partager l'esprit de ce document avec les familles, nous pouvons remarquer qu'il aboutit davantage à une compilation de comptes-rendus des différents professionnels qu'à un document de référence pour l'action. Nous constatons que c'est le résultat du défaut d'articulation repéré plus généralement dans l'accompagnement par le service.

Pour qu'il soit opérant nous souhaitons que le projet ne se borne pas à un calendrier d'actions ou à un catalogue de bonnes intentions.

Aussi, afin de renforcer la lisibilité et l'opérationnalité de cet outil pour les usagers, nous allons pérenniser sa structuration telle qu'elle résulte d'un travail récemment mené avec l'équipe. Le projet personnalisé du jeune accompagné par le SASAIS comprend désormais six parties :

- renseignements administratifs ;
- situation du jeune (familiale, sociale, scolaire,...) ;
- historique de la prise en charge ;
- objectifs poursuivis ;
- moyens mis en œuvre ;
- perspectives.

En conformité avec nos développements précédents, la partie consacrée aux moyens va constituer le contrat de séjour, ou contrat « d'accompagnement » (terminologie qui nous semble plus adaptée dans le cadre d'un fonctionnement en SESSAD).

Dans le domaine contractuel, la formalisation des liens entretenus entre les partenaires de l'action contribue, de manière indirecte, à l'amélioration du service rendu à l'utilisateur.

⁷³ MATHO Y., JANVIER R. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*. 3^{ème} édition Dunod, 2004, p 119.

b) Revoir les modalités de conventionnement entre le service et les partenaires chargés de mettre en œuvre les orientations du projet

Pour matérialiser les relations entre le service et les partenaires intervenant pour le compte de ce dernier, des conventions de délégation de soins (passées notamment avec les rééducateurs et certains thérapeutes) ou de partenariat (Inspection Académique, association assurant des prestations techniques,...) ont été établies.

Au regard des aménagements déjà réalisés et du projet d'évolution du service, nous allons en revoir le contenu de manière à clarifier les engagements éthiques du réseau, les droits et les devoirs, les responsabilités de chacun des acteurs.

La récente contribution de l'Etat au schéma départemental de l'enfance handicapée en Charente-Maritime prévoit que la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale encourage la structuration de ces partenariats.

L'objectif 3 d'un chapitre visant à « garantir au jeune handicapé un parcours continu et coordonné » entend notamment promouvoir « le développement de protocoles d'interventions croisées entre les institutions dans le cadre de réseaux organisés ouverts aux familles ». Le document souligne que « l'état des lieux des liens institutionnels montre que ceux-ci se sont surtout construits pour apporter des réponses ponctuelles à des situations individuelles. Ils représentent un acquis à dépasser par la généralisation de conventions entre partenaires, posant le cadre d'interventions croisées ».

Sous réserve qu'elle soit suivie d'effets, nous allons nous saisir de cette position pour faciliter la mise en œuvre du travail en réseau. Elle doit nous permettre de dépasser l'écueil de la « double prise en charge » souvent mis en avant par les autorités de contrôle et de tarification. Dans son article 21 la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale institue les groupements de coopération sociale et médico-sociale et précise qu' « afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés, les établissements et services [...] peuvent conclure des conventions entre eux ou avec des établissements de santé ».

L'actuelle contribution de l'Etat au schéma départemental ne fixe pas de modèle d'organisation de référence : « celui-ci sera fonction des possibilités de chaque territoire. Il est en revanche indispensable que le schéma départemental traduise l'émergence d'une responsabilité collective, la reconnaissance par chacun de l'identité institutionnelle de l'autre partenaire mais aussi la volonté de construire ensemble un socle commun de culture professionnelle commune, centré sur l'utilisateur ».

Comme le sous-entend cet extrait, développer une approche globale des besoins des usagers ou évoluer au sein d'un réseau fait appel à des compétences susceptibles de devenir le fondement d'une pratique professionnelle. Notre devoir du Directeur nous invite à soutenir l'émergence et l'accompagnement de cette pratique.

C) Renforcer la compétence des acteurs

L'organisation du service telle que nous venons de la décrire va mettre en valeur la compétence de l'organisation dans sa capacité d'apprentissage par le collectif. Le socle des réunions et la participation élargie à la construction du nouveau projet sont autant d'atouts pour l'apparition d'une vision globale des problématiques communes aux acteurs. Plusieurs ressources peuvent déjà être investies afin de soutenir cet apprentissage.

a) *Mobiliser la ressource de la formation en définissant des priorités*

Jusqu'à présent, les crédits dévolus à la formation des salariés ont essentiellement été orientés vers l'acquisition de compétences techniques pour une polyvalence des professionnels (stage de Langue des Signes, de LPC, d'apprentissage du braille,...).

Du fait de l'effectif réduit du service, le Plan Annuel d'Utilisation des fonds de Formation ne représente actuellement qu'une faible ressource. Plutôt qu'un « saupoudrage » des crédits, nous optons résolument pour une gestion des fonds à partir de priorités.

Au regard des perspectives énoncées en amont, l'accent sera porté sur le financement d'un appui/conseil extérieur pour la mise en œuvre du nouveau projet de service. Nous avons également sollicité les autorités de tarification et de contrôle ainsi que l'ADPEP17 pour la participation au financement du consultant. Dans cette perspective, plus encore qu'un appui à la technicité, le renforcement de la compétence des acteurs va passer par le développement d'une vision systémique des situations. Cette perspective viendra utilement renforcer les acquis des éducateurs référents déjà formés aux pratiques de l'écoute, du travail en équipe et sensibilisés à une approche éthique de la relation et de la personne. Le renforcement de compétences techniques reste important pour le service. Compte tenu de la diversité des situations rencontrées, il ne donnera pas lieu à une spécialisation importante. A ce niveau, l'accent sera mis sur le service pour déficients visuels pour lequel le déficit de technicité est plus flagrant. En cela, le départ d'un éducateur en formation d'Aide à la Vie Journalière (AVJ) pour jeunes déficients visuels, a été positionné sur le dernier plan de formation.

Pour mener à bien nos projets mobilisant la formation complémentaire, le passage envisagé du SASAIS à 36 places aura une répercussion favorable sur la masse de fonds disponibles pour la formation. De plus, nous manquons de recul pour analyser comment le secteur médico-social, et a fortiori le SASAIS, est susceptible de tirer profit de la loi du 4 mai 2004⁷⁴ réformant le champ de la formation professionnelle et instituant le droit individuel à la formation.

⁷⁴ Loi n°2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.

b) Pérenniser le recours aux temps d'analyse de la pratique professionnelle et aux séances de supervision

Compte tenu du contexte d'intervention du service, il nous est vite apparu nécessaire d'instituer du temps pour penser la pratique et prendre un certain recul avec l'action, ce qui nous donne la capacité de soutenir l'équipe de professionnels.

Ainsi, depuis septembre 2004 et de manière hebdomadaire, nous avons mis en place des « réunions d'appui à la pratique » organisées, entre la psychologue institutionnelle du service et les éducateurs référents, autour de situations de jeunes, étudiées individuellement. Les enseignants et rééducateurs peuvent également bénéficier de cette ressource. Ces temps permettent de dépasser le stade de la déclinaison des objectifs et des moyens constitutifs de l'accompagnement pour soutenir la pratique du professionnel confronté à la mise en œuvre concrète du projet personnalisé. L'accompagnement peut susciter des résistances, avouées ou non, tant de la part de l'utilisateur que de l'intervenant, qu'il convient d'identifier et de désamorcer avec le soutien de la psychologue.

Au regard des premiers bilans de l'action et de la nécessité d'ancrer au service une pratique professionnelle, nous décidons de poursuivre cette expérience.

La supervision conduite par un psychothérapeute extérieur est tout aussi intéressante pour se concentrer sur les questions institutionnelles et les résonances des uns et des autres quant aux places de chacun dans l'organisation et à leurs évolutions. Elle me semble également être un bon vecteur pour traiter des résistances au changement qui ne manqueront pas d'apparaître. Compte tenu de la pluridisciplinarité de l'équipe et de la redéfinition du projet de service, la supervision institutionnelle organisée une fois par an sera reconduite avec une fréquence accrue.

Parmi les axes de notre plan d'action, cette question de l'identification et du développement d'une pratique professionnelle est fondamentale.

A l'appui de la refonte du projet de service, celle-ci pourra alors faire l'objet :

- d'une revendication de la part des professionnels intervenant en son sein ou pour le compte du service,
- d'une reconnaissance de la part des partenaires.

Sa formalisation (notamment dans le cadre de référentiels⁷⁵) témoignera de la réalité d'un réseau en marche et tracera pour le SASAIS les contours d'une identité restaurée.

⁷⁵ A titre d'exemple, voir ANNEXE 8 : Référentiel qualité/parténariat. Méthode E.C.A.R.T.S. CREAHI POITOU-CHARENTES, p XV.

CONCLUSION

Resituée dans un contexte plus général, la problématique rencontrée par le SASAIS illustre combien l'accompagnement global de la personne en situation de handicap confronte le secteur médico-social à ses propres limites. Comme le souligne Daniel Terral⁷⁶, « alors que le champ sanitaire et même le champ social interviennent sur des problématiques ciblées (une maladie pour une personne, un problème de maltraitance ou un dossier de surendettement), le champ médico-social traverse l'ensemble de ces problèmes dans le cadre de la prise en charge de l'enfant ou de l'adulte handicapé ».

Arrivé au terme de cette étude, nous sommes ainsi en mesure de témoigner du fait que le mouvement qui consiste à faire tomber les murs de l'institution pour accompagner le jeune en situation de handicap à partir d'un SESSAD ne suffit pas pour échapper aux cloisonnements institutionnels et professionnels. En cela, intervenir à partir d'un SESSAD ne peut constituer une fin en soi.

Compte tenu de la spécificité des situations rencontrées, il est illusoire de se rattacher à l'idée de l'omnipotence d'un acteur ou d'un type d'accompagnement : la réponse est à rechercher du côté de la diversité et du partenariat. C'est ce sillon que nous allons continuer de creuser pour trouver les réponses les plus adaptées à la complexité des besoins des usagers.

Le travail en réseau tel que nous venons de le décrire n'est jamais que la reconnaissance des compétences et de la technicité de chacun des intervenants. Il invite également les équipes à prendre conscience de leurs propres limites et à renouer avec la modestie qui doit accompagner toute approche de l'être humain.

Néanmoins, si les pratiques de réseaux sont souvent perçues comme attrayantes et dynamisantes pour les équipes, nous avons pu démontrer qu'elles restent les plus délicates à mettre en œuvre.

⁷⁶ TERRAL D. et al. *Prendre en charge à domicile l'enfant handicapé*. Dunod, 2002, p 51.

C'est en acceptant la confrontation à cette complexité que le Directeur d'établissement ou de service social ou médico-social va être en mesure d'impulser une dynamique à la hauteur de la mission qui lui est confiée. A l'intersection d'une commande publique, des attentes des usagers et des demandes des professionnels, il est soumis aux aléas d'un environnement qu'il ne maîtrise pas véritablement mais qu'il doit impérativement prendre en compte. Comme le souligne JM MIRAMON⁷⁷ « dans un monde sans cesse en déséquilibre et en dysfonctionnement, le Manager, le Directeur doivent se considérer comme des hommes en marche. Or l'on marche uniquement parce que l'on est en déséquilibre et que l'on a devant soi un espace ouvert. Le déséquilibre est l'essence même de la marche ».

L'aboutissement du travail en réseau représente pour le Directeur un réel défi dans la mesure où il renforce les déséquilibres, augmente les zones de conflictualité et bouscule notre pratique.

Il nous invite dépasser la vision monolithique des modes de management pour parvenir à articuler le « persuasif », le « directif », le « délégitif » et le « participatif » et ainsi adapter au mieux notre action à la complexité des personnes et des situations.

Nos acquis professionnels et le cursus de formation CAFDES sont, dans ce sens, autant de ressources pour la mise en œuvre de modes d'intervention et de management favorisant une valorisation opérationnelle des compétences.

⁷⁷ MIRAMON JM. COUET D. PATURET JB. *Le métier de Directeur, techniques et fictions*. Editions ENSP, 1992, p 68.

Bibliographie

OUVRAGES :

- BERNOUX P. *La sociologie des entreprises*. Editions Points, 1995, 382 p.
- BOUTINET JP. *Anthropologie du projet*. Editions PUF, 1990, 280 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E. *l'acteur et le système*. Editions du seuil, 1977, 478 p.
- CROZIER M. *De la bureaucratie comme système d'organisation. A quoi sert la sociologie des organisations ?* Editions Seli Arslan, 2000, 286 p.
- DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Editions Seli Arslan. 2^{ème} édition, 2004, 335 p.
- DHUME F. *Du travail social au travail ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales*. ASH éditions, 2002, 206 p.
- DUMONT R., DUMOULIN P et al. *Travailler en réseau : méthodes et pratiques en intervention sociale*. Editions Dunod, 2003, 260 p.
- GARDOU C. *Fragments sur le handicap et la vulnérabilité*. Editions Eres, 2005, 226 p.
- GENELOT D. *Manager dans la complexité*. Editions INSEP Consulting, 2001, 359 p.
- HAERINGER J. TRAVERSAZ F. *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*. Editions DUNOD, 2002, 241 p.
- JEANNE P., LAURENT JP. *Enfants et adolescents handicapés, pour une prise en charge qualitative du handicap*. ESF éditions, 1998, 155 p.
- LE CAPITAINE JY. *Des enfants sourds à l'école ordinaire*. Editions L'Harmattan, 2002, 272 p.
- LESAIN-DELABARRE JM. *l'Adaptation et l'Intégration Scolaires, Innovations et résistances institutionnelles*. Editions ESF, 2000, 182 p.
- LEVY P. *L'intelligence collective, pour une anthropologie du cyberspace*. Editions La Découverte, 1994, 243 p.
- LHUIILLIER JM. *Le Droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Editions ENSP, 2004, 178 p.
- LOUBAT JR. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, contextes, méthodes, outils*. Editions Dunod, 1997, 264 p.
- LOUBAT JR. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Editions Dunod, 2002, 252 p.
- MATHO Y., JANVIER R. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*. 3^{ème} édition Dunod, 2004, 207 p.

MIRAMON JM. COUET D. PATURET JB. *Le métier de Directeur, techniques et fictions*. Editions ENSP, 1992, 194 p.

MORIN E., LEMOIGNE JL. *L'intelligence de la complexité*. Editions L'Harmattan, 1999, 416 p.

ROCHER G. *Talcott Parsons et la sociologie américaine*. Editions PUF, 1972, 238 p.

TERRAL D. *Prendre en charge à domicile l'enfant handicapé*. Dunod, 2002, 192 p.

REVUES :

TOMKIEWICZ S. *Pédagogie et thérapie*. Cahiers du CTNERHI n°51/52, 1990.

TRIOMPHE A. *Les personnes handicapées en France*. Données Sociales. Editions CTNERHI/INSERM, 1995.

ARTICLES :

LAURENT JP. *Un travail en réseau*. Revue de l'Association Nationale des Communautés Educatives n°114, Mars 2001.

ROLLIER Y. *La notion de travail en réseau*. Revue de l'Association Nationale des Communautés Educatives n°114 – Mars 2001.

ETUDES / RAPPORTS :

DRESS. Etudes et Résultats. *Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés*. N°288, Février 2004.

PREFECTURE DE CHARENTE MARITIME. *Orientations de l'Etat pour les établissements et services accueillant des enfants et des adolescents en situation de handicap*, Avril 2005.

GROUPE DEPARTEMENTAL DE COORDINATION HANDISCOL 17. *Rapport annuel 2004 - Etat de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés en Charente Maritime*, Avril 2005.

LA DOCUMENTATION FRANCAISE. *Rapport annuel sur l'évaluation des pratiques d'évaluation des politiques publiques - l'évaluation, de l'expertise à la responsabilité*, 1992.

Liste des annexes

ANNEXE 1 – ORGANISATION DU SASAIS AUX DIFFERENTES ETAPES DE SA STRUCTURATION	II
ANNEXE 2 – ANNEXE 2 – CARACTERISTIQUES DES JEUNES ACCOMPAGNES – SITUATION AU 1/01/2005	V
ANNEXE 3 – REORGANISATION ENVISAGEE DANS LE CADRE DU PROJET D’EXTENSION DU SASAIS	VIII
ANNEXE 4 – PROJET D’ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES USAGERS DU SSEFIS ET DU SAAAIS	IX
ANNEXE 5 – ORGANISATION DES TEMPS DE REUNION – SASAIS	XII
ANNEXE 6 – ETAT DES BESOINS AU 30 JUIN 2005	XIII
ANNEXE 7 – SYSTEME D’ACTION SOCIALE ET ENJEUX DE LA FONCTION DE DIRECTION	XIV
ANNEXE 8 – REFERENTIEL QUALITE PARTENARIAT – METHODE E.C.A.R.T.S – CREAHI POITOU-CHARENTES	XVII

ANNEXE 1 – ORGANISATION DU SASAIS AUX DIFFERENTES ETAPES DE SA STRUCTURATION

ORGANISATION DU SASAIS 01/2000 - Lancement du service

SASAIS Rochefort Sur Mer (6 places)		Postes
<u>Direction :</u> Directeur (poste assuré par le Directeur Général du siège associatif)		
<u>Ressources Administratives :</u> Secrétaire Comptable (poste assuré à partir des ressources du siège associatif)		
<u>Ressources Thérapeutiques :</u> Psychologue clinicien		0,25
<u>Ressources Educatives et sociales :</u> Educatrice		0,75
Aide Médico Psychologique		0,75
<u>Ressources Pédagogiques</u> Enseignante spécialisée (mise à Disposition Education Nationale)		0,25
Total Postes (ETP)		2
Total Postes salariés (ETP)		1,75
Prestataires de service		
<u>Conventions de délégation de soins:</u> Médecin ORL Orthophoniste psychomotricien autres rééducateurs	<u>Conventions de délégation de soins:</u> Médecin Ophtalmo Orthoptiste psychomotricien autres rééducateurs	
<u>Conventions techniques</u> Codeurs en LPC	<u>Conventions techniques</u>	
Partenariats		
<i>Ecoles, collèges, lycées / Auxiliaires de Vie Scolaire / structures d'accueil périscolaire et de loisirs / médecins de famille / services sociaux</i>		

SASAIS Rochefort Sur Mer (10 places)		Postes
<u>Direction :</u> Directeur		
<u>Ressources Administratives :</u> Secrétaire Comptable (poste assuré à partir des ressources du siège associatif)		
<u>Ressources Thérapeutiques :</u> Psychologue clinicien		0,3
<u>Ressources Educatives et sociales :</u> Educatrice		1
Aide Médico Psychologique		1
<u>Ressources Pédagogiques</u> Enseignante spécialisée (mise à Disposition Education Nationale)		0,5
Total Postes (ETP)		2,8
Total Postes salariés (ETP)		2,3
Prestataires de service		
<u>Conventions de délégation de soins:</u> Médecin ORL Orthophoniste psychomotricien autres rééducateurs	<u>Conventions de délégation de soin:</u> Médecin Ophtalmo Orthoptiste psychomotricien autres rééducateurs	
<u>Conventions techniques</u> Codeurs en LPC	<u>Conventions techniques</u>	
Partenariats		
<i>Ecoles, collèges, lycées / Auxiliaires de Vie Scolaire / structures d'accueil périscolaire et de loisirs / médecins de famille / services sociaux</i>		

ORGANISATION DU SASAIS 09/2004 - Passage à 18 places

SASAIS Rochefort Sur Mer			
<u>Direction des services :</u>			Postes
Directeur			0,15
Directeur Adjoint (non positionné au budget 2005 - renfort assuré par le siège associatif)			0,3
<u>Ressources Administratives :</u>			
Secrétaire Comptable			0,5
<u>Ressources Thérapeutiques :</u>			
Psychologue institutionnel			0,6
<u>Ressources Educatives et sociale :</u>			
Educatrice Coordinatrice			0,5
<u>Ressources logistique :</u>			
Agent de service			0,1
Sous TOTAL (I)			2
SSEFIS (11 places)			
<u>Thérapeutique</u>			0,1
Psychologue clinicien		0,05	0,05
<u>Educatif / social</u>			3,25
Educatrice spécialisée		0,5	0,5
Educatrice spécialisée		0,5	1
Educatrice de Jeunes Enfants		0,75	
<u>Pédagogique</u>			1
Enseignant spécialisé (mise à disposition Education Nationale)		0,5	0,5
Sous TOTAL (II)			4,35
Prestataires de service			
<u>Conventions de délégation de soin</u>		<u>Conventions de délégation de soin</u>	
Médecin ORL		Médecin Ophtalmo	
Orthophoniste		Orthoptiste	
psychomotricien		psychomotricien	
autres rééducateurs		autres rééducateurs	
<u>Conventions techniques</u>		<u>Conventions techniques</u>	
Codeurs en LPC			
Partenariats			
<i>Ecoles, collèges, lycées / Auxiliaires de Vie Scolaire / structures d'accueil périscolaire et de loisirs / médecins de famille / services sociaux</i>			
Total Postes (ETP)			6,35
Total Postes salariés (ETP)			5,35

ANNEXE 2 – CARACTERISTIQUES DES JEUNES ACCOMPAGNES – SITUATION AU 1/01/2005

Age

SAAAIS		SSEFIS	
TR J	8,5	T M	9
B J	14,5	S M	13,5
H S	12	B T	9,5
J A	15,5	A A	11
LG A	11,5	T Z	7
R A	13,5	L G	8
C E	5	L M	3
B G	11,5	L J	4,5
		B C	13
		B M	6
Moyenne SAAAIS	11,5	Moyenne SSEFIS	8,5

Moyenne SASAIS	10
-----------------------	-----------

Sexe

SAAAIS				SSEFIS			
Filles	2	Garçons	6	Filles	5	Garçons	5
%	25%	%	75%	%	50%	%	50%

SASAIS			
Filles	7	Garçons	11
%	39%	%	61%

Handicap

SAAAIS	effectif	%
Amblyopie (<i>acuité visuelle de loin située entre 4/10^{ème} et 1/20^{ème}</i>).	7	87,5
Cécité (<i>acuité visuelle de loin à moins de 1/20^{ème}</i>)	1	12,5
TOTAL	8	100

SSEFIS	effectif	%
Déficiance auditive légère (<i>26 à 40 décibels de perte</i>)	2	20
Déficiance auditive moyenne (<i>41 à 55 décibels de perte</i>)	2	20
Déficiance auditive sévère (<i>56 à 90 décibels de perte</i>)		
Déficiance auditive profonde (<i>au-delà de 90 décibels de perte</i>)	6	60
TOTAL	10	100

Niveaux de scolarité

SAAIS	effectif	%	SSEFIS	effectif	%
Maternelle	1	12,5	Maternelle	3	30
1 ^{er} degré	2	25	1 ^{er} degré	4	40
collège	4	50	collège	3	30
lycée	1	12,5	lycée		
Post Bac			Post Bac		
TOTAL	8	100	TOTAL	10	100

SASAIS	effectif	%
Maternelle	4	22
1 ^{er} degré	6	33
collège	7	39
lycée	1	6
Post Bac		
TOTAL	18	100

Types d'intégration scolaire

SAAIS	effectif	%	SSEFIS	effectif	%
Intégration individuelle	3	37,5	Intégration individuelle	7	70
Intégration indiv + AVS	4	50	Intégration indiv + AVS		
Intégration collective	1	12,5	Intégration collective	3	30
TOTAL	8	100	TOTAL	10	100

SASAIS	effectif	%
Intégration individuelle	10	56
Intégration indiv + AVS	4	22
Intégration collective	4	22
Intégration collective UPI		
TOTAL	18	100

Communication

SSEFIS	effectif	%
Pas d'aide effective	3	30
Français signé / LSF	3	30
Français signé / LPC	3	30
LPC	1	10
TOTAL	10	100

Environnement familial

SAAIS	effectif	%	SSEFIS	effectif	%
Famille « biologique » d'origine	4	50	Famille « biologique » d'origine	4	40
Famille séparée et contacts avec les 2 parents	3	37,5	Famille séparée et contacts avec les 2 parents	2	20
Famille séparée sans contacts avec l'un des deux parents	1	12,5	Famille séparée sans contacts avec l'un des deux parents	4	40
Famille d'accueil			Famille d'accueil		
TOTAL	8	100	TOTAL	10	100

SASAI	effectif	%
Famille « biologique » d'origine	8	44
Famille séparée et contacts avec les 2 parents	5	28
Famille séparée sans contacts avec l'un des deux parents	5	28
TOTAL	18	100

Localisation géographique des situations

	Nord 17	Sud 17
SSEFIS	9	1
SAAIS	6	2
TOTAL SASAIS	15	3

ANNEXE 3 – REORGANISATION ENVISAGEE DANS LE CADRE DU PROJET D'EXTENSION DU SASAIS

ORGANISATION DU SASAIS 09/2006 - Passage à 36 places							
SASAIS Direction Admi / Antenne nord (22 places) Rochefort Sur Mer			SASAIS Antenne Sud (14 places) Pons				
Direction des services :					Postes		
Directeur			Directeur		0,5		
Ressources Administratives :							
Secrétaire Comptable			Traitement des données à partir de la direction administrative		1		
Ressources Thérapeutiques :							
Médecin psychiatre			Médecin psychiatre		0,2		
Psychologue institutionnel			Psychologue institutionnel		1		
Ressources Educatives et sociales :							
Chef de service			Chef de service		1		
Assistant Social			Assistant Social		0,2		
Ressources logistiques :							
Agent de service					0,2		
Sous TOTAL (I)					4,1		
SSEFIS / SAFEP (12 places)		SAAAIS / SAFEP (10places)		SSEFIS / SAFEP (8 places)		SAAAIS / SAFEP (6places)	
Médical		Médical		Médical		Médical	
Médecin ORL 0,1		Médecin Ophtalmo 0,1		Médecin ORL 0,05		Médecin Ophtalmo 0,05	
Thérapeutique		Thérapeutique		Thérapeutique		Thérapeutique	
Psychologue clinicien 0,1		Psychologue clinicien 0,1		Psychologue clinicien 0,05		Psychologue clinicien 0,05	
Educatif / social		Educatif / social		Educatif / social		Educatif / social	
Educatrice spécialisée 1		Educatrice spécialisée 1		Educatrice spécialisée 1		Educatrice spécialisée 1	
Educatrice de Jeunes Enfants 0,75		Aide Médico Psychologique 0,75		Educatrice de Jeunes Enfants 0,25			
Pédagogique		Pédagogique		Pédagogique		Pédagogique	
Enseignant spécialisé (EN) 0,6		Enseignant spécialisé (EN) 0,6		Enseignant spécialisé (EN) 0,4		Enseignant spécialisé (EN) 0,4	
Sous TOTAL (II)					8,35		
Prestataires de service							
Conventions délégation soins		Conventions délégation soins		Conventions délégation soins		Conventions délégation soins	
Orthophoniste		Orthoptiste		Orthophoniste		Orthoptiste	
psychomotricien		psychomotricien		psychomotricien		psychomotricien	
autres rééducateurs		autres rééducateurs		autres rééducateurs		autres rééducateurs	
Conventions techniques		Conventions techniques		Conventions techniques		Conventions techniques	
Codeurs en LPC		Instructeurs en locomotion		Codeurs en LPC		Instructeurs en locomotion	
		centres de transcription braille				centres de transcription braille	
Partenariats							
Ecoles, collèges, lycées / Auxiliaires de Vie Scolaire / structures d'accueil périscolaire et de loisirs / Centres d'Action Médico Sociale Précoce / médecins de famille / services sociaux							
Total Postes (ETP)					12,45		
Total Postes salariés (ETP)					10,45		

ANNEXE 4 – PROJET D'ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES USAGERS DU SSEFIS ET DU SAAAIS

SASAIS

		Très satisfaisant	satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Très insatisfaisant
<u>Organisation du service</u>	Périodes et horaires de fonctionnement du service				
	Conditions d'accueil dans les locaux du service				
	Facilité avec laquelle vous arrivez à prendre contact avec un représentant du service				
	Lisibilité des courriers qui vous sont adressés par le service				
	Fréquence des courriers qui vous sont adressés par le service				
	Accueil téléphonique				
	Accueil qui vous est habituellement réservé par les professionnels du service				
	Lisibilité du rôle de chacun des intervenants du service (<i>qui fait quoi ?</i>)				
<u>Remarques complémentaires / Suggestions éventuelles</u>					

		Très satisfaisant	satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Très insatisfaisant
<u>Projet personnalisé</u>	Information sur les services proposés (remise d'un livret de présentation...)				
	Prise en compte de vos attentes et de celles de votre enfant au moment de la mise en place du projet				
	Possibilités laissées par le service pour faire des propositions concernant l'évolution du projet de mon enfant				
	Organisation et déroulement des temps de partage et de négociation autour du projet personnalisé				
	Restitution écrite du projet personnalisé				
	Périodicité de révision du projet personnalisé				
	<u>Remarques complémentaires / Suggestions éventuelles</u>				

		Très satisfaisant	satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Très insatisfaisant
<u>Interventions du service</u>	Aide à la scolarisation apportée à votre enfant par le service				
	Aide au développement de la socialisation apportée à votre enfant par le service				
	Aide à l'acquisition de l'autonomie apportée à votre enfant par le service				
	Professionnalisme des intervenants du service (discrétion, respect, technicité...)				
	Détention d'informations suffisantes en ce qui concerne la mise en œuvre du projet personnalisé de votre enfant				
	Fréquence des interventions du service				
	Coordonnations des interventions des professionnels du service et des partenaires				
	Adaptabilité du service aux contraintes que vous pouvez rencontrer (déplacements, disponibilité...)				
	<u>Remarques complémentaires / Suggestions éventuelles</u>				

ANNEXE 5 – ORGANISATION DES TEMPS DE REUNIONS - SASAIS

	R. Institutionnelle SASAIS	R. de synthèse SSEFIS / SAAAIS	R. de suivi de projet SSEFIS / SAAAIS	R. d'appui SSEFIS / SAAAIS	R. intégration scolaire
Objectifs	Transmission d'infos administratives et générales ayant trait à la gestion des services (SSEFIS et SAAAIS). Calendrier des rendez-vous et des réunions à venir	Analyse globale de la situation du jeune. Construction / adaptation du projet personnalisé. Définition de stratégies, déclinaison d'objectifs et de moyens.	Négociation et contractualisation du projet personnalisé avec le jeune et sa famille.	Soutien de l'équipe en analysant ce à quoi sont confrontés les intervenants dans la mise en œuvre des axes du projet personnalisé du jeune	Optimiser les conditions de scolarisation du jeune concerné en prenant en compte ses besoins spécifiques. Procéder aux aménagements nécessaires (emploi du temps, AVS, matériel...).
Participants	. Directeur . Directeur Adjoint . Psychologue institutionnel . Coordinatrice . Personnel éducatif SSEFIS et SAAAIS . Personnel enseignant SSEFIS et SAAAIS . Secrétaire	<u>Equipe restreinte</u> . Membre de la Direction . Psychologue institutionnel . Coordinatrice . Educateur référent . Enseignant spécialisé ou <u>Equipe élargie</u> + médecins spécialistes + partenaires	. Membre de la Direction . Educateur référent . le jeune . la famille ou le représentant légal	. Psychologue institutionnel . Coordinatrice . Educateur référent <i>En fonction de la pertinence possibilité de solliciter le Directeur Adjoint, le personnel enseignant ou un technicien (orthoptiste, orthophoniste...)</i>	. Représentants de l'établissement scolaire . Secrétaire de la commission de circonscription . l'élève . la famille ou le représentant légal . 2 représentants du SASAIS . Partenaires concernés
Périodicité Durée	Hebdomadaire 45 minutes	Equipe restreinte (bimensuelle) Equipe élargie (2 fois/an) 1 heure par situation	Au minimum 2 fois/an En fonction des besoins 1 heure	Créneau hebdomadaire Mobilisé par l'équipe au regard des besoins 45 minutes/ situation	Trimestrielle 1 heure

NB : sur sollicitation ou au regard d'un besoin spécifique, le service peut se mobiliser sur les lieux d'exercice des professionnels pour organiser des rencontres avec les partenaires concernés (enseignants, rééducateurs, ...) de manière à coordonner les interventions.

**Etat des notifications
de la Commission Départementale de l'Education Spéciale
en vue d'un accompagnement par le SASAIS**

Situations en attente de prise en charge	7	7
---	---	---

Secteur géographique	Commune d'origine	SSEFIS Déficience auditive	SAAAIS Déficience visuelle
NORD	<i>Aigrefeuille</i>	1	
	<i>Salles/mer</i>	1	
	<i>La Rochelle</i>	2	
	<i>Périgny</i>	2	
	<i>Rochefort/mer</i>		1
	<i>St Jean d'Angély</i>		1
	<i>Sainte Soulle</i>		1
SUD	<i>Matha</i>		1
	<i>Cozes</i>		1
	<i>Saintes</i>		1
	<i>Port d'envaux</i>	1	
	<i>Monlieu la Garde</i>		1

ANNEXE 7 – SYTEME D’ACTION SOCIALE ET ENJEUX DE LA FONCTION DE DIRECTION

Le Directeur à l’articulation des logiques du système pour en faire émerger l’identité

Éléments extraits de « Conduire le changement dans les associations d’action sociale et médico-sociale » - Ouvrage collectif sous la direction de Joseph Haeringer et Fabrice Traversaz – DUNOD 2002, p 230 et s.

« Le dirigeant associatif est un acteur de cohérence entre deux ensembles dont l’imbrication forge l’identité associative.

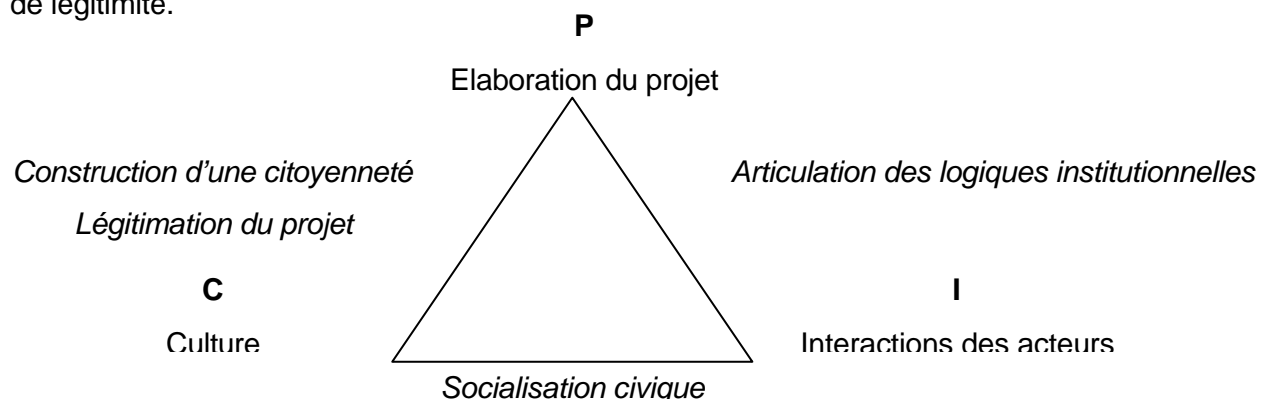
L’un est orienté vers la construction et le fonctionnement d’un espace public particulier, l’autre est ordonné à la mise en œuvre d’une activité, d’un service et à son amélioration.

Ensemble 1 : construction et fonctionnement d’un espace public particulier

La dirigeance est ici entendue comme un ensemble d’actions orienté autour d’une régulation stabilisée de logiques institutionnelles différentes

Les espaces de débat et les dispositifs leur permettant ou non d’élaborer des accords reconnus légitimes, constituent des modes de régulation entre les logiques institutionnelles à l’œuvre. La stabilité de cet ensemble résulte de la qualité des compromis, de l’accord auxquels sont parvenus les acteurs associés.

Il y a production d’un espace public particulier lorsque ce processus d’élaboration collective est constitutif des acteurs dans leur capacité à définir une action et son principe de légitimité.



P : la coopération est finalisée par un projet non nécessairement formalisé mais réajusté en permanence en fonction des évolutions internes, provoquées par l’arrivée de nouveaux acteurs et externes, relatives à l’environnement. Ce processus est institutionnel car il légitime aux yeux des acteurs associés la coopération qu’ils ont engagée.

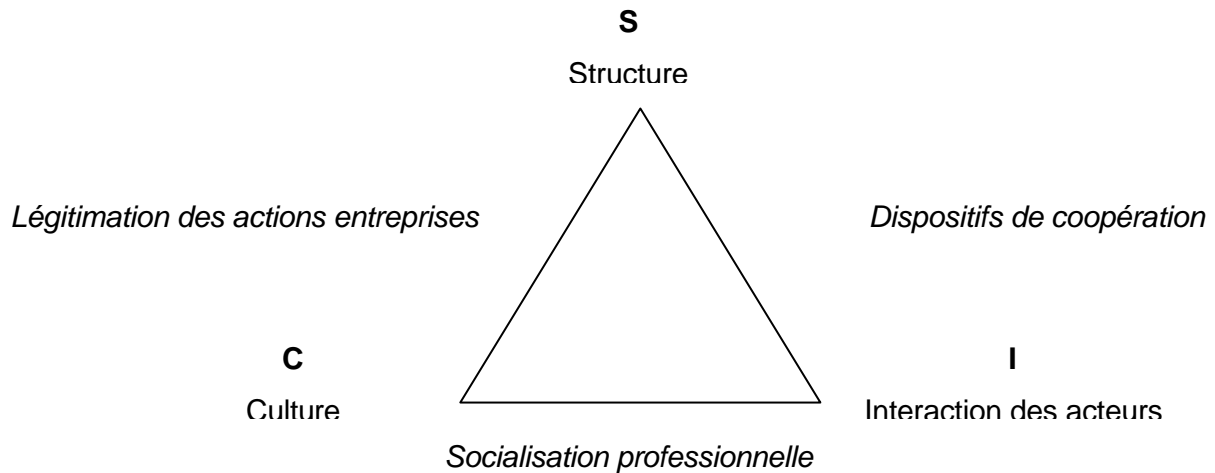
Le projet est « le bien commun » qui permet d’agir et donne sens à l’action collective. Il constitue une représentation de la question sociale autour de laquelle se mobilisent les membres associés.

I : Les acteurs et leurs interactions sont multiples dans cette démarche. Chacun des acteurs a une place particulière du fait d’engagements ou d’appartenances leur donnant une légitimité à promouvoir une représentation contre une autre, mais aussi des attitudes différenciées quant au rapport à l’action collective.

C : La culture est un facteur d’intégration des identités différenciées dans un même projet. Cette culture dont les éléments de différenciation ne peuvent être sous-évalués, contribue à stabiliser le bien commun dans une représentation dominante voire partagée. En ce sens elle est source de légitimité pour le projet.

Ensemble 2 : mise en œuvre et amélioration d'une activité ou d'un service

Articulé à l'espace public particulier, cet ensemble est organisé en fonction de l'activité à entreprendre, du service à réaliser et des objectifs de qualité à atteindre.

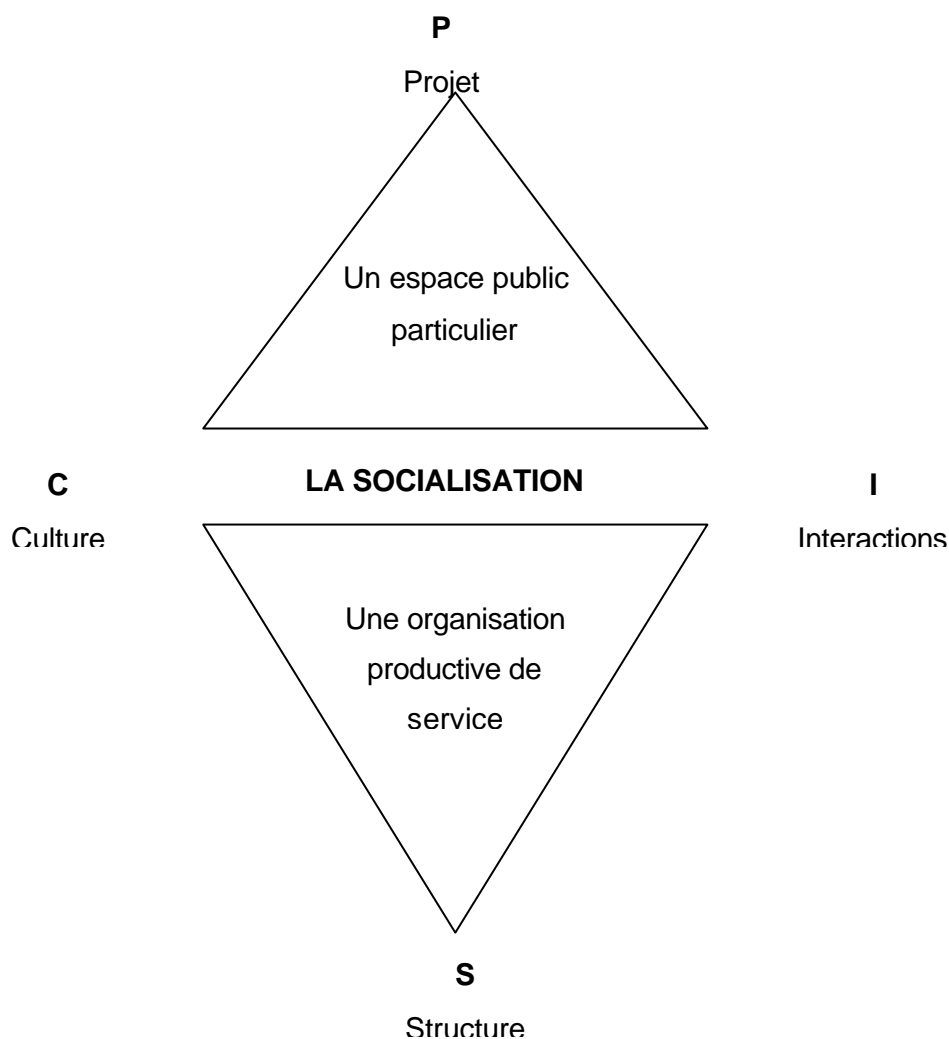


S : L'organisation sociotechnique définit les modalités des échanges contribuant à la réalisation du service. Les règles et les principes de gestion peuvent être plus ou moins adaptés aux contraintes de l'activité et cohérents entre eux. La dimension professionnelle constitue une véritable déterminante qui permet notamment un ajustement entre interventions individuelles au sein d'un collectif professionnel et favorise une régulation autonome de l'activité.

I : Une deuxième dimension, la stratégie des acteurs, explore les multiples interactions développées entre eux autour des incertitudes relationnelles ainsi créées et dont se saisissent ou se protègent les intéressés afin de maintenir ou accroître leur influence sur le système.

C : L'association est appréhendée comme un lieu de construction d'identités et de cultures par l'expérience partagée des rapports de travail. Cette troisième dimension du système met en évidence les valeurs partagées et transmises qui intègrent les individus ainsi que les identités par lesquelles les groupes se posent dans leurs différences mutuelles.

Articulation des deux ensembles : vers la déclinaison de l'identité associative



Le Projet (P) mobilise des acteurs porteurs de logiques d'action dont les interactions (I) se développent autour de l'élaboration d'un bien commun constitutif d'une culture partagée (C).

La stabilisation de ce sous-système est le résultat de dispositifs permanents ou occasionnels, informels ou formels, favorisant l'accord entre les acteurs.

La mise en œuvre du projet nécessite une organisation, une structure régissant l'activité (S) où les incertitudes et les dysfonctionnements induiront des interactions entre les acteurs concernés (I) en vue d'augmenter leur influence sur celle-ci. Ces positionnements d'acteurs et d'expérience quotidienne des rapports de pouvoir et de coopération sont producteurs d'identités différenciées et de culture commune (C) et s'expriment dans des attitudes contribuant au minimum de cohésion sans laquelle l'ensemble ne pourrait être productif.

Dans cette perspective, l'articulation de ces deux ensembles repose sur la capacité à développer les liens entre les individus.

La socialisation à l'œuvre dans les associations se développe sur deux registres, l'un « civique » : il introduit l'individu dans l'espace public construit autour du bien commun de l'association ; l'autre « professionnel » ou « bénévole » : il est l'exercice d'une capacité à opérationnaliser le projet dans des activités dont la réussite est un objectif majeur ».